

=Изменения в миелограмме, характерные для В-12 дефицитной анемии

- мегалобластный тип кроветворения
- угнетение эритроидного роста
- преобладание незрелых форм гранулоцитов
- замещение костного мозга жировой тканью
- повышение бластов

= Больная С., 60 лет жалуется на слабость, боли в эпигастрии, неустойчивый стул. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком. Лицо одутловато. Язык "лакированный". Печень, селезенка умеренно увеличены. В крови: эр- $2,6 \times 10^{12}/л$, Нв-104 г/л, ЦП-1,2 лейк- $2,7 \times 10^9/л$, тромб- $115 \times 10^9/л$ СОЭ-30 мм/ч, макроцитоз, полисегментированность нейтрофилов. Билирубин-38,5 мкмоль/л. Миелограмма: мегалобластический тип кроветворения. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- В₁₂-дефицитная анемия
- апластическая анемия
- железодефицитная анемия
- болезнь Маркиафавы-Микели
- аутоиммунная гемолитическая анемия

= Больной В., 40 лет жалуется на слабость, потливость, похудание, тупые боли в левом подреберье. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненна. В крови: эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, лейк- $96 \times 10^9/л$, миелобласты-2%, промиелоциты-4%, метамиелоциты-8%, пал-12%, сегмент-52%, эозин-5%, базоф-5%, лимф-12%, тромб- $200 \times 10^9/л$. СОЭ-56 мм/ч. Какой диагноз наиболее вероятен

- хронический миелолейкоз
- хронический лимфолейкоз
- эритремия
- острый лейкоз
- миеломная болезнь

= Больная 23 лет жалуется на слабость, одышку, сердцебиение. Объективно: кожа и слизистые бледные. Систолический шум на верхушке, тахикардия. В крови: эритроциты- $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-92 г/л, лейкоциты- $4,2 \times 10^9/л$, тромбоциты- $192 \times 10^9/л$, СОЭ-22 мм/ч. Наиболее верная интерпретация анализа крови

- нормохромная анемия легкой степени тяжести
- гипохромная анемия легкой степени тяжести
- гипохромная анемия средней степени тяжести
- нормохромная анемия средней степени тяжести
- гиперхромная анемия легкой степени тяжести

= Женщина 68 лет, жалобы на выраженную общую слабость, головокружения, «ватность ног», дискомфорт в эпигастриальной области. В гемограмме: Нв-68 г/л, эритроциты- $2,0 \times 10^{12}/л$, ЦП-1,02, лейк- $3,0 \times 10^9/л$, тромб- $190 \times 10^9/л$, п-2%, с-64%, э-1%, м-6%, лим-27%, СОЭ-8 мм/час. На ФГДС: атрофический гастрит. Какое лабораторное исследование необходимо провести на начальном этапе

- анализ крови на содержание витамина В₁₂
- анализ крови на содержание ферритин
- анализ крови на содержание трансферина
- трепанобиопсия повздошной кости
- генетическое исследование

= Какой клинический синдром наиболее характерен для В12-дефицитной анемии

- фуникулярный миелоз
- спленомегалия
- желтуха
- ангулярный стоматит
- лимфоаденопатия

= Больной 34 лет жалуется на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Страдает геморроем в течение 2 лет. Объективно: бледность кожи и слизистых, койлонихии. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, тахикардия. В крови: эр-3,7 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,75, лейкоц-4,8 тыс., тромб.-200 тыс. СОЭ-17 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сывороточное железо-6,4 мкмоль/л. Наиболее целесообразная тактика

- сульфат железа перорально
- преднизолон перорально
- декстран железа внутривенно
- десферал внутримышечно
- эритроцитарная масса внутривенно

= Мужчина 34 лет, болен в течение месяца, слабость, геморрагический синдром. Увеличение лимфатических узлов. Температура – 39,5С. Бледность кожных покровов, интоксикация. В крови: Нв - 36 г/л, эр- $2,2 \cdot 10^9$ /л, лейкоц - $0,8 \cdot 10^9$ /л, тр- $50 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 41 мм/час, формула не подсчитывается. Какой должен быть следующий метод обследования пациента

- пункция костного мозга
- кровь на стерильность
- коагулограмма
- лейкоконцентрат
- пункция лимфатического узла

= У больного А., 19 лет, при осмотре спленомегалия. В гемограмме: лейкоциты $78 \cdot 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: промиелоциты 3%, миелоциты 8%, метамиелоциты 12%, палочкоядерные нейтрофилы 21%, сегментоядерные нейтрофилы – 41%, базофилы – 3%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 6%. Тромбоциты – $784 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин – 114 г/л, костный мозг гиперклеточный, увеличено содержание миелокариоцитов и мегакариоцитов, определяются все элементы гранулоцитарного ряда. Какой следующий этап обследования

- цитогенетическое исследование крови
- гистологическое исследование селезенки
- цитохимическое исследование крови
- гистологическое исследование костного мозга
- иммунологическое исследование крови

= Женщина 35 лет, поступила в приемный покой с жалобами на общую слабость, головокружение, сердцебиение. В течение 1 года менструации по 10 дней, обильные. Объективно: бледность кожи и слизистых, исчерченность и ломкость ногтей, выпадение волос, тахикардия до 100 в минуту, АД 110/60 мм.рт.ст. В крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,7, СОЭ - 36 мм/час, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 420×10^9 /л. Консультирована гинекологом: Миома матки, 12 недель. Рекомендовано оперативное лечение. Что из перечисленного является наиболее приемлемой тактикой ведения пациентки

- парентерально препараты железа

- парентерально витамин В12
- фолиевая кислота per os
- парентерально аскорбиновая кислота
- переливание эритроцитарной массы

= Больной, 19 лет жалуется на кровоточивость десен, боли в горле, слабость. Объективно: температура тела 39 °С. Кожные покровы бледные, множественные петехии и экхимозы. На миндалинах - некротический налет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены. Печень, селезенка выступают из-под края реберной дуги на 2 см. В крови: эр- $2,5 \times 10^{12}/л$, Нв-75 г/л, ЦП-0,9 лейко- $29 \times 10^9/л$, бласты-98%, сегм-2%, тромб-28 тыс., СОЭ-26 мм/ч. Цитохимия: реакция на миелопероксидазу положительна. Решающим симптомом в диагностике данного заболевания является

- бластемия
- увеличение СОЭ
- анемия
- тромбоцитопения
- лейкоцитоз

= Больная 60 лет жалуется на слабость, боли в эпигастрии. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком, лицо одутловато, язык "лакированный". Умеренная гепатоспленомегалия. В крови: панцитопения, макроцитоз, полисегментированность нейтрофилов. Билирубин- 38,5 мкмоль/л. Миелограмма: мегалобластический тип кроветворения. Наиболее вероятный диагноз

- В₁₂-дефицитная анемия
- Железодефицитная анемия
- Аутоиммунная гемолитическая анемия
- Апластическая анемия
- Талассемия

= Больной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки жалуется на общую слабость, одышку при незначительной нагрузке, желание есть мел. Объективно: больной бледен, выявляются трофические изменения кожи. Анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$; Нв – 90 г/л; ЦП - 0,75; ретикулоциты - 2%; железо крови - 5,6 мкмоль /л. Какое осложнение развилось у больного

- железодефицитная анемия
- гемолитическая анемия
- эритремия
- апластическая анемия
- В₁₂ -дефицитная анемия

= Больной 30 лет, болен в течение месяца, слабость, геморрагический синдром. Увеличение лимфатических узлов. Температура – 38,5С. Бледность кожных покровов, интоксикация. В крови: Нв- 40 г/л, эр- $2 \cdot 10^9/л$, лейко- $0,8 \cdot 10^9/л$, тр- $50 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 41 мм/час, формула не подсчитывается. Выберите предполагаемый диагноз

- острый лейкоз
- лейкемоидная реакция
- иммунная тромбоцитопения
- апластическая анемия
- хронический миелолейкоз

= Больной Д., 28 лет лечился в течение 3-х недель по поводу стоматита без эффекта при нарастающей слабости, потливости. Объективно: температура тела 38,8°, кожные покровы

бледные, влажные. Гиперплазия десен, язвенно-некротический стоматит. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны. В крови: эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв-95 г/л, ЦП - 0,95, лейко- $14,5 \times 10^9/л$, бласты-32%, пал-1%, сегм-39%, лимф-20%, мон-8%, тромб- $90 \times 10^9/л$. СОЭ-54 мм/ч. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- острый лейкоз
- хронический миелолейкоз
- хронический лимфолейкоз
- истинная полицитемия
- тромбоцитопеническая пурпура

= Мужчина 20 лет, поступил в стационар с жалобами на сильные приступообразные боли, режущего, колющего характера в эпигастриальной области через 1,5 - 2 часа после еды, чаще в ночное время. В дневное время боли стихают после приема пищи. При пальпации живота отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, положительной симптом Менделя. Какой предполагаемый диагноз

- Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- Хронический панкреатит
- Хронический гастрит
- Язвенная болезнь тела желудка
- Хронический холецистит

= Женщина 18 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом гипогастрии во время акта дефекации, исчезающие после отхождения стула; периодически послабление стула. Объективно: болезненность при пальпации всех отделов толстой кишки. В общем анализе крови: без патологии. Копрограмма: слизь++++. При рентгенологическом исследовании толстого кишечника: признаки дискинезии; при колоноскопии: склонность к спазмам. Какой диагноз наиболее вероятен

- Синдром раздраженного кишечника
- Язвенный колит
- Хронический колит
- Лимфоцитарный колит
- Псевдомембранозный колит

= Женщина 21 лет, студентка. Предъявляет жалобы на боли в левой подвздошной области во время акта дефекации, кашицеобразный стул 3-4 раза в день без примеси слизи и крови, вздутие живота. Появление симптомов отмечает во время сдачи экзаменов. Объективно: болезненность при пальпации всех отделов толстой кишки. В общем анализе крови: Нв-123 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенологическом исследовании толстого кишечника: признаки дискинезии; при колоноскопии: патологии не выявлено. Какой план из перечисленных лечебных мероприятий наиболее целесообразен назначить

- Диета, снижение уровня стресса, спазмолитики, противодиарейные
- Диета, противодиарейные, антибактериальные препараты, пробиотики
- Диета, антибиотики, антидепрессанты
- Диета, психотерапия, антидепрессанты, спазмолитики
- Диета, спазмолитики, антибиотики, противодиарейные

= Мужчина 28 лет жалуется на жидкий стул до 20 раз в сутки с примесью крови, слизи, гноя со зловонным запахом, боли в животе схваткообразного характера, усиливающиеся перед актом дефекации и ослабевающие после стула; боли в суставах; слезотечение, боли и рези в глазах; появление язвочек во рту; головокружение, мелькание мушек перед глазами; лихорадку. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- Язвенный колит
- Дизентерия
- Дивертикулез
- Ишемический колит
- Псевдомембранозный колит

= Мужчину 36 лет беспокоит частый жидкий стул с примесью слизи, гноя, крови до 35 раз в сутки; лихорадка; появление болезненных изъязвлений в полости рта; рези и боли в глазах. Эпидемиологический анамнез без особенностей. Выставлен предварительный диагноз язвенный колит. Какой из перечисленных препаратов наиболее целесообразно назначить в качестве базисной терапии

- Месалазин
- Преднизолон
- Азатиоприн
- Метронидазол
- Бифидумбактерин

= Женщина А., 43 лет в течение последних 4 месяцев стали беспокоить боли в правом подреберье, 2 недели назад развилась желтуха. В анамнезе вирусный гепатит В, злоупотребляет алкоголем. При осмотре: пациентка пониженного питания. Кожа и склеры желтушны, имеются телеангиоэктазии. Живот вздут. Печень на +4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, чувствительная. Селезенка увеличена на +3 см, плотная. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ - 28 мм/час; общий билирубин - 84 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- Цирроз печени
- Хронический холецистит
- Хронический панкреатит
- Синдром Жильбера
- Неалкогольный стеногепатоз

= Повышение какого из перечисленных маркеров в сыворотке крови характерно для синдрома цитолиза

- аланинаминотрансферазы
- общего билирубина
- щелочной фосфатазы
- 5-нуклеотидазы
- холинэстеразы

= Мужчина, 36 лет обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 1 час после еды, тошноту, однократную рвоту, приносящую облегчение. При обследовании выявлено: симптом «ниши» и «кратера». Наиболее вероятный диагноз

- язвенная болезнь желудка
- малигнизация язвы
- рак желудка
- полип желудка
- дивертикул пищевода

= Мужчина 50 лет жалуется на недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При физикальном исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии: глубокие язвы в виде продольных щелей, слизистая оболочка

между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулемного воспаления. В анализах: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса. Наиболее вероятный диагноз

- болезнь Крона
- аппендикулярный инфильтрат
- дивертикулез
- язвенный колит
- полипы ободочной кишки

= У женщины 43 лет, обратившейся к врачу по поводу тяжести в правом подреберье, кожного зуда, нарастающей слабости при биохимическом исследовании анализа крови выявлено повышение активности γ -глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия за счет прямой фракции. Проявлениями какого синдрома являются данные изменения

- Холестаза
- Мезенхимально-воспалительного
- Цитолиза
- Портальной гипертензии
- Гепатоцеллюлярной недостаточности

= Больная 32 лет суетлива с множеством излишних движений, психически возбудима, плохо спит, похудела при повышенном аппетите, поносы. Объективно: тремор пальцев рук, положительные глазные симптомы. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД – 150/70 мм.рт.ст., ЧСС- 110 в мин. Щитовидная железа увеличена, видна при глотании. Общий ан.крови: Нв – 100 г/л. Лейк - $8.0 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 12мм/ч. Глюкоза крови – 6,8 ммол/л. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен

- диффузный токсический зоб
- эндемический зоб
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет.
- железодефицитная анемия

= Больную 44 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, ухудшение памяти, запоры, аменорея. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД -90/60 мм.рт.ст., пульс – 52 уд в мин. Т3,Т4 снижены, ТТГ –повышен. Высокий холестерин и триглицериды. Ваш предварительный диагноз

- первичный гипотиреоз
- центральное ожирение
- вторичный гипотиреоз
- синдром поликистозных яичников
- метаболический синдром

= Женщина 22 лет обратилась с жалобами на учащенное сердцебиение, эмоциональную лабильность, агрессивность, похудание на 8 кг за 2 месяца. Женщина астенична, плаксива, диффузный гипергидроз кожи, общий тремор - симптом «телеграфного столба». ЧСС-120 в мин. Щитовидная железа равномерно увеличена, умеренно выражен экзофтальм. Какую группу препаратов из перечисленных наиболее целесообразно назначить в первую очередь

- тиреостатики
- β – блокаторы
- препараты калия
- тиреоидные препараты

-седативные препараты

= Больной К., 24 лет обратился к участковому врачу с жалобами на значительное похудание (в течение месяца на 9 кг), сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, тошноту, плохой аппетит. Объективно: кожные покровы сухие, ладони и подошвы с желтоватым оттенком, имеется фурункулез. В анализе мочи сахар - 2,9% и ацетон. Какой из перечисленных препаратов наиболее целесообразен в данном случае

- инсулина короткого действия
- инсулина пролонгированного действия
- бигуанидов
- производных сульфанилмочевины
- инсулиновой смеси

= Больная 48 лет жалуется на увеличение веса, головные боли, боли в области поясницы, рост волос на лице, одышку, депрессию. Рост-160 см, вес 98 кг. Лицо с багрово-красным румянцем на щеках, увеличенный живот, похудание рук и ног. АД 180/100 мм рт.ст. На рентгенограммах: остеопороз костей позвоночника и костей таза, на КТ органов брюшной полости односторонняя гиперплазия надпочечников. Умеренное повышение уровня кортизола в крови и моче, снижение АКТГ. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- синдром Иценко-Кушинга
- первичное ожирение
- болезнь Иценко Кушинга
- синдром Пиквика
- эссенциальная гипертония

= У мужчины 58 лет выявлен сахарный диабет 2 типа на фоне артериальной гипертонии 2 степени, риск 3. Какой должен быть целевой уровень HbA1c

- <7,5%
- <8,5%
- <8,0%
- <7,0%
- <6,5%

= Больная М, 45 лет, в течение 8 лет страдает ожирением. При очередной диспансеризации - удовлетворительное самочувствие, ИМТ- 38,0 кг/м². ОТ-90 см, АД 140/90мм рт. ст. Из результатов лабораторного обследования: гликемия -5,8 ммоль/л, через 2 часа после еды -10,5 ммоль/л, холестерин-6,2 ммоль/л, креатинин сыворотки 80 мкмоль/л. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен

- нарушенная толерантность к глюкозе
- нарушенная гликемия натощак
- метаболический синдром
- сахарный диабет 2 типа
- гипотиреоз

= Пациентка 17 лет жалуется на сухость во рту, жажду, похудела на 7 кг в течение месяца. Наследственность по сахарному диабету не отягощена. При обследовании выявлена гипергликемия 13 ммоль/л, ГлиНв -7,2%. Ваш диагноз

- Сахарный диабет тип 1
- Сахарный диабет тип 2
- MODY диабет
- LADA диабет

-Гестационный диабет

= У полного мужчины 50 лет случайно обнаружено повышенное содержание глюкозы плазмы натощак – 7,2 ммоль/л, а при повторном исследовании – 7,5 ммоль/л. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- Сахарный диабет тип 2
- Сахарный диабет тип 1
- Нарушенная гликемия натощак
- Нарушенная толерантность к глюкозе
- Алиментарно-конституциональное ожирение

= Женщина 33 лет отмечает слабость, утомляемость. В анамнезе: субтотальная резекция щитовидной железы, принимала 50 мкг L-тироксина. Объективно: лицо пастозно, тоны сердца приглушены. ЧСС 54 в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. При ЭХОКГ отмечается наличие жидкости в полости перикарда. Какой из перечисленных методов исследования наиболее информативен для определения тактики лечения

- определение уровня ТТГ, Т4 свободный
- ЭКГ
- УЗИ щитовидной железы
- КТ органов средостения
- суточное мониторирование АД

= У женщины 50 лет с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 12,2 ммоль/л. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- сахарный диабет 2 типа
- ожирение
- сахарный диабет 1 типа
- нарушение гликемии натощак
- нарушение толерантности к глюкозе

= Больная 48 лет жалуется на увеличение веса, головные боли, боли в области поясницы, рост волос на лице, одышку, депрессию. Рост-160 см, вес 98 кг. Лицо с багрово-красным румянцем на щеках, увеличенный живот, похудание рук и ног. АД 180/100 мм рт.ст. На рентгенограммах: остеопороз костей позвоночника и костей таза, на КТ органов брюшной полости односторонняя гиперплазия надпочечников. Умеренное повышение уровня кортизола в крови и моче, снижение АКТГ. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- синдром Иценко-Кушинга
- первичное ожирение
- болезнь Иценко Кушинга
- синдром Пиквика
- эссенциальная гипертония

= У женщины 45 лет с избыточным весом, случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 6,0 ммоль/л. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. При проведении перорального глюкозотолерантного теста с 75,0 гр безводной глюкозы, через 2 часа уровень глюкозы – 8,5 ммоль/л. Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c – 5.9%. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- Нарушенная толерантность к глюкозе
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушенная гликемия натощак

-Lada диабет

-Mody диабет

= Пациент С. 48 лет обратился с жалобами на кашель с отделением вязкой мокроты, эпизоды затрудненного дыхания в течение суток, одышку при физической нагрузке. Перечисленные жалобы беспокоят на протяжении многих лет, с тенденцией к прогрессированию. Объективно: ЧДД 20 в минуту. Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными участками легких. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе по всем легочным полям, выдох удлинен. Для какого синдрома характерны описанные у пациента?

-Бронхообструктивный синдром

-Синдром уплотнения легочной ткани

-Синдром гипервоздушности легких

-Интоксикационный синдром

-Синдром диссеминации в легких

= Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен у курильщика со ИКЧ 20 пачка/лет с наличием бронхообструктивного синдрома, необратимой бронхообструкции по данным спирографии?

-ХОБЛ

-Бронхоэктатическая болезнь

-Бронхиальная астма

-Туберкулез легкого

-Хронический простой бронхит

= Какой препарат является основным для базисной терапии ХОБЛ?

-М-холинолитик длительного действия

-Ингаляционный кортикостероид длительного действия

-Антибактериальный препарат

-Метилксантин

-Муколитический препарат

= Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен у пациентки 18 лет с наличием бронхообструктивного синдрома, отягощенного аллергологического анамнеза (крапивница на мандарины, шоколад, риноконъюнктивит при сезонном цветении растений) и наследственности (мать страдает поллинозом), обратимой бронхообструкции по данным спирографии?

-Бронхиальная астма

-ХОБЛ

-Бронхоэктатическая болезнь

-Туберкулез легкого

-Хронический простой бронхит

= Какой препарат является основным для поддерживающей терапии больных бронхиальной астмой?

-Ингаляционный кортикостероид длительного действия

-М-холинолитик длительного действия

-Антибактериальный препарат

-Метилксантин

-Муколитический препарат

= Пациентка К. обратилась с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 38С, боли в грудной клетке, сухой кашель, выраженную одышку. Заболела остро после переохлаждения накануне. Объективно: ЧДД 30 в минуту. Ниже угла лопатки справа отмечается усиление голосового дрожания, укорочение легочного звука, аускультативно на фоне ослабленного дыхания выслушивается крепитация. Для какого синдрома характерны описанные у пациентки?

- Синдром уплотнения легочной ткани
- Бронхообструктивный синдром
- Синдром полости в легком
- Синдром дыхательной недостаточности
- Синдром гипервоздушности легких

= Какой НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз у пациента М. 36 лет, заболевшего остро 3 дня назад на фоне переохлаждения, с наличием интоксикационного синдрома, синдрома уплотнения легочной ткани ниже угла лопатки справа?

- Внебольничная пневмония
- ХОБЛ
- Бронхиальная астма
- Экссудативный плеврит
- Абсцесс легкого

= Какая группа препаратов является средством выбора при лечении внебольничной пневмонии бактериального генеза?

- Антибиотики
- Бронходилататоры
- Муколитики
- Глюкокортикостероиды
- Антикоагулянты

= Пациент 35 лет, в приемном покое прошел обследование - выявлены плотные, теплые отеки ног до колен, АД 120 и 80 мм.рт.ст., в анализах – в крови - общий белок 38 г/л, мочевины 7,9 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, СКФ 88 мл/мин/1,73 м², Общий холестерин 7 ммоль/л, в моче - белок 3,9 г/л, лейкоциты 0-2 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр. Какой синдром имеется у пациента:

- нефротический
- отечный
- нефритический
- почечная недостаточность
- гипертензивный

= Пациент 25 лет, в приемном покое прошел обследование - выявлены плотные, теплые отеки ног до колен, АД 150 и 80 мм.рт.ст., в анализах – в крови - общий белок 58 г/л, мочевины 7,9 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, СКФ 90 мл/мин/1,73 м², Общий холестерин 4,5 ммоль/л, в моче - белок 1,9 г/л, лейкоциты 0-2 в п/зр, эритроциты 11-12 в п/зр. Какой синдром имеется у пациента:

- нефритический
- отечный
- нефротический
- почечная недостаточность
- гипертензивный

= Укажите нефропротективный препарат

- Периндоприл
- Фуросемид
- Циклоспорин А
- Лерканидипин
- Триметоприм

= Назовите группы лекарственных препаратов, обладающих нефропротективным эффектом

- Ингибиторы АПФ
- бета адреноблокаторы
- блокаторы кальциевых каналов
- мочегонные препараты
- Ингибиторы протонной помпы

= Укажите немодифицируемые факторы риска ХБП:

- расовые и этнические особенности
- пищевые пристрастия
- лекарственная токсичность
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет

= Мужчина, 64 года, обратился с жалобами на выраженную одышку, достигающую приступов удушья в ночное время, отеки нижних конечностей. В анамнезе: 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда, наблюдается амбулаторно. При осмотре: гиперстеник, повышенного питания, ИМТ 30. Отеки стоп, голени до уровня средней трети. Аускультативно в легких: ослабление дыхания в нижних отделах легких, здесь же выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ патологический зубец Q в отведениях I, AVL, V2-V6. Для определения функционального класса недостаточности кровообращения необходимо провести

- тест 6-ти минутной ходьбы
- чреспищеводную эхокардиографию
- суточное мониторирование АД
- велозергометрию
- тредмил - тест

= Больной К., 24 года обратился в приемный покой с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, сопровождающиеся дискомфортом за грудиной, потерей сознания. При осмотре: Астеник. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 84 уд/мин. АД – 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 84 в минуту, элевация сегмента STV₂-V₃ до 2-3 мм. Тропонин Т в норме. Какой метод исследования необходимо провести в данной ситуации

- суточное мониторирование ЭКГ
- электроэнцефалографию
- коронароангиографию
- эхокардиографию
- тредмил -тест

= Больная 35 лет, жалуется на приступы резкой головной боли с тошнотой и рвотой. Обнаружено: потливость, бледность кожи, дрожание, тахикардия, повышение АД 230/140 мм. рт.ст., гипергликемия, глюкозурия, протеинурия, лейкоцитоз. Наиболее вероятный диагноз

- феохромоцитома

- сахарный диабет
- болезнь Иценко-Кушинга
- синдром Конна
- гипоталамический синдром

= У больной при осмотре румянец щек. Пальпаторно на верхушке «кошачье мурлыканье». Аускультативно: диастолический шум, I тон хлопающий, тон открытия митрального клапана, аритмия. ЧСС – 110 в мин., дефицит пульса. В легких в нижних отделах влажные незвучные хрипы. ЧДД – 21-22 в мин. Рентгенография органов грудной клетки: сглаживание талии сердца, отклонение пищевода по дуге малого радиуса. На ЭКГ: гипертрофии левого предсердия и правого желудочка. Поражение какого клапана наблюдается у пациентки

- митральный стеноз
- митральная недостаточность
- аортальный стеноз
- аортальная недостаточность
- трикуспидальная недостаточность

= Больной И., 74 лет жалуется на сжимающие боли за грудиной, не зависящие от дыхания и приступообразно нарастающие. Прием нитроглицерина не эффективен. Какое исследование нужно провести этому больному

- ЭКГ, тропонин Т
- сцинтиграфию с Тl²⁰¹
- ЭхоКГ с добутамином
- ЭКГ с физической нагрузкой
- суточное мониторирование ЭКГ

= У больного 50 лет после купирования ангинозного синдрома на ЭКГ восстановился зубец Т, сегмент ST соответственно изолинии. Ваши диагностические предположение

- ИБС, стабильная стенокардия
- ИБС, инфаркт миокарда
- перикардит
- эндокардит
- миокардит

= У больного 52 лет, после физического напряжения появилась интенсивная давящая боль за грудиной, иррадирующая в нижнюю челюсть. Нитроглицерин не эффективен. Присоединились слабость и холодный пот. Мраморно - бледные кожные покровы. Тоны сердца глухие. АД 90/60 мм рт. ст., легкие без патологии. Ваш предварительный диагноз

- инфаркт миокарда
- впервые возникшая стенокардия
- прогрессирующая стенокардия
- стенокардия Принцметала
- стабильная стенокардия

= Женщина 38 лет, обращается с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца. На ЭКГ – зубец Р отсутствует, f волны, расстояния RR различные. ЧСС – 100 в мин. Укажите возможное нарушение ритма

- фибрилляция предсердий
- пароксизмальная желудочковая тахикардия
- дыхательная аритмия
- синусовая аритмия

-экстрасистолия

= Мужчина 75 лет поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, общую слабость. Данные жалобы беспокоят около месяца, в анамнезе хроническая ишемическая болезнь сердца около 10 лет. На ЭКГ зубец Р не регистрируется. Имеются предсердные большие волны F с частотой 270 в минуту, одинаковые по длине, форме и высоте, состоят из крутого восходящего и пологого нисходящего колена (зубцы пилы), хорошо видны в отведениях II, III, avF, V1. Интервалы R-R разные. Комплекс QRS не изменен. Какое нарушение ритма у больного

- трепетание предсердий, неправильная форма
- фибрилляция предсердий
- синусовая аритмия
- атриовентрикулярная блокада I степени
- атриовентрикулярная блокада II степени

= У больного одышка в покое, гепатомегалия, анасарка, на фоне лечения отмечается незначительный регресс явлений сердечной недостаточности. Каково ваше мнение по поводу степени недостаточности кровообращения

- ХСН II Б - ФК III
- ХСН I – ФК I
- ХСН II А - ФК II
- ХСН I – ФК III
- ХСН III – ФК IV

= Мужчина М, 64 года обратился с жалобами на жгучие боли за грудиной, продолжительностью более 40 минут, не купирующиеся приемом изокет-спрея. Из анамнеза: Артериальная гипертензия в течение 10 лет, наблюдается амбулаторно, принимает гипотензивные препараты. При осмотре: ЧСС – 92 в мин. АД – 130/90 мм рт.ст. На ЭКГ: подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V3-V6. Какой лабораторный показатель необходимо определить в данной ситуации

- тропонин Т
- натрийуретический пептид
- С-реактивный белок
- мочевую кислоту
- креатинин

= Мужчина 38 лет обратился с жалобами на перебои в работе сердца, чувство «замирания», одышку при обычной физической нагрузке. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 в мин. Нормальная ЭОС. Частая полиморфная желудочковая экстрасистолия. Проведено суточное мониторирование ЭКГ: выявлены полиморфные желудочковые экстрасистолы, 6 эпизодов парных желудочковых экстрасистол. К какому классу по классификации Lown относятся экстрасистолы у пациента

- IVa
- IVb
- III
- II
- V

= На ЭКГ регистрируются единичные деформированные преждевременные желудочковые комплексы без предшествующего зубца Р. О какой патологии можно думать

- желудочковая экстрасистолия
- суправентрикулярная экстрасистолия

- пароксизм суправентрикулярной тахикардии
- фибрилляция предсердий
- пароксизм желудочковой тахикардии

= На ЭКГ у больного с артериальной гипертензией в анамнезе обнаружен зубец R в отведениях V5, V6, соответствующий 25 мм. Какая патология наиболее вероятна у больного

- гипертрофия левого желудочка
- гипертрофия правого желудочка
- гипертрофия правого предсердия
- гипертрофия левого предсердия
- данные ЭКГ являются вариантом нормы

= У больного на 3 сутки инфаркта миокарда на ЭКГ отмечается отсутствие зубца P перед QRS и разные расстояния R-R, какое нарушение сердечного ритма развилось у пациента в постинфарктном периоде

- фибрилляции предсердий
- синусовой тахикардии
- экстрасистолии
- фибрилляции желудочков
- синусовой аритмии

= Больная 21 год, с жалобами на высыпания на лице, выпадение волос, выраженную слабость, язвы во рту, повышение температуры тела до 38,80С, периодические носовые кровотечения. Объективно: эритематозные высыпания в области носа, щек, язвы на губах. ОАК: Нв - 90 г/л, эритроц. - $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. - $3,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ- 36 мм/ч. СРБ - 10,4 мг/л, ОАМ: белок - 1,4, лейкоц. - 1-2 в п.зр., эритроц. - 10-12 в п.зр. Антинуклеарные антитела- 4,83 пг/мл (норма менее 0,9); антитела к двуспиральной ДНК - 200 МЕ/мл (норма менее 25 МЕ/мл). Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен

- системная красная волчанка
- дерматомиозит
- болезнь Такаясу
- болезнь Шегрена
- системная склеродермия

= Беременная С., 29 лет, в сроке гестации 32 недель поступила с жалобами на повышенный аппетит, потерю в весе, жажду, частое и обильное мочеиспускание. По результатам перорального глюкозотолерантного теста с 75 граммами глюкозы уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 8,1 ммоль/л, а через 2 часа после нагрузки – 12 ммоль/л. Уровень HbA1c2 составляет 6,9%. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде поставьте предварительный диагноз

- манифестный сахарный диабет (тип СД под вопросом, требуется дополнительная диагностика)
- манифестный сахарный диабет 1 типа
- манифестный сахарный диабет 2 типа
- гестационный сахарный диабет
- результаты биохимического анализа крови соответствуют норме, СД отсутствует

= Беременная А., 32 года, в сроке гестации 28 недель прошла скрининг СД с проведением перорального глюкозотолерантного теста с 75 граммами глюкозы, по результатам которого уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 4,9 ммоль/л, через 1 час – 9,6

ммоль/л, через 2 часа – 8 ммоль/л. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде поставьте предварительный диагноз

- результаты ПГТТ с 75 граммами глюкозы соответствуют норме, СД отсутствует
- гестационный сахарный диабет
- манифестный сахарный диабет 1 типа
- манифестный сахарный диабет 2 типа
- манифестный сахарный диабет (тип СД под вопросом, требуется дополнительная диагностика)

= Беременная Д., 26 лет, в сроке гестации 24 недель прошла скрининг на СД с проведением перорального глюкозотолерантного теста с 75 граммами глюкозы, по результатам которого уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 6 ммоль/л, через 1 час – 10,5 ммоль/л, через 2 часа – 9 ммоль/л. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде поставьте предварительный диагноз

- гестационный сахарный диабет
- манифестный сахарный диабет 1 типа
- манифестный сахарный диабет 2 типа
- манифестный сахарный диабет (тип СД под вопросом, требуется дополнительная диагностика)
- результаты ПГТТ с 75 граммами глюкозы соответствуют норме, СД отсутствует

= Беременная В., 19 лет, в сроке гестации 28 недель прошла скрининг СД с проведением перорального глюкозотолерантного теста с 75 граммами глюкозы, по результатам которого уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 4,9 ммоль/л, через 1 час – 11 ммоль/л, через 2 часа – 9,9 ммоль/л. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде поставьте предварительный диагноз

- гестационный сахарный диабет
- манифестный сахарный диабет 1 типа
- манифестный сахарный диабет 2 типа
- манифестный сахарный диабет (тип СД под вопросом, требуется дополнительная диагностика)
- результаты ПГТТ с 75 граммами глюкозы соответствуют норме, СД отсутствует

= Беременная О., 39 лет, в сроке гестации 24 недель прошла скрининг на СД с проведением перорального глюкозотолерантного теста с 75 граммами глюкозы, по результатам которого уровень глюкозы венозной плазмы натощак – 5,3 ммоль/л, через 1 час – 10 ммоль/л, через 2 часа – 10,9 ммоль/л. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде основная тактика ведения при гестационном СД

- диетотерапия и физическая активность
- инсулинотерапия в комбинации с антигипертензивными препаратами
- инсулинотерапия препаратами короткого действия
- инсулинотерапия препаратами ультракороткого действия
- инсулинотерапия препаратами длительного действия

= У беременной К., 39 лет, при первом посещении акушера-гинеколога в сроке гестации 9 недель было установлено ожирение (ИМТ = 31). В ходе сбора анамнеза выяснилось, что у отца беременной был сахарный диабет 2 типа. Тактика врача в данном случае согласно

клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде

- необходимо назначить скрининг СД после первого визита
- необходимо назначить скрининг СД в сроке гестации 16-20 недель
- необходимо назначить скрининг СД в сроке гестации 20-24 недель
- необходимо назначить скрининг СД в сроке гестации 24-28 недель
- необходимо назначить скрининг СД в сроке гестации 28-32 недель

= Беременной Д., 26 лет, в сроке гестации 24 недель был поставлен диагноз «Гестационный сахарный диабет». Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по СД при беременности, в родах и послеродовом периоде назначьте рациональное лечение

- лечение следует начать с диетотерапии, но в случае невозможности достижения целевых уровней гликемии в течение 1-2 недель самоконтроля необходимо назначить инсулинотерапию
- лечение должно ограничиваться диетотерапией
- лечение следует начать с инсулинотерапии
- лечение следует начать с пероральных сахароснижающих препаратов
- необходимо срочно произвести родоразрешение

= Беременная С., 34 года, в сроке гестации 30 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружение, сухость кожного покрова, выпадение волос. По результатам ОАК: эритроциты – $2,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 60 г/л, МСН – 25 пг, МСНС – 30%, МСV – 70 фл, ЦП – 0,7, Нt – 30%, микроцитоз, анизоцитоз, лейкоциты – $6 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $200 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 8 мкмоль/л, ОЖСС – 90 мкмоль/л, TSat – 14%, ферритин – 10 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 13 нг/мл, кобаламин сыворотки – 600 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных поставьте предварительный диагноз

- железодефицитная анемия III степени
- фолиеводефицитная анемия I степени
- B12-дефицитная анемия II степени
- железодефицитная анемия I степени
- железодефицитная анемия II степени

= Беременная М., 20 лет, в сроке гестации 31 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружение, боль и жжение в языке, скованность ног, неустойчивость при стоянии и ходьбе. По результатам ОАК: эритроциты – $3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 98 г/л, МСН – 36 пг, МСНС – 34%, МСV – 110 фл, ЦП – 1,9, Нt – 31%, макроцитоз, ретикулоциты – 0,1%, лейкоциты – $4 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $180 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 20 мкмоль/л, ОЖСС – 50 мкмоль/л, TSat – 17%, ферритин – 60 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 13 нг/мл, кобаламин сыворотки – 50 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных назначьте рациональное лечение

- лечение цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение фолиевой кислотой по 400 мкг/день сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения
- достаточно ограничиться диетой с высоким содержанием железа
- лечение сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение фолиевой кислотой по 5 мг/день и цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения

= Беременная М., 25 лет, в сроке гестации 29 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения. По результатам ОАК: эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 97 г/л, МСН – 36 пг, МСНС – 34%, МСV – 110 фл, ЦП – 1,6, Нt – 31%, ретикулоциты – 0,1%, макроцитоз, лейкоциты – $4 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $180 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 21 мкмоль/л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 18%, ферритин – 61 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 1 нг/мл, кобаламин сыворотки – 400 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных поставьте предварительный диагноз

- фолиеводефицитная анемия II степени
- В12-дефицитная анемия I степени
- железодефицитная анемия I степени
- железодефицитная анемия II степени
- железодефицитная анемия III степени

= Беременная С., 34 года, в сроке гестации 30 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, сухость кожного покрова, выпадение волос. По результатам ОАК: эритроциты – $3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 92 г/л, МСН – 26 пг, МСНС – 31%, МСV – 72 фл, ЦП – 0,7, Нt – 31%, микроцитоз, анизоцитоз, лейкоциты – $4 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $210 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 11 мкмоль/л, ОЖСС – 93 мкмоль/л, TSat – 15%, ферритин – 12 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 13 нг/мл, кобаламин сыворотки – 600 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных назначьте рациональное лечение

- лечение сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- достаточно ограничиться диетой с высоким содержанием железа
- лечение фолиевой кислотой по 400 мкг/день сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение фолиевой кислотой по 5 мг/день и цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения

= Беременная Н., 39 лет, в сроке гестации 30 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, боли и жжения в языке. По результатам ОАК: эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 101 г/л, МСН – 35 пг, МСНС – 36%, МСV – 111 фл, ЦП – 1,7, Нt – 31%, ретикулоциты – 0,1%, макроцитоз, лейкоциты – $4 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $190 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 22 мкмоль/л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 16%, ферритин – 62 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 1,5 нг/мл, кобаламин сыворотки – 150 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных назначьте рациональное лечение

- лечение фолиевой кислотой по 5 мг/день и цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- достаточно ограничиться диетой с высоким содержанием железа
- лечение фолиевой кислотой по 400 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения

= Беременная М., 25 лет, в сроке гестации 30 недель поступила с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, боль и жжение в языке. По

результатам ОАК: эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 97 г/л, МСН – 36 пг, МСНС – 34%, МСV – 110 фл, ЦП – 1,6, Нt – 31%, ретикулоциты – 0,1%, макроцитоз, лейкоциты – $4 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $180 \cdot 10^9/л$. По результатам биохимического анализа крови: железо сыворотки – 21 мкмоль/л, ОЖСС – 52 мкмоль/л, TSat – 18%, ферритин – 61 мкг/л, фолиевая кислота сыворотки – 1 нг/мл, кобаламин сыворотки – 400 пг/мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных назначьте рациональное лечение

- лечение фолиевой кислотой по 5 мг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение цианокобаламином 1000 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение сульфатом железа 120 мг/день ежедневно до родоразрешения
- лечение фолиевой кислотой по 400 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- достаточно ограничиться диетой с высоким содержанием железа

= Беременной З., 28 лет, в сроке гестации 24 недель был поставлен диагноз «В12-дефицитная анемия II степени». Известно, что у беременной имеются фуникулярный миелоз и синдром мальабсорбции. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2019 год по дефицитным анемиям у беременных назначьте рациональное лечение

- лечение в/м введением цианокобаламина 2000 мкг/день до нормализации показателей крови, а затем 1000 мкг/нед. в течение 2 месяцев
- лечение пероральным приёмом цианокобаламина 150 мкг/день ежедневно до родоразрешения
- достаточно ограничиться диетой с высоким содержанием витамина В12
- требуется срочное родоразрешение
- достаточно нормализовать режим труда и отдыха, добавить в рацион питания больше мясных продуктов, яблок

= Беременная М., 23 года, в сроке гестации 40 недель поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Схватки каждые 8-9 минут по 30-35 секунд, слабой силы, умеренной болезненности, беспокоят в течение 6 часов. При влагалищном исследовании определяется раскрытие шейки матки 3 см. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2022 год по ведению родов определите период родов

- I период родов, латентная фаза
- I период родов, активная фаза
- II период родов
- III период родов
- ложные схватки

= Беременная Г., 29 лет, в сроке гестации 39 недель поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Схватки каждые 6-7 минут по 35-40 секунд, средней силы, умеренной болезненности, беспокоят в течение 9 часов. При влагалищном исследовании определяется раскрытие шейки матки 5 см. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2022 год по ведению родов определите период родов

- I период родов, активная фаза
- I период родов, латентная фаза
- II период родов
- III период родов
- ложные схватки

= Беременная Ю., 18 лет, в сроке гестации 41 недель поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Схватки каждые 2-3 минуты по 40-45 секунд, средней силы, умеренной болезненности, беспокоят в течение 10 часов. При

влагалищном исследовании определяется полное раскрытие шейки матки. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2022 год по ведению родов определите период родов

- II период родов
- I период родов, латентная фаза
- I период родов, активная фаза
- III период родов
- ложные схватки

= У женщины Д., 29 лет, спустя несколько минут после периода изгнания плода началось отделение плаценты, и появилось кровотечение из матки, которое продлилось в течение 15 минут, при этом объём кровопотери не превысил 500 мл. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2022 год по ведению родов объём кровопотери соответствует

- физиологической кровопотере
- I периоду родов, латентная фаза
- I периоду родов, активная фаза
- II периоду родов
- в данном случае возникло послеродовое кровотечение

= Беременная Т., 42 года, в сроке гестации 39 недель поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Схватки каждые 3-4 минуты по 40-45 секунд, средней силы, умеренной болезненности, беспокоят в течение 11 часов. При влагалищном исследовании определяется раскрытие шейки матки 7 см. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2022 год по ведению родов определите период родов

- I период родов, активная фаза
- I период родов, латентная фаза
- II период родов
- III период родов
- ложные схватки

= Беременная В., 19 лет, в сроке гестации 40 недель поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Размеры таза: 26-26-31-17 см (d. spinarum, d. cristarum, d. trochanterica, c. extern.). Определите размер и форму таза

- анатомически узкий таз по типу плоскорохитического
- нормальный таз
- широкий таз
- анатомически узкий таз по типу общеравномерносуженного
- поперечносуженный таз

= Беременная В., 19 лет, в сроке гестации 40 недель поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Размеры таза: 24-26-28-18 см (d. spinarum, d. cristarum, d. trochanterica, c. extern.). Определите размер и форму таза

- анатомически узкий таз по типу общеравномерносуженного
- нормальный таз
- широкий таз
- анатомически узкий таз по типу плоскорохитического
- поперечносуженный таз

= У беременной И., 32 года, в сроке гестации 36 недель при проведении наружного акушерского исследования не определяется предлежащая часть, но слева пальпируется крупная часть плода, имеющая округлую форму, а справа – крупная часть мягковатой консистенции. Определите положение и позицию плода

- поперечное положение плода, I позиция

- поперечное положение плода, II позиция
- продольное положение плода, I позиция
- продольное положение плода, II позиция
- косое положение плода, II позиция

= У беременной С., 33 года, в сроке гестации 39 недель при проведении наружного акушерского исследования головка плода определяется в дне матки, тазовый конец находится над входом в малый таз. Влагалищное исследование свидетельствует о предлежании обеих стоп плода. Определите тактику ведения родов согласно предлежанию плода

- плановое кесарево сечение
- проведение естественных родов опытным акушером-гинекологом
- экстренное кесарево сечение
- поды с оказанием акушерского пособия
- по желанию роженицы возможны и самостоятельные роды и плановое кесарево сечение

= У беременной К., 28 лет, в сроке гестации 37 недель при проведении наружного акушерского исследования определяется расположение головки плода над входом в малый таз. При влагалищном исследовании определяются надбровные дуги, нос, рот, а также подбородок, который расположен у симфиза справа. Определите положение, вид предлежания и вид позиции плода

- продольное положение плода, головное предлежание (лицевое), задний вид
- продольное положение плода, головное предлежание (переднеголовное), передний вид
- продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), передний вид
- продольное положение плода, головное предлежание (переднеголовное), задний вид
- продольное положение плода, тазовое предлежание, задний вид

= У беременной Л., 18 лет, в сроке гестации 38 недель при проведении наружного акушерского исследования головка плода определяется в дне матки, тазовый конец находится над входом в малый таз. Влагалищное исследование свидетельствует о прижатии ягодич плода к входу в полость малого таза. Определите положение плода и вид предлежания

- продольное положение плода, тазовое предлежание (чисто ягодичное)
- продольное положение плода, головное предлежание
- продольное положение плода, тазовое предлежание (полное ножное)
- продольное положение плода, тазовое предлежание (неполное ножное)
- продольное положение плода, тазовое предлежание (смешанное ягодичное)

= У беременной В., 23 лет, чья беременность протекала не под контролем врача, в сроке гестации 38 недель через четыре часа после начала схваток возникло сильное кровотечение. В ходе влагалищного исследования выяснилось, что шейка матки открыта на 3 см, при этом вся область внутреннего зева закрыта плацентой. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по патологии плаценты ваша тактика ведения

- экстренное кесарево сечение
- госпитализация в отделение патологии беременных
- госпитализация в 38 недель
- индукция родов в 37 недель
- плановое кесарево сечение

= Беременная А., 45 лет, в сроке гестации 35 недель поступила с жалобами на сильные боли внизу живота. Матка увеличена, напряжена и болезненна. При ультразвуковом

исследовании определяется расположение плаценты на задней стенке матки, при этом между базальной поверхностью плаценты и стенкой матки имеется эхонегативная зона. Поставьте предварительный диагноз

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- неполное (частичное) предлежание плаценты
- краевое предлежание плаценты
- полное (центральное) предлежание плаценты
- низко расположенная плацента

= У беременной Е., 42 года, в сроке гестации 36 недель поступила с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. При ультразвуковом исследовании выявлено расположение нижнего края плаценты на расстоянии 3 см от внутреннего зева матки. Согласно клиническому протоколу МЗ РК за 2017 год по патологии ваша дальнейшая тактика ведения

- экстренное кесарево сечение
- госпитализация в 38 недель
- индукция родов в 37 недель
- плановое кесарево сечение
- госпитализация в отделение патологии беременных

= Родильница А., 23 года, на 9-е сутки после самопроизвольных родов поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39^оС, болезненность внизу живота, гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Симптом Шёткина – Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови: лейкоциты – $18 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарный сдвиг влево, СОЭ – 25 мм/ч. При трансвагинальном УЗИ органов малого таза отмечается увеличение объёма матки и её передне-заднего размера, есть признаки задержки в полости матки некротически изменённых остатков децидуальной оболочки, сгустков крови и плацентарной ткани. Дальнейшая тактика диагностического алгоритма согласно ПДЛ РК “Послеродовый эндометрит” 2017 год

- проведение гистероскопии
- аспирация полости матки
- назначение противомикробной терапии
- инфузия кристаллоидов
- экстренная гистрэктомия

= Беременная В., 30 лет, срок гестации 10 недель, имеет II группу крови, резус-положительную. Известно, что биологический отец ребёнка имеет II группу крови, но резус-отрицательную. Возможен ли в данном случае резус-конфликт матери и плода - в независимости от того, какой резус-фактор унаследовал плод, резус-конфликт невозможен

- да, если плод унаследовал резус-фактор отца
- да, если плод унаследовал резус-фактор матери
- нет, если плод не унаследовал резус-фактор отца
- нет, если плод не унаследовал резус-фактор матери

= Беременная Д., 20 лет, срок гестации 11 недель, имеет III группу крови, резус-отрицательную. Известно, что биологический отец ребёнка имеет III группу крови, но резус-положительную. Возможен ли в данном случае резус-конфликт матери и плода

- да, если плод унаследовал резус-фактор отца
- да, если плод унаследовал резус-фактор матери
- нет, если плод унаследовал резус-фактор отца

- в независимости от того, какой резус-фактор унаследовал плод, резус-конфликт невозможен
- Резус конфликт будет при любых обстоятельствах

= Родильница О., 25 лет, пришла на приём к гинекологу с жалобами на повышение температуры тела до 370С, покраснение сосков и боли при лактации. При осмотре м/ж симметричные, мягкие, болезненные. Выделения из сосков – молозиво. Визуализируются трещины и гиперемия в области сосков. В общем анализе крови: лейкоциты – $6 \cdot 10^9/\text{л}$. Предположите, какой из принципов грудного вскармливания нарушен в данном случае

- третий принцип – правильное прикладывание к груди
- первый принцип – совместное пребывание после родов
- второй принцип – раннее прикладывание к груди
- четвёртый принцип – отказ от заменителей груди
- пятый принцип – кормление по требованию

= Родильница Т., 27 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 380С, общее недомогание, болезненность в правой молочной железе, затруднение сцеживания молока. При осмотре м/ж заметна асимметрия за счёт увеличения в объёме правой молочной железы, в которой отмечаются трещины, гиперемия, гипертермия, напряжённость и болезненность. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой м/ж отмечается плотный болезненный инфильтрат. В общем анализе крови: лейкоциты – $10 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 25 мм/ч. Поставьте предварительный диагноз

- лактационный мастит
- лактостаз
- фиброаденома молочной железы
- кистозная мастопатия
- внутрипротоковая папиллома

= Родильница Е., 26 лет, поступила с жалобами на дискомфорт и болезненность во время кормления, после сцеживания женщина ощущает облегчение. При осмотре м/ж симметричные, уплотнены, болезненные. Гиперемия, гипертермия и отёчность отсутствуют. В общем анализе крови: лейкоциты – $5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 8 мм/ч. Поставьте предварительный диагноз

- лактостаз
- лактационный мастит
- фиброаденома молочной железы
- кистозная мастопатия
- внутрипротоковая папиллома

= При проведении окситоцинового теста у беременной М. в сроке 32 недели беременности по данным КТГ отмечено наличие ранних децелераций, как правило это свидетельствует

- о гибели плода
- о хорошем состоянии плода
- о начальных признаках страдания плода
- о выраженных признаках страдания плода
- готовность ухудшения состояния плода

= Беременная С. 29 лет, беременность 32 недели. Объективно: Положение плода продольное. Предлежит головка плода – над входом в малый таз. Выделений из половых

путей нет. Данные КТГ: базальная частота с/б плода 90 уд/мин, осцилляции СР 5-7 уд/мин, зарегистрировано 7 шевелений плода. Нестрессовый тест – 20-25 уд/мин. Схватки не регистрируются. По данным доплерометрии – плацентарный кровоток не нарушен. Определите тактику ведения

- отклонения от нормы, требующие немедленной госпитализации
- нормальные показатели
- данные не поддаются расшифровке – повторить запись КТГ
- незначительные отклонения – провести дополнительно УЗИ плода
- незначительные отклонения – повторить запись КТГ через 3 дня

= Беременная А. 32 года, беременность 34 недели. Объективно: Положение плода продольное. Предлежит головка плода – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет. Данные КТГ: базальная частота с/б плода 140 уд/мин, осцилляции СР 3-5 уд/мин, зарегистрировано 7 шевелений плода. Нестрессовый тест – 10-15 уд/мин. Схватки не регистрируются. По данным УЗИ предполагаемая масса плода 2400г. По данным доплерометрии – повышение сопротивления маточно-плацентарному кровотоку. Плодово-плацентарный кровоток не нарушен. Какова дальнейшая тактика ведения

- Данные КТГ в пределах нормы – повторить КТГ через 3 дня
- Данные КТГ вне нормы – срочная госпитализация
- Данные КТГ незначительно отклонены от нормы, необходимо дообследование с последующей плановой госпитализацией
- Повторить запись КТГ через 2 часа
- Данные КТГ в пределах нормы – явка на прием по плану

= Если у женщины при постановке на учет глюкоза крови 6,8 ммоль/л. К какому специалисту необходимо направить женщину с целью консультации

- Эндокринолог
- Кардиолог
- Нефролога
- Гастроэнтеролог
- Терапевт

= При очередном посещении у беременной К. Диагноз: Беременность 30 недель 4 дня. ВДМ равна 30 см. Как интерпретировать данное значение

- Норма
- Маловодие
- ЗВУР
- Маловесный плод к сроку гестации
- Крупный плод

= У беременной А. в сроке 24 недели в ОАМ обнаружены кетоновые тела. Тактика ведения

- Сдать сахар крови + консультация эндокринолога
- Консультация гастроэнтеролога + УЗИ брюшной полости
- Консультация уролога, выполнять рекомендации врача
- УЗИ плода + консультация генетика
- Наблюдать 1 неделю

= У беременной Д. на очередном приеме у участкового акушер-гинеколога зафиксирован подъем артериального давления 150/100 мм.рт.ст. Беременность 18 недель + 5 дней. ОАК - гемоглобин 117 г/л, ЦП 0,8 %, эрит. $4,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $6 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $310 \cdot 10^9/л$,

СОЭ 10 мм/ч. ОАМ - относительная плотность 1015, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 в п/зр, эритроц. 0 в п/зр, эпителий. 1-2 в п/зр. Коагулограмма фибриноген 4,0 гр, АЧТВ – 20 сек, тромбиновое время 17 сек. Необходимо установить диагноз

- Хроническая АГ
- Гестационная АГ
- Впервые возникшая АГ
- Эссенциальная АГ
- АГ в стадии обострения

= У беременной Ж. в ОАК Нв 109 г/л. Считается ли это анемией

- Да, анемия легкой степени
- Нет, для беременных это показатель в норме
- Нет, необходимо повторить анализ через неделю
- Да, но достаточно откорректировать режим питания
- Нет, повторить анализ через месяц

= У беременной К. диагноз: Беременность 25 недель 5 дней. В ОАМ белок-0,4 г/л, АД 110/70 мм. рт. ст, отеки незначительные на нижних конечностях. Дальнейшая тактика ведения

- Протеинурия и отеки, вызванные беременностью без гипертензии – госпитализация для наблюдения
- Преэклампсия легкой степени – возможно амбулаторное наблюдение
- Преэклампсия тяжелой степени – госпитализация на родоразрешение
- Протеинурия и отеки, вызванные беременностью – динамическое наблюдение – явка на прием через неделю + сдать белок мочи
- Проявления хронической артериальной гипертензии – контроль АД + белка в моче амбулаторно

= У беременной Б. 18 недель 4 дня в ОАК Нв 98 г/л. Тактика ведения

- сдать сывороточное железо, вит В12, фоллаты, ферритин
- сдать коагулограмму, сывороточное железо, провести ФГДС
- сдать коагулограмму, Б/Х крови, сывороточное железо, вит В12, фоллаты, ферритин, УЗИ брюшной полости
- срочная госпитализация в гематологическое отделение
- срочная госпитализация в терапевтическое отделение

= У беременной Д. беременность 26 недель 1 день в ОАМ белок 0,4г/л. К какой протеинурии относится данный показатель

- Патологическая
- Физиологическая
- Приобретенная
- Хроническая
- Тяжелая

= Модифицированный биофизический профиль плода включает в себя определение:

- Амниотического индекса и результаты нестрессового теста
- Амниотического индекса и дыхательных движений плода
- Результат нестрессового теста и двигательная активность плода
- Мышечный тонус плода и дыхательные движения плода;

- Двигательная активность плода и результаты нестрессового теста

= У беременной Ф. беременность 32 недели 3 дня. ОАК: Hb 133 г\л, Le 8,9x10⁹/л, Eг 4,40x10¹²/л, ЦП- 0,85, Ht-0,376 Trom 145x10⁹/л, СОЭ 25 мм/час. Расшифровать данные анализа

- тромбоцитопения
- умеренный лейкоцитоз
- незначительный эритроцитоз + лейкоцитоз
- тромбоцитоз
- лейкоцитопения

= У беременной Ж. беременность 13 недель, 2 дня в пренатальном скрининге уровень ПФР 8,3 пг/мл. Определите тактику ведения

- Экспертное УЗИ 2 + повторно сдать ПФР
- Срочная консультация генетика
- УЗИ 2 плода по плану
- Срочно повторить УЗИ + повторно сдать ПФР
- Срочно отправить на экспертное УЗИ, повторить во 2 и 3 триместре

= Пациентка М. Беременность 24 недели. Жалуется на общее недомогание, слабость и головокружение. В общем анализе крови: эритроциты – 2,7 x 10¹²/л, гемоглобин – 90 г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, единичные мегалобласты, мегалоциты, ретикулоциты – 0,2 %.

- Какие дополнительные лабораторные исследования нужно провести пациентке
- Концентрация железа в сыворотке крови, ферритин сыворотки
 - Коагулограмма
 - УЗИ почек, ОАМ
 - исследование уровня витамина В12, щелочной фосфотазы
 - Глюкоза крови, общий билирубин, прямой билирубин

= Пациентка А 29 лет. Пришла на прием на 41 недель беременности. ВДМ – 38 см, ОЖ – 115 см. Размеры таза: 26-28-32-20 см. Головка плода над входом в малый таз, кости головки плода плотные. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. В стационар, какого уровня госпитализации подлежит данная пациентка

- 2
- 1
- 3
- Может рожать дома
- Госпитализация в Национальный Центр Материнства и Детства

= Пациентка Н. 26-лет встала на учет по беременности в 10 недель. Анамнез: беременность 3, роды 1. Прерывание второй беременности в связи с резус- конфликтом. Настоящая беременность протекает без осложнений. Беременная жалоб не предъявляет. Все лабораторные исследования в пределах нормы. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. При отсутствии резус-антител в крови матери и при резус-положительной крови отца ребенка. На каком сроке беременности вводится иммуноглобулин человека анти-резус RHO(-

- 28 неделя
- 25 неделя
- 31 неделя

- 32 неделя
- 26 неделя

= Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то какие инструментальные исследования необходимо провести для оценки развития плода

- определения количества околоплодных вод и УЗИ плода
- достаточно определения количества околоплодных вод
- Инвазивная пренатальная диагностика
- УЗИ плода
- Инвазивная пренатальная диагностика и УЗИ плода

= Повторнобеременная, первородящая М., 27 лет, срок беременности 39 недель и 3 дня, пришла на повторный прием к врачу женской консультации. Накануне была проведена кардиотокография. Определены следующие параметры: базальная ЧСС 138-142 удара в минуту, частота осцилляций 5 в 1 минуту, амплитуда осцилляций 12 в 1 минуту, отмечаются спорадические акцелерации, децелерации отсутствуют. Данное состояние сердечной деятельности плода оценивается как

- Нормальное состояние плода
- Начальные признаки нарушения жизнедеятельности
- Умеренные признаки нарушения его жизнедеятельности
- Выраженные изменения состояния плода
- Критическое состояние плода.

= Пациентка М. Беременность 20 недель. Жалуется на повышение температуры тела до 38С, на общее недомогание, увеличение частоты позывов к мочеиспусканию, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 7 раз в сутки. Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, язык чистый, влажный. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены. Дальнейшая тактика врача согласно приказу №92 МЗ РК

- госпитализация в терапевтическое отделение
- направить к нефрологу
- прерывание беременности
- назначить дополнительные методы исследования
- госпитализация в родильный дом

= Пациентка М. 30 лет. Пришла на плановый прием в 16 недель беременности. Жалобы отсутствуют. Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/80 мм рт. ст. Лабораторные данные: ОАК - гемоглобин 117 г/л, ЦП 0,8 %, эрит. $4,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $6 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $310 \cdot 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч. ОАМ - относительная плотность 1015, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 в п/зр, эрит. 0 в п/зр, эпителий. 1-2 в п/зр. Результат генетического скрининга: Низкий риск по всем синдромам. ХГЧ 2.28 ng/ml, РА_ДБС 1.3U/L, ТВП 0,95мм. Тактика врача акушер гинеколога

- Направить к медицинскому генетику
- Назначить дополнительный УЗИ плода
- КТГ плода
- Инвазивная пренатальная диагностика

- Назначить следующий плановый прием

= Пациентка А. 35 лет. Беременность третья в сроке 11 недель. Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам. Объективно: общее состояние удовлетворительное АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексион-верзио, увеличена до размеров гусиного яйца, выделения светлые. Какой вид инструментального исследования поможет врачу определить пороки развития у плода?

- УЗИ плода
- КТГ
- Гормональное исследование
- ПИД
- Лапароскопия

= Пациентка Д. Беременность 25 недель беременности. Пришла на плановый прием. Жалоб никаких не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре матка не возбудима, безболезненная. Положение плода продольное, головное, СБ 154 уд в мин. Патологических выделений нет. ОАМ: относительная плотность 1025, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 в п/зр, эритроц. 0 в п/зр, эпителий 1-2 в п/зр. Врач акушер-гинеколог назначает следующий плановый прием. Какие анализы беременная должна пройти в сроке 30-32 недели беременности

- RW, ВИЧ, ЭКГ, анализ мочи на белок, общий анализ крови
- УЗИ плода, ЭКГ, анализ мочи на белок, общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови.
- ВИЧ, ЭКГ, анализ мочи на белок, группу-крови, антитела на резус-фактор
- УЗИ почек, стоматолог, общий анализ крови, общий анализ мочи.
- ЭКГ, анализ мочи на белок, общий анализ крови, КТГ, доплерометрия

= Женщина 24 лет, обратилась с жалобами на задержку менструации. Последнюю менструацию не помнит. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась. Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. На руках есть результаты б-ХГЧ – 6000 ед. Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Выделения умеренные, светлые. При каком сроке беременности регистрируется максимальная концентрация хорионического гонадотропина в крови

- 8–10 нед
- 5–6 нед
- 14–16 нед
- 35–37 нед
- концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении всей беременности

= Женщина 24 лет, обратилась с жалобами на задержку месячных. Последняя менструацию не помнит. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась. Общее состояние

удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. На руках есть результаты б-ХГЧ – 6000 ед. Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются.

Выделения умеренные, светлые. Когда проводят первое плановое скрининговое УЗИ

- На 11-13 нед
- Сразу после первой задержки месячных
- Через 2-3 нед. после пропущенной менструации
- На 18-20 нед
- При обращении и установке факта беременности

= Была 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.

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. Физиологические отправления в норме. Что можно ожидать у перенесенных младенцев

- Длинные ногти на руках и ногах
- Увеличение массы мягких тканей, особенно подкожно-жировой клетчатки
- Сухость, дряблость и шелушение кожи
- Синюшный оттенок кожи
- Обратное развитие внутренних органов

= 23-летняя женщина встала на учет по беременности в 7 недель. В прошлом у нее был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования. Явка в женскую консультацию на прием через 10 дней. Беременная жалоб не предъявляет. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. В каком сроке введение иммуноглобулина человека анти-резус RHO(-) предпочтителен

- 28-30 недель
- 10-12 недель
- 16-18 недель
- 20-24 недель
- 8-10 недель

= На прием пришла беременная Р. 32 лет с жалобами на резкие локальные боли в животе, мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые появились за час до приема, была однократно рвота. В анамнезе перенесенные заболевания: корь, ангина, грипп, страдает гипертонической болезнью первой степени. Брак второй. Данная беременность пятая, первая – закончилась срочными родами без осложнений, затем три медицинских аборта, последний аборт с повторным выскабливанием полости матки. Настоящая беременность протекала в I половине с периодическим повышением АД. Наблюдалась у терапевта по поводу гипертонической болезни I степени, принимала гипотензивные препараты. От предложенной неделю назад госпитализации отказалась. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 94 уд/мин., ритмичный, АД 130/90, 120/80 мм рт. ст. ОЖ 96 см, ВДМ 38 см. Матка напряжена, болезненная в области передней стенки. Части плода определяются с трудом. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый

таз. Сердцебиение плода 110 ударов в минуту, ритмичное, глухое. Признаком гипоксии плода является

- Брадикардия плода
- Тахикардия матери
- Боли в животе
- Мажущие кровянистые выделения
- Гипертонус матки

= Пациентка М. 30 лет. Пришла на плановый прием в 40 недель беременности. Жалобы отсутствуют. Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/80 мм рт. ст. Матка не возбудима, безболезненная. Положение плода продольное, головное, сердцебиение ясное, ритмичное. Самостоятельно прошла УЗИ плода. Заключение: Маловодие. Физиологическое количество околоплодных вод при доношенной беременности составляет

- 1001 - 1500 мл
- 500 мл
- 501 - 1000 мл
- 1501 - 2000 мл
- 2000 мл и более

= Беременная 27 недель, диамниотическая дихориальная двойня пришла на прием за ДДО. Жалобы отсутствуют. Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/80 мм рт. ст. Матка не возбудима, безболезненная. Положение 1 плода продольное, головное, сердцебиение ясное, ритмичное. 2 плода продольное, тазовое, сердцебиение ясное, ритмичное. Патологических выделений нет. ОАМ: относительная плотность 1025, белок – 0 г/л, лейкоц. 2-3 в п/зр, эритроц. 0 в п/зр, эпителий. 1-2 в п/зр. Лист временной нетрудоспособности по беременности и родам предоставляется в данном случае

- С 30 недель беременности на 126 календарных дней
- С 28 недель беременности на 146 календарных дней
- С 27 недель беременности на 156 календарных дней
- С 30 недель беременности на 140 календарных дней
- С 28 недель беременности на 170 календарных дней

= Беременная Г., 30 лет, обратилась к врачу ПМСП. Жалобы на тянущие боли внизу живота в течение двух часов, кровянистых выделений из половых путей не отмечает. На учете по беременности состоит с 8 недель. На сегодняшний день срок беременности соответствует 20 неделям. Status praesens. Общее состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, физиологической окраски. Температура тела 36,6°C. Ps 88 в мин. АД 110/60 — 110/60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Контрольная подкладная чистая. ОАК - гемоглобин 107 г/л, ЦП 0,8 %, эритроц. 3,9 * 10¹²/л, лейкоц. 6*10⁹/л, тромбоциты 250*10⁹/л, СОЭ 10 мм/ч. На какой уровень, согласно регионализации перинатальной помощи в РК, необходимо госпитализировать данную пациентку

- второй уровень
- первый уровень
- третий уровень
- терапевтическое отделение областной клинической больницы
- гинекологическое отделение областной клинической больницы

= Первобеременная 22 лет. Срок гестации 8 недель беременности. Пришла на прием к гинекологу с жалобами на тошноту и рвоту до 20 раз в сутки, потерю в весе (за 2 нед. до 8

кг) слабость. При осмотре: слизистые — сухие, склеры иктеричны, кожа умеренно бледная. АД — 90/60 мм рт.ст. PS — 110 удар/мин, слабого наполнения. Объективно: Слизистые влагалища и влагалищной части шейки матки «синюшные», выделения слизистые. Бимануально: матка мягковатая, увеличена до 8 нед. Область придатков без—патологии. Кровь: НБ — 135 г/л. Лейк- 11 x 10⁹ / л, Эритро -5.2*10¹²/л Билирубин — 35,6. В анализе мочи: белок -2,1 г/л, ацетон, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия — все в поле зрения. Тактика ведения врача ПМСП

- госпитализация в гинекологическое отделение для лечения
- госпитализация на третий уровень для прерывания беременности
- госпитализация на второй уровень для прерывания беременности
- госпитализация в терапевтическое отделение областной клинической больницы
- госпитализация на первый уровень для сохранения беременности

= Повторнобеременная Л., 31 года, поступила в акушерский стационар по направлению СВА в сроке беременности 35 недель и 2 дня. Жалобы на частое шевеление плода в течение 2-х недель. Окружность живота-85 см, высота стояния дна матки - 26 см. Результаты доплерометрии пупочной артерии произведенной накануне: реверсный кровоток. Дальнейшая тактика ведения беременности:

- Родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
- Доплерометрия каждые 2-е недели, при сохранении аналогичного результата - экстренное родоразрешение
- Доплерометрия в динамике через 2 дня, при сохранении аналогичного результата - экстренное родоразрешение
- Решить тактику ведения после модифицированного биофизического профиля плода
- Родоразрешение после 38 недель беременности

= Первобеременная Н., 23 лет, встала на диспансерный учет по беременности в сроке 28 недель. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Акушерский статус: размеры таза - distancia spinarum - 26cm, distancia cristarum -28cm, distancia trochanerica-31 cm, conjugata externa - 20cm. Индекс Соловьева -14 см. Дно матки на 2-3 пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой - мелкие подвижные выступы. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, плотной округлой части, баллотирующей между пальцами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Определите положение и позицию плода:

- Головное предлежание, продольное положение, I позиция, передний вид
- Затылочное предлежание, поперечное положение, первая позиция, передний вид
- Тазовое предлежание, продольное положение, первая позиция, передний вид
- Затылочное предлежание, головка баллотирует, продольное положение, передний вид
- Головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз, продольное положение, II позиция, задний вид

= При обращении к врачу-гинекологу пациентке Р., 46 лет предьявляет жалобы на нарушение менструальной функции, межменструальные кровотечения. Паритет: Б2: Р2. Контрацепция: барьерный метод. При осмотре на зеркалах: шейка матки чистая, влагалище увлажнено кровянистыми выделениями, умеренно (14 день ментструального цикла). Влагалищно: Тело матки в антефлексию, не увеличено, подвижно, плотное, безболезненно. Придатки без особенности. Своды свободны. Проведено УЗИ малого таза. Заключение: в полости матки визуализируется гиперэхогенное образование 15 мм.

Предполагаемый диагноз

- Полип тела матки

- Киста яичника
- Эрозия шейки матки
- Эндометриоз шейки матки
- Апоплексия яичника

= При обращении к врачу-гинекологу пациентке Р., 46 лет предъявляет жалобы на нарушение менструальной функции, межменструальные кровотечения. Паритет: Б2: Р2. Контрацепция: барьерный метод. При осмотре на зеркалах: шейка матки чистая, влагалище увлажнено кровянистыми выделениями, умеренно (14 день менструального цикла). Влагалищно: Тело матки в антефлексию, не увеличено, подвижно, плотное, безболезненно. Придатки без особенности. Своды свободны. Проведено УЗИ малого таза. Заключение: в полости матки визуализируется гиперэхогенное образование 15 мм.

Определите дальнейшую тактику ведения

- Гистероскопию, полипэктомию с последующим гистологическим исследованием
- Гистресальпингография
- Ультразвуковое исследование внутренних половых органов
- Лапаротомия
- Мазок на степень чистоты

≡ Больная 37 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения в течение последних 3-х циклов вне менструации. Из анамнеза: Менструация закончилась вчера, не предохраняется, планирует беременность 6 месяцев, при осмотре в зеркалах: НПО развиты правильно, шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка в антеверсию, антефлексию, несколько увеличена, гладкая, безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются. Своды свободны. ОАК: гемоглобин 108г/л, эрит 3,8*10¹²/л, тромб 189*10⁹/л, лейкоциты 5,8*10⁹/л, СОЭ 15мм/час. На УЗИ ОМТ: Матка 65*55* 50 мм, интрамурально визуализируется гиперэхогенное образование размером 26*18 мм. М-Эхо эндометрия 4 мм. Яичники без особенности. Предполагаемый диагноз

- Миома матки
- Полип тела матки
- Киста яичника
- Аденомиоз
- Эрозия шейки матки

= Больная 37 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения в течение последних 3-х циклов вне менструации. Из анамнеза: Менструация закончилась вчера, не предохраняется, планирует беременность 6 месяцев, при осмотре в зеркалах: НПО развиты правильно, шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка в антеверсию, антефлексию, несколько увеличена, гладкая, безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются. Своды свободны. ОАК: гемоглобин 108г/л, эрит 3,8*10¹²/л, тромб 189*10⁹/л, лейкоциты 5,8*10⁹/л, СОЭ 15мм/час. На УЗИ ОМТ: Матка 65*55* 50 мм, интрамурально визуализируется гиперэхогенное образование размером 26*18 мм. М-Эхо эндометрия 4 мм. Яичники без особенности. Дальнейшая тактика ведения

- гормональное обследование, консультация гинеколога-эндокринолога, контроль УЗИ малого таза через 6 мес
- срочное диагностическое выскабливание полости матки с гистологией
- полипэктомию+ гистология
- надвлагалищная ампутация матки с придатками
- гистероскопия + коагуляция очага эндометриоза

= Больная 28 лет, обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие менструации. Из анамнеза: 1,5 года назад срочные роды, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде. Вскоре после родов отмечает гипогалактию, затем агалактию. В течение 6 месяцев беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, менструации нет по настоящее время.

Предполагаемый диагноз

- Гипофизарная аменорея. Синдром Шихана
- Нервная анорексия
- Климактерический синдром
- Предменструальный синдром
- АМК

= Больная 28 лет, обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие менструации. Из анамнеза: 1,5 года назад срочные роды, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде. Вскоре после родов отмечает гипогалактию, затем агалактию. В течение 6 месяцев беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, менструации нет по настоящее время.

Дальнейшая тактика ведения

- Гормональное обследование, МРТ гипофиза
- Гистресальпингография
- Гистероскопию с последующим гистологическим исследованием
- Ультразвуковое исследование внутренних половых органов, фолликулометрия
- Мазок на степень чистоты

= Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара, потливость, частое мочеиспускание, подтекание мочи при кашле. Симптомы появились через 1 месяц после операции по поводу быстрорастущей миомы матки и эндометриоза обоих яичников.

При осмотре соматических заболеваний не выявлено. Молочные железы без патологии.

На зеркалах: слизистая влагалища чистая. PV: культя влагалища без патологии.

Инфильтратов в малом тазу нет. ОАМ: плотность 1020, кисл, лейкоц 2, эпителий 3, белок отриц, сахар отриц. Мазок на степень чистоты Эпит 10, Лейк 14, флора смеш, трих, гонококки отриц.

Предполагаемый диагноз

- Состояние после экстирпации матки. Посткастрационный синдром
- Вегетососудистая дистония, цистит
- Вегетососудистая дистония
- Состояние после экстирпации матки. Климактерический синдром
- Гипотиреоз

= Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара, потливость, частое мочеиспускание, подтекание мочи при кашле. Симптомы появились через 1 месяц после операции по поводу быстрорастущей миомы матки и эндометриоза обоих яичников.

При осмотре соматических заболеваний не выявлено. Молочные железы без патологии.

На зеркалах: слизистая влагалища чистая. PV: культя влагалища без патологии.

Инфильтратов в малом тазу нет. ОАМ: плотность 1020, кисл, лейкоц 2, эпителий 3, белок отриц, сахар отриц. Мазок на степень чистоты Эпит 10, Лейк 14, флора смеш, трих, гонококки отриц.

Определите дальнейшую тактику ведения

- Консультация уролога, эндокринолога. Назначение менопаузальной гормональной терапии
- Консультация невропатолога. Назначение ноотропной, сосудистой терапии
- Консультация нефролога. Назначение фитотерапии
- Лечение щитовидной железы
- Консультация онколога

= При обращении к врачу-гинекологу пациентке Р., 46 лет впервые выставлен диагноз: АМК-N. В ОАК: гемоглобин 78г/л, эрит 2,8*10¹²/л, тромб 189*10⁹/л, лейкоциты 5,8*10⁹/л, СОЭ 15мм/час. Какой дополнительный метод исследования использовать для уточнения диагноза

- Ультразвуковое исследование внутренних половых органов
- Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию
- Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов
- Лапароскопию
- Мазок на онкоцитологию (Pap- тест)

= В женскую консультацию обратилась беременная 29 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе 1 роды и 3 мед. аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Предварительный диагноз

- Угрожающий аборт
- Симфизит
- Неразвивающаяся беременность
- Отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты

= В женскую консультацию обратилась беременная 29 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе 1 роды и 3 мед. аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Для определения тактики ведения рекомендуем дополнительное обследование

- УЗИ малого таза
- Гистеросальпингография
- Лапароскопия
- Фолликулометрия
- Кордоцентез

= За консультацией обратилась беременная 30 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 16-17 недель. В анамнезе 1 роды и 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 14-15 недель. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Предполагаемый диагноз

- Угрожающий аборт. ОАА
- Симфизит
- Неразвивающаяся беременность
- Отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты

= За консультацией обратилась беременная 30 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 16-17 недель. В анамнезе 1 роды и 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 14-15 недель. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка

увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Тактика врача женской консультации

- госпитализировать беременную
- наложить швы на шейку матки
- выдать больничный лист провести токолитическую терапию в амбулаторных условиях
- назначить седативные и спазмолитические средства, рекомендовать явку через 1 неделю
- выдать больничный лист, назначить гормональную терапию, направленную на сохранение беременности

= В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 11-13 недель. В анамнезе 1 роды, осложнившиеся разрывом шейки матки 1 степени и 1 самопроизвольный выкидыш в раннем сроке с выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3,0 см, наружный зев зияет, канал шейки матки проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые. Предполагаемый диагноз

- истмико-цервикальная недостаточность
- пузырный занос
- предлежание плаценты
- отслойка нормально расположенной плаценты
- неразвивающаяся беременность

= В приемный покой родильного дома доставлена беременная, 30 лет, Беременность 34 недели. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, появление кровянистых выделений из половых путей в течение 2-х часов. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу, без патологии. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 35 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту.

Предполагаемый диагноз

- Беременность 35 недель. Отслойка нормально расположенной плаценты
- Беременность 35 недель. Предлежание плаценты
- Беременность 35 недель. Угроза выкидыша
- Беременность 35 недель. Низкая плацентация
- Беременность 35 недель. Истмико-цервикальная недостаточность

= В приемный покой родильного дома доставлена беременная, 30 лет, Беременность 34 недели. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, появление кровянистых выделений из половых путей в течение 2-х часов. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу, без патологии. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг.

ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 35 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту.

Определите тактику ведения

- Осмотр Per Vaginum в условиях операционной. УЗИ малого таза
- Осмотр Per Vaginum. Токолитическая терапия
- Срочное кесарево сечение
- Назначение гестагенной терапии. Седативная терапия.
- Наблюдение в условиях палаты патологии беременных в течение 24 часов

=На приеме у гинеколога беременная, 28 лет, Беременность 32 недели. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота, появление кровянистых выделений из половых путей в течение 3-х часов. Настоящая беременность – третья, в анамнезе 2 родов. Самостоятельно прошла УЗИ плода- Выявлена ретрохореальная гематома. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 30 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемый диагноз

- Беременность 32 недели. Отслойка нормально расположенной плаценты
- Беременность 35 недель. Предлежание плаценты
- Беременность 35 недель. Угроза выкидыша
- Беременность 35 недель. Низкая плацентация
- Беременность 35 недель. Истмико-цервикальная недостаточность

= На приеме у гинеколога беременная, 28 лет, Беременность 32 недели. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота, появление кровянистых выделений из половых путей в течение 3-х часов. Настоящая беременность – третья, в анамнезе 2 родов. Самостоятельно прошла УЗИ плода- Выявлена ретрохореальная гематома. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих

сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 30 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Тактика ведения

- Срочно госпитализировать в родильный дом
- Осмотр Per Vaginum. Токолитическая терапия
- Назначение гестагенной терапии. Седативная терапия.
- Повторить УЗИ малого таза через 3 дня
- Выдать больничный лист, контрольный осмотр через 3 дня

= В приемный покой родильного дома доставлена беременная, 30 лет, Беременность 28 недели. Жалобы на появление кровянистых выделений из половых путей в течение 1- го дня. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу. Последнее УЗИ плода 2 месяца назад. Эхо- картина центрального предлежания плаценты. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 30 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. Предполагаемый диагноз

- Беременность 28 недель. Предлежание плаценты
- Беременность 28 недель. Отслойка нормально расположенной плаценты
- Беременность 28 недель. Угроза выкидыша
- Беременность 28 недель. Низкая плацентация
- Беременность 28 недель. Истмико-цервикальная недостаточность

= В приемный покой родильного дома доставлена беременная, 30 лет, Беременность 28 недели. Жалобы на появление кровянистых выделений из половых путей в течение 1- го дня. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу. Последнее УЗИ плода 2 месяца назад. Эхо- картина центрального предлежания плаценты. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 30 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. Тактика ведения

- Госпитализировать в родильный дом
- Осмотр Per Vaginum. Токолитическая терапия. Отправить под наблюдение участкового гинеколога
- Назначение гестагенной терапии. Седативная терапия.
- Рекомендовать повторить УЗИ малого таза через 3 дня
- Отправить под наблюдение участкового гинеколога с выдачей больничного листа

= На приеме у участкового гинеколога беременная, 30 лет. Диагноз Беременность 22 недели. Жалоб особых нет. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу. Последнее УЗИ плода Беременность 21 неделя. Эхо- картина низкой плацентации. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 22 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. Предполагаемый диагноз

- Беременность 22 недели. Низкая плацентация
- Беременность 22 недели. Отслойка нормально расположенной плаценты
- Беременность 22 недели. Предлежание плаценты
- Беременность 22 недель. Угроза выкидыша
- Беременность 22 недели. Истмико-цервикальная недостаточность

= На приеме у участкового гинеколога беременная, 30 лет. Диагноз Беременность 22 недели. Жалоб особых нет. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. По обменной карте УЗИ плода проходила в сроки, согласно клиническому протоколу. Последнее УЗИ плода Беременность 21 неделя. Эхо- картина низкой плацентации. Объективный статус Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 86 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 120/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Высота стояния дна матки на 22 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. Тактика ведения

- Рекомендовать УЗИ плода и трансвагинальную сонографию на сроке 25-26 недель беременности
- Осмотр Per Vaginum. Токолитическая терапия
- Госпитализировать в родильный дом
- Назначение гестагенной терапии. Седативная терапия.

- Срочно госпитализировать для проведения кесарево сечения

= Повторнородящая 25 лет в сроке 38 недель беременности. ОЖ – 110 см. отошли воды в количестве 2-х литров. Через 3 часа после отхождения вод родила живого доношенного ребенка весом 3500 г. Через 30 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре послед весь, оболочки все. Из половых путей обильное кровотечение со сгустками более 500мл и продолжается.

В ОАК исходный гемоглобин в крови - 116 г/л ; эритроциты в крови - 4.11 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л; гематокрит в крови - 33 % ; тромбоциты в крови - 233 /л ; СОЭ - 28.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 %

Через 2 часа цито гемоглобин в крови - 62г/л ;

Коагулограмма от 23.02.2023 МНО- 1.0 ; ПВ анализатор - 12.00 сек ; ПТИ анализатор - 94.00 % ; АЧТВ - 27.0 сек ; фибриноген - 3.40 г/л ; Выставить диагноз

- послеродовое кровотечение
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- полное предлежание плаценты
- краевое предлежание плаценты
- плацентарный полип тела матки

= Повторнородящая 25 лет в сроке 38 недель беременности. ОЖ – 110 см. отошли воды в количестве 2-х литров. Через 3 часа после отхождения вод родила живого доношенного ребенка весом 3500 г. Через 30 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре послед весь, оболочки все. Из половых путей обильное кровотечение со сгустками более 500мл и продолжается.

В ОАК исходный гемоглобин в крови - 116 г/л ; эритроциты в крови - 4.11 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л; гематокрит в крови - 33 % ; тромбоциты в крови - 233 /л ; СОЭ - 28.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 %

Через 2 часа цито гемоглобин в крови - 62г/л ; Коагулограмма от 23.02.2023 МНО- 1.0 ; ПВ анализатор - 12.00 сек ; ПТИ анализатор - 94.00 % ; АЧТВ - 27.0 сек ; фибриноген - 3.40 г/л ; Определить тактику ведения

- Диагностика и остановка кровотечения согласно клиническому протоколу, инфузионная терапия
- Наблюдение за состоянием беременной
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- Введение оксацина 10 ЕД внутримышечно
- Проведение УЗИ малого таза

= Повторнородящая 28 лет. Беременность 40 недель. Родила живого доношенного ребенка. Через 20 минут началось кровотечение (выделилось 600 мл крови и продолжается). Роженица побледнела, пульс 90 ударов в минуту. А/Д 100/60 мм рт. ст. Дно матки на 2 поперечных пальца выше пупка. Признаков отделения плаценты нет.

Группа крови - В(III)- третья; резус-фактор - Rh+ (положительный); В ОАК: исходный гемоглобин в крови - 98 г/л ; эритроциты в крови – 3,5 /л ; лейкоциты в крови – 7,50 /л; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 160/л ; СОЭ - 26.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 % .

Выставить диагноз

- Кровотечение. Плотное прикрепление плаценты

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Разрыв шейки матки
- Предлежание плаценты
- Кровотечение. Коагулопатия

= Повторнородящая 28 лет. Беременность 40 недель. Родила живого доношенного ребенка. Через 20 минут началось кровотечение (выделилось 600 мл крови и продолжается). Роженица побледнела, пульс 90 ударов в минуту. А/Д 100/60 мм рт. ст. Дно матки на 2 поперечных пальца выше пупка. Признаков отделения плаценты нет.

Группа крови - В(III)- третья; резус-фактор - Rh+ (положительный). В ОАК исходный гемоглобин в крови - 98 г/л ; эритроциты в крови – 3,5 /л ; лейкоциты в крови – 7,50 /л; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 160/л ; СОЭ - 26.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 %

Определить тактику введения

- Ручное отделение и выделение последа, остановка кровотечения, инфузионная терапия
- Наблюдение за состоянием беременной
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- Хирургический гемостаз
- Назначить Дицинон внутривенно

= Повторнобеременная первородящая 25 лет. Паритет: 5/0. Роды в сроке 39 недель доношенным плодом. Через 30 минут после выделения последа началось обильное кровотечение со сгустками. При осмотре последа целостность его сомнительна.

Кровопотеря 500 мл. группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh+ (положительный) ; В ОАК: исходный гемоглобин в крови - 101 г/л ; эритроциты в крови – 3,5 /л ; лейкоциты в крови – 9,50 /л; гематокрит в крови - 34 % ; тромбоциты в крови - 180/л ; СОЭ - 23.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 1.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 %

ОАМ относительная плотность (удельный вес) мочи - 1018.00; цвет мочи - Желтый ; прозрачность мочи - прозрачная ; белок в моче - 0.00 г/л ; глюкоза в моче - 0.000 ммоль/л ; лейкоциты в моче - 2.300 в п/зр ; эритроциты в моче (- 0.000 в п/зр; эпителий плоский в моче - 2.400 в п/зр Выставить диагноз

- послеродовое кровотечение
- краевое предлежание плаценты
- полное предлежание плаценты
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Разрыв шейки матки

= Повторнобеременная первородящая 25 лет. Паритет: 5/0 Роды в сроке 39 недель доношенным плодом. Через 30 минут после выделения последа началось обильное кровотечение со сгустками. При осмотре последа целостность его сомнительна.

Кровопотеря 500 мл.

группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh+ (положительный) ;

В ОАК исходный гемоглобин в крови - 101 г/л ; эритроциты в крови – 3,5 /л ; лейкоциты в крови – 9,50 /л; гематокрит в крови - 34 % ; тромбоциты в крови - 180/л ; СОЭ - 23.0 мм/ч; нейтрофилы в крови - 1.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 % ; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 %

ОАМ относительная плотность (удельный вес) мочи - 1018.00; цвет мочи - Желтый ; прозрачность мочи - прозрачная ; белок в моче - 0.00 г/л ; глюкоза в моче - 0.000 ммоль/л ; лейкоциты в моче - 2.300 в п/зр ; эритроциты в моче (- 0.000 в п/зр; эпителий плоский в моче - 2.400 в п/зр Определить тактику введения

- Ручное обследование полости матки
- Наблюдение за состоянием беременной
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- Хирургический гемостаз
- Инфузионная терапия

= Повторнобеременная 34 лет. Поступила в приемный покой родильного отделения. Началось сильное кровотечение из половых путей. Паритет: 5/3. Беременность 37 недель. Размеры таза нормальные. Схватки средней силы через 7-9 минут. Сердечные тоны плода 128 ударов в минуту, ритмичные, слева ниже пупка. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, пропускает два пальца. Прощупываются плодный пузырь и слева край плаценты. Головка плода над входом в малый таз, подвижна, мыс крестца не достигается. группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh⁺ (положительный) ;

БХ анализ крови общий белок в сыворотке крови - 70.0 г/л мочевины в сыворотке крови - 4.0 ммоль/л ; АЛат - 23.00 МЕ/л ; АСаТ - 24.0 МЕ/л ; прямой билирубин в сыворотке крови - 4.6 мкмоль/л ; общий билирубин в сыворотке крови - 14.1 мкмоль/л ; креатинин в крови - 60.3 мкмоль/л ;

ОАК СОЭ - 37.0 мм/ч ; гемоглобин в крови - 99 г/л ; эритроциты в крови - 3.96 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л ; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 275 /л палочкоядерные нейтрофилы в крови - 3.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 76.0 % ; эозинофилы в крови - 2.0 % ; моноциты в крови - 3 % ; лимфоциты в крови - 16.0 %

УЗИ плода Беременность 37 недель. Предлежание плаценты. Плацента расположена по задней стенке, край плаценты доходит до внутреннего зева. Головное предлежание плода. ПВП: 3500,0. Выставить диагноз

- краевое предлежание плаценты
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- полное предлежание плаценты
- послеродовое кровотечение
- Угрожающий выкидыш

= Повторнобеременная 34 лет. Поступила в приемный покой родильного отделения. Началось сильное кровотечение из половых путей. Паритет: 5/3. Беременность 37 недель. Размеры таза нормальные. Схватки средней силы через 7-9 минут. Сердечные тоны плода 128 ударов в минуту, ритмичные, слева ниже пупка. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, пропускает два пальца. Прощупываются плодный пузырь и слева край плаценты. Головка плода над входом в малый таз, подвижна, мыс крестца не достигается. группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh⁺ (положительный) ;

БХ анализ крови общий белок в сыворотке крови - 70.0 г/л мочевины в сыворотке крови - 4.0 ммоль/л ; АЛат - 23.00 МЕ/л ; АСаТ - 24.0 МЕ/л ; прямой билирубин в сыворотке крови - 4.6 мкмоль/л ; общий билирубин в сыворотке крови - 14.1 мкмоль/л ; креатинин в крови - 60.3 мкмоль/л ;

ОАК СОЭ - 37.0 мм/ч ; гемоглобин в крови - 99 г/л ; эритроциты в крови - 3.96 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л ; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 275 /л палочкоядерные нейтрофилы в крови - 3.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 76.0 % ; эозинофилы в крови - 2.0 % ; моноциты в крови - 3 % ; лимфоциты в крови - 16.0 %

УЗИ плода Беременность 37 недель. Предлежание плаценты. Плацента расположена по задней стенке, край плаценты доходит до внутреннего зева. Головное предлежание плода. ПВП: 3500,0. Тактика ведения

- родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
- Наблюдение за состоянием беременной

- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- родоразрешить естественным путем
- Назначение окситоцина 10 ед внутримышечно

= В родильном блоке находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 часов родилась живая девочка массой 4450 граммов. С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки введен внутривенно метилэргометрин. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 минут из половых путей началось кровотечение. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась. Состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 110/60, 110/65 мм ртутного столба. Кровопотеря 550 мл. Выставить диагноз

- атоническое послеродовое кровотечение
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- рубец на матке
- полное предлежание плаценты
- краевое предлежание плаценты

= В родильном блоке находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 часов родилась живая девочка массой 4450 граммов. С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки введен внутривенно метилэргометрин. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 минут из половых путей началось кровотечение. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась. Состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 110/60, 110/65 мм ртутного столба. Кровопотеря 550 мл. Тактика ведения

- Мобилизация персонала, остановка атонического кровотечения, инфузионная терапия
- Наблюдение за состоянием беременной, измерение АД, Пульса
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- Срочная экстирпация матки без придатков
- Назначить Дицинон внутривенно

= Повторнородящая 35 лет, беременность 39 недель. Роды в срок на 40 неделе. Схватки слабые, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Через 3 часа после начала схваток появилось сильное кровотечение. Влагалищное исследование: шейка матки открыта на 4 см, вся область внутреннего зева закрыта плацентой.

группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh+ (положительный) ;
 БХ анализ крови общий белок в сыворотке крови - 70.0 г/л мочевины в сыворотке крови - 4.0 ммоль/л ; АЛат - 23.00 МЕ/л ; АСаТ - 24.0 МЕ/л ; прямой билирубин в сыворотке крови - 4.6 мкмоль/л ; общий билирубин в сыворотке крови - 14.1 мкмоль/л ; креатинин в крови - 60.3 мкмоль/л ;
 ОАК СОЭ - 37.0 мм/ч ; гемоглобин в крови - 99 г/л ; эритроциты в крови - 3.96 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л ; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 275 /л палочкоядерные нейтрофилы в крови - 3.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 76.0 % ; эозинофилы в крови - 2.0 % ; моноциты в крови - 3 % ; лимфоциты в крови - 16.0 %

УЗИ плода Беременность 39 недель+ 2 дня. Головное предлежание плода. Плацента расположена на передней стенке матки. Между базальной поверхностью плаценты и

стенкой матки определяется эхонегативная зона размером 5,0 x 2,0 см ПВП: 3800,0

Кровоток физиологический. Выставить диагноз

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- низкая плацентация
- полное предлежание плаценты
- раннее послеродовое кровотечение
- позднее послеродовое кровотечение

= Повторнородящая 35 лет, беременность 39 недель. Роды в срок на 40 неделе. Схватки слабые, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Через 3 часа после начала схваток появилось сильное кровотечение.

Влагалищное исследование: шейка матки открыта на 4 см, вся область внутреннего зева закрыта плацентой.

группа крови - А(II)-вторая ; резус-фактор - Rh+ (положительный) ;

БХ анализ крови общий белок в сыворотке крови - 70.0 г/л мочевины в сыворотке крови - 4.0 ммоль/л ; АЛт - 23.00 МЕ/л ; АСаТ - 24.0 МЕ/л ; прямой билирубин в сыворотке крови - 4.6 мкмоль/л ; общий билирубин в сыворотке крови - 14.1 мкмоль/л ; креатинин в крови - 60.3 мкмоль/л ;

ОАК СОЭ - 37.0 мм/ч ; гемоглобин в крови - 99 г/л ; эритроциты в крови - 3.96 /л ; лейкоциты в крови - 9.50 /л ; гематокрит в крови - 30 % ; тромбоциты в крови - 275 /л палочкоядерные нейтрофилы в крови - 3.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 76.0 % ; эозинофилы в крови - 2.0 % ; моноциты в крови - 3 % ; лимфоциты в крови - 16.0 %

УЗИ плода Беременность 39 недель+ 2 дня. Головное предлежание плода. Плацента расположена на передней стенке матки. Между базальной поверхностью плаценты и стенкой матки определяется эхонегативная зона размером 5,0 x 2,0 см ПВП: 3800,0

Кровоток физиологический. Тактика ведения

- Срочное кесарево сечение
- Наблюдение за состоянием беременной, измерение АД, Пульса
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов
- Токолитическая терапия, наблюдение
- Назначить Дицинон внутривенно

= Д. 26 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Два часа назад внезапно появилась резкая боль внизу живота больше слева, началась тошнота, была однократная рвота. Гинекологический анамнез: Б-1: Р1. Контрацепция-ВМС 1 год. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация была 2 недели назад.

Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 110 уд /мин, АД 90/60 мм. рт. ст. При пальпации: симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

Вагинально: Слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, Шейка матки чистая. Задний свод уплощен. «Тракция» за шейку матки болезненна. Матка нормальной величины, подвижная, безболезненна. Придатки слева резко болезненны. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты $3.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л , тромбоциты $212 \cdot 10^9$ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Предварительный диагноз

- Апоплексия левого яичника
- Некроз миоматозного узла
- Острый панкреатит
- Гангренозный аппендицит
- Острый холецистит

= Д. 26 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Два часа назад внезапно появилась резкая боль внизу живота больше слева, началась тошнота, была однократная рвота. Гинекологический анамнез: Б-1: Р1. Контрацепция-ВМС 1 год. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация была 2 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 110 уд /мин, АД 90/60 мм. рт. ст. При пальпации симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

Вагинально: Слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, Шейка матки чистая. Задний свод уплощен. «Тракция» за шейку матки болезненна. Матка нормальной величины, подвижная, безболезненна. Придатки слева резко болезненные. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты $3.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $212 \cdot 10^9$ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Тактика ведения

- УЗИ малого таза. Пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия. Резекция яичника
- УЗИ малого таза. Срочная лапаротомия. Ампутация матки
- Срочная лапароскопия. Холецистэктомия
- Консервативное ведение. Рекомендовать антибиотикотерапию
- Назначение физиотерапии на низ живота

= А. 16 лет. Жалобы на приеме у гинеколога на резкие боли внизу живота, больше слева. Со слов девочки, 3 часа назад поскользнулась на улице и упала. После чего появилась тянущая боль внизу живота, которая усилилась со временем. Гинекологический анамнез: Б-0. Virgae. Менсис с 13 лет, регулярная, по 3-4 дня, умеренная, болезненная 1 день. Последний раз месячные были 2 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 110 уд /мин, АД 80/50 мм. рт. ст. При пальпации симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

Per rectum: от осмотра отказалась. Проведено УЗИ малого таза: Матка 40 мм* 38 мм* 41 мм. М-эхо эндометрия 8 мм. Правый яичник 28 мм* 25 мм. Структура не изменена. Определяются 5-6 фолликул диаметром до 4 мм. Левый яичник: 40мм* 32 мм, структура изменена, контуры нечеткие. Определяются 2-3 фолликула диаметром 3-4 мм. В позадиматочном пространстве лоцируется 5 мл свободной жидкости. Предварительный диагноз

- Разрыв кисты левого яичника. Внутреннее кровотечение
- Некроз миоматозного узла. Токсический шок
- Калькулезный холецистит
- Острый панкреатит
- Перекрут ножки кистомы

= А. 16 лет. Жалобы на приеме у гинеколога на резкие боли внизу живота, больше слева. Со слов девочки, 3 часа назад поскользнулась на улице и упала. После чего появилась тянущая боль внизу живота, которая усилилась со временем. Гинекологический анамнез: Б-0. Virgae. Менсис с 13 лет, регулярная, по 3-4 дня, умеренная, болезненная 1 день. Последний раз месячные были 2 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 115 уд /мин, АД 80/50 мм. рт. ст. При пальпации симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

Per rectum: от осмотра отказалась. Проведено УЗИ малого таза: Матка 40 мм* 38 мм* 41 мм. Мэхо эндометрия 8 мм. Правый яичник 28 мм* 25 мм. Структура не изменена. Определяются 5-6 фолликул диаметром до 4 мм. Левый яичник: 40 мм* 32 мм, структура изменена, контуры нечеткие. Определяются 2-3 фолликула диаметром 3-4 мм. В позадиматочном пространстве лоцируется 5 мл свободной жидкости. Тактика ведения

- Срочная лапаротомия. Резекция яичника
- Срочная лапаротомия. Ампутация матки
- Срочная лапароскопия. Холецистэктомия
- Консервативное ведение. Рекомендовать антибиотикотерапию
- Лапаротомия, раскручивание «хирургической ножки» кистомы

= Ж. 15 лет. Поступила на скорой помощи в стационар. Жалобы на тянущие боли внизу живота, больше справа, чувство тошноты, была однократная рвота. Со слов девочки, 3 часа назад после физической нагрузки появились вышеуказанные жалобы.

Гинекологический анамнез: Б-0. Virgae. Менсис с 13 лет, нерегулярная, по 3-6 дня, умеренная, болезненная 1 день. Последний раз месячные были 2 недели назад.

Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 86 уд /мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Температура 36.4 С. При пальпации симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный в нижних отделах живота.

Per rectum: не подготовлена. Проведено УЗИ малого таза: Матка 35 мм* 38 мм* 41 мм.

М-эхо эндометрия 8 мм. Левый яичник 25 мм* 25 мм*15мм Структура не изменена.

Определяются 4-5 фолликул диаметром до 3-4 мм. Правый яичник: 28 мм* 32 мм, структура изменена, контуры нечеткие. Определяются 2-3 фолликула диаметром 3-4 мм. В

позадиматочном пространстве лоцируется свободная жидкость в незначительном количестве. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 3.9*10¹² /л, лейкоциты 6.7* 10⁹/л, тромбоциты 250*10⁹ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Предварительный диагноз

- Апоплексия правого яичника, болевая форма
- Некроз миоматозного узла. Токсический шок
- алькулезный холецистит
- Острый панкреатит
- Аппендицит, гангренозная форма

= Ж. 15 лет. Поступила на скорой помощи в стационар. Жалобы на тянущие боли внизу живота, больше справа, чувство тошноты, была однократная рвота. Со слов девочки, 3 часа назад после физической нагрузки появились вышеуказанные жалобы.

Гинекологический анамнез: Б-0. Virgae. Менсис с 13 лет, нерегулярная, по 3-6 дня, умеренная, болезненная 1 день. Последний раз месячные были 2 недели назад.

Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Кожа и видимые слизистые обычной окраски, пульс 86 уд /мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Температура 36.4 С.

Per rectum: не подготовлена. Проведено трансабдоминальное УЗИ малого таза: Матка 35 мм* 38 мм* 41 мм. Мэхо эндометрия 8 мм. Левый яичник 25 мм* 25 мм*15мм Структура

не изменена. Определяются 4-5 фолликул диаметром до 3-4 мм. Правый яичник: 28 мм* 32 мм, структура изменена, контуры нечеткие. Определяются 2-3 фолликула диаметром 3-

4 мм. В позадиматочном пространстве свободная жидкость в незначительном количестве.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 3.9*10¹² /л, лейкоциты 6.7* 10⁹/л, тромбоциты 250*10⁹ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Тактика ведения

- Наблюдение в течении 12 часов
- Срочная лапаротомия. Ревизия органов малого таза
- Диагностическая колоноскопия
- Пункция заднего свода влагалища
- Назначение физиотерапии

= Т., 29 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболела внезапно, несколько часов назад. Без причины появились боли внизу живота, тошнота, рвота, потеря сознания, общая слабость. Температура тела 36,7 С, лицо бледное, на лице холодный пот, пульс 92 уд/мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Последняя менструация закончилась несколько дней назад. Живот резко болезненный внизу и слева. С-м Щеткина-Блюмберга

положительный. При вагинальном исследовании, которое проводилось под обезболиванием, обнаружено: матка в антефлексию, нормальных размеров, подвижная, слева от матки пальпируется опухоль несколько больше мужского кулака, подвижность ограничена, эластичной консистенции, болезненна. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты $4.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $8.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $250 \cdot 10^9$ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Предполагаемый диагноз

- Перекрут ножки кистомы яичника
- Миома матки
- Апоплексия яичника
- Аппендицит
- Внематочная беременность

= Т., 29 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболела внезапно, два часа назад. Без причины появились боли внизу живота, тошнота, рвота, потеря сознания, общая слабость, температура тела 36,7 С, лицо бледное, на голове холодный пот, пульс 92 уд/мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Последняя менструация закончилась несколько дней назад. Живот резко болезненный внизу и слева. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. При вагинальном исследовании, которое проводилось под обезболиванием, обнаружено: матка в антефлексию, нормальных размеров, подвижная, слева от матки пальпируется опухоль несколько больше мужского кулака, подвижность ограничена, эластичной консистенции, болезненна. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты $4.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $8.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $250 \cdot 10^9$ /л, ЦП-0.8, СОЭ 10 мм / ч. Тактика ведения

- УЗИ малого таза. Лапаротомия. Резекция яичника
- УЗИ малого таза. Лапаротомия. Ампутация матки
- УЗИ малого таза. Лапароскопия. Ревизия брюшной полости. Реинфузия крови.
- УЗИ малого таза. Гистероскопия. Кистэктомия
- УЗИ малого таза. Лапароскопия. Тубэктомия

= Т., 29 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболела внезапно, два часа назад. Без причины появились боли внизу живота, тошнота, рвота, потеря сознания, общая слабость, температура тела 36,7 С, лицо бледное, на лице холодный пот, пульс 92 уд/мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Последняя менструация закончилась несколько дней назад. Живот резко болезненный внизу и слева. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. Вагинальное исследование из-за резкой болезненности провести не удалось. УЗИ малого таза Тело матки 54мм*38мм*47 мм. Мэхо 10 мм. Правый яичник 34*25 мм, Левый яичник-32*28 мм. В области левого яичника лоцируется гиперэхогенное округлое образование, диаметром 6 см, подвижное. В позадидиматочном пространстве лоцируется свободная жидкость 3 мл. Предполагаемый диагноз

- Перекрут ножки кистомы яичника
- Миома матки
- Апоплексия яичника
- Аппендицит
- Внематочная беременность

= Т., 29 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболела внезапно, два часа назад. Без причины появились боли внизу живота, тошнота, рвота, потеря сознания, общая слабость, температура тела 36,7 С, лицо бледное, на голове холодный пот, пульс 92 уд/мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Последняя менструация закончилась несколько дней назад. Живот резко болезненный внизу и слева. С-м Щеткина-Блюмберга

положительный. При вагинальном исследовании, которое проводилось под обезболиванием, обнаружено: матка в антефлексию, нормальных размеров, подвижная, слева от матки пальпируется опухоль несколько больше мужского кулака, подвижность ограничена, эластичной консистенции, болезненна. УЗИ малого таза Тело матки 54мм*38мм*47 мм. Мэхо 10 мм. Правый яичник 34*25 мм, Левый яичник-32*28 мм. В области левого яичника лоцируется гиперэхогенное округлое образование, диаметром 6 см, подвижное. В позадиматочном пространстве лоцируется свободная жидкость 3 мл.

Тактика ведения

- Лапаротомия. Удаление кистомы яичника
- Лапаротомия. Ампутация матки
- Лапароскопия. Ревизия брюшной полости. Реинфузия крови.
- Гистероскопия. Кистэктомия
- Лапароскопия. Тубэктомия

= А., 34 года. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболевание началось с острых болей внизу живота, головокружения. Появилась тошнота, рвота, тенезмы. Из анамнеза менструация с 13 лет, по 5 дней, регулярная, умеренная, безболезненная. Дата последней менструации – точно не помнит. Контрацепция отрицает. Планирует беременность. Гинекологические заболевания- хронический сальпингоофорит. Объективно: Больная бледная, апатична. Пульс 120 мин., Дыхание 34 в мин., АД 80/60 мм рт ст, температура тела 36.8С. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. Влагалищно: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки несколько цианотичная, выделения темные кровянистые. Задний свод влагалища сглажен, резко болезненный. Матка в антефлексию, несколько увеличена, смещена влево, подвижность ограничена. Справа и сзади от матки неправильной формы образование овоидной формы около 5 см, мягкой консистенции, слева придатки без особенностей. Общий анализ крови: Нв-110 г/л, эритроциты 3, 9*10¹² /л, лейкоциты 8.7* 10⁹/л, тромбоциты 250*10⁹ /л, ЦП-0.8, СОЭ 15мм/ч.

Предполагаемый диагноз

- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Аппендицит
- Перекрут ножки яичника

= А., 34 года. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Заболевание началось с острых болей внизу живота, головокружения. Появилась тошнота, рвота, тенезмы. Из анамнеза менструация с 13 лет, по 5 дней, регулярная, умеренная, безболезненная. Дата последней менструации – точно не помнит. Контрацепция отрицает. Планирует беременность. Гинекологические заболевания- хронический сальпингоофорит. Объективно: Больная бледная, апатична. Пульс 120 мин., Дыхание 34 в мин., АД 80/60 мм рт ст, температура тела 36.8С. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. Влагалищно: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки несколько цианотичная, выделения темные кровянистые. Задний свод влагалища сглажен, резко болезненный. Матка в антефлексию, несколько увеличена, смещена влево, подвижность ограничена. Справа и сзади от матки неправильной овоидной формы образование около 5 см, мягкой консистенции, слева без особенностей. Общий анализ крови: Нв-110 г/л, эритроциты 3, 9*10¹² /л, лейкоциты 8.7* 10⁹/л, тромбоциты 250*10⁹ /л, ЦП-0.8, СОЭ 15мм/ч. Предполагаемая тактика ведения

- Необходима срочная лапаротомия, одновременно противошоковые мероприятия

- Наблюдение в течении 24 часов
- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Назначение антибиотиков широкого спектра действия

= Больная В., 32 года. Привезена в стационар в связи с резкими болями внизу живота, ознобом, высокой температурой (39С). Заболела внезапно, когда на фоне последних дней менструации появились боли внизу живота, больше справа. Боли усиливались, появился озноб, температура тела повысилась до 39С. Объективно: кожа бледная, язык сухой. Пульс 110 уд/мин., ритмичный, АД 120/80 мм. рт. ст. Болезненность в нижних отделах живота. С-м Щеткина в нижних отделах положительный. Влагалищное исследование (проводилось под наркозом), матка в правильном положении, несколько отклонена влево, подвижность ограничена, не увеличена. Справа и сзади от матки пальпируется болезненное образование, неправильной формы, размерами 1.5 см * 12 см. Левые придатки без особенностей. Своды не нависают. В общем анализе крови-лейкоциты $13.4 \cdot 10^9/\text{л}$. Предполагаемый диагноз

- Острый пиосальпинкс
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Рождение миоматозного узла
- Аппендицит

= Больная В., 32 года. Привезена в стационар в связи с резкими болями внизу живота, ознобом, высокой температурой (39С). Заболела внезапно, когда на фоне последних дней менструации появились боли внизу живота, больше справа. Боли усиливались, появился озноб, температура тела повысилась до 39С. Объективно: кожа бледная, язык сухой. Пульс 110 уд/мин., ритмичный, АД 120/80 мм. рт. ст. Болезненность в нижних отделах живота. С-м Щеткина в нижних отделах положительный. Влагалищное исследование (проводилось под наркозом), матка в правильном положении, несколько отклонена влево, подвижность ограничена, не увеличена. Справа и сзади от матки пальпируется болезненное образование, неправильной формы, размерами 1.5 см * 12 см. Левые придатки без особенностей. Своды не нависают. В общем анализе крови-лейкоциты $13.4 \cdot 10^9/\text{л}$. Предполагаемая тактика ведения

- Назначить постельный режим, диета, холод на низ живота, антибиотикотерапия, витамины, инфузионная терапия
- Назначит гемостатическую терапию
- Провести аппендэктомию
- Провести резекцию яичника
- Выбрать выжидательную тактику в течении 12 часов

= Пациентка У., 26 лет, 15 октября поступила в гинекологическое отделение с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей с 10 октября, периодические боли в правой подвздошной области, головокружение. Последняя менструация была 6 сентября. При осмотре с помощью зеркал определяется цианоз слизистой шейки матки, из наружного зева шейки матки темные кровянистые выделения. При двуручном гинекологическом исследовании - матка слегка увеличена, размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки не изменены. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность. ХГЧ крови 1500 мМЕ/мл. Предполагаемый диагноз

- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника

- Миома матки
- Рождение миоматозного узла
- Аппендицит

= Пациентка У., 26 лет, 15 октября поступила в гинекологическое отделение с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей с 10 октября, периодические боли в правой подвздошной области, головокружение. Последняя менструация была 6 сентября. При осмотре с помощью зеркал выявлен легкий цианоз слизистой шейки матки, из наружного зева шейки матки темные кровянистые выделения. При двуручном гинекологическом исследовании - матка слегка увеличена, размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки не изменены. Справа и кзади от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации свода влагалища отмечается умеренная болезненность. ХГЧ крови 1500 мМЕ/мл.

Предполагаемая тактика ведения

- Необходима срочная лапаротомия
- Наблюдение в течении 24 часов
- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Назначение антибиотиков широкого спектра действия

= Пациентка Л., 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 2-х недель и длительные мажущие темно-красные выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Накануне тест на беременность положительный. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки конической формы, чистая. Выделения темно-красные, мажущие. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки соответствует 5-6 неделям беременности, несколько размягчено, безболезненно. Правые придатки в спайках, четко не пальпируются, область их безболезненна. Слева, позади матки пальпируется образование неправильной формы, болезненное, размерами 1,2x10 см. Пальпация заднего свода резко болезненная. Предполагаемый диагноз

- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Рождение миоматозного узла
- Аппендицит

= Пациентка Л., 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 2-х недель и длительные мажущие темно-красные выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Накануне тест на беременность положительный. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки конической формы, чистая. Выделения темно-красные, мажущие. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки соответствует 5-6 неделям беременности, несколько размягчено, безболезненно. Правые придатки в спайках, четко не пальпируются, область их безболезненна. Слева, позади матки пальпируется

образование неправильной формы, болезненное, размерами 1.2x10 см. Пальпация заднего свода резко болезненная. Предполагаемая тактика ведения

- Необходима срочная лапаротомия, туботомия
- Наблюдение в течении 24 часов
- Миомэктомия
- Лапароскопия. Цистэктомия
- Назначение антибиотиков широкого спектра действия

= Пациентка К., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, которые появились вчера. В течение 2 лет страдает хроническим воспалением придатков матки. Объективно: температура тела 37,8°C. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот ограничено принимает участие в акте дыхания. Определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа. Справа положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, слизистые. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки нормальных размеров, плотное, отклонено влево за счет образования, расположенного в области правых придатков и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластичную консистенцию, размером около 10 см. Образование резко болезненно при попытке к смещению. Левые придатки не определяются, область их безболезненна.

Предполагаемый диагноз

- Киста яичника
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Рождение миоматозного узла
- Аппендицит

= Пациентка К., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, которые появились вчера. В течение 2 лет страдает хроническим воспалением придатков матки. Объективно: температура тела 37,8°C. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот ограничено принимает участие в акте дыхания. Определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа. Справа положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, слизистые. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки нормальных размеров, плотное, отклонено влево за счет образования, расположенного в области правых придатков и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластичную консистенцию, размером около 10 см. Образование резко болезненно при попытке к смещению. Левые придатки не определяются, область их безболезненна.

Тактика ведения

- УЗИ малого таза. Лапаротомия, резекция яичника
- УЗИ малого таза. Наблюдение в течении 24 часов
- УЗИ малого таза. Лапаротомия. Миомэктомия
- УЗИ малого таза. Лапароскопия. Аппендэктомия
- УЗИ малого таза. Гистероскопия. Цистэктомия

= Пациентка К., 22 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, слабость, головокружение. Боли

возникли внезапно после физической нагрузки. Дома было обморочное состояние. Последняя менструация 6 недель назад. От беременности предохранялась с помощью внутриматочной спирали. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 100 уд/ мин, артериальное давление 90/50 мм рт.ст. Симптомы раздражения брюшины положительные. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая. Шейка матки конической формы, выделения незначительные темно-красные. Влагалищное исследование: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, видны нити ВМС, при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 неделям беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухолевидное образование тестовой консистенции без четких контуров. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Задний свод влагалища выпячен, резко болезненный при пальпации. Предполагаемый диагноз

- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Рождение миоматозного узла
- Аппендицит

= Пациентка К., 22 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, слабость, головокружение. Боли возникли внезапно после физической нагрузки. Дома было обморочное состояние. Последняя менструация 6 недель назад. От беременности предохранялась с помощью внутриматочной спирали. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 100 уд/ мин, артериальное давление 90/50 мм рт.ст. Симптомы раздражения брюшины положительные. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая. Шейка матки конической формы, выделения незначительные темно-красные. Влагалищное исследование: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, видны нити ВМС, при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 неделям беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухолевидное образование тестовой консистенции без четких контуров. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Задний свод влагалища выпячен, резко болезненный при пальпации. Тактика ведения

- УЗИ малого таза. Пункция заднего свода влагалища. Кровь на ХГЧ. Удаление ВМС. Лапаротомия
- УЗИ малого таза. Кровь на СА 125, НЕ4. Лапаротомия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- УЗИ малого таза. ОАК в динамике. Консультация хирурга
- Наблюдение в течении 24 часов. Назначение антибактериальной терапии

= Пациентка М., 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,5°C. Из анамнеза: заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,5° С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь и доставлена в гинекологическое отделение. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, последняя менструация 12 дней назад. Имела пять беременностей, из которых две завершились срочными родами, три - медицинскими абортами без осложнений. В течение 5 лет с целью контрацепции использует внутриматочную спираль. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительных свойств, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык сухой,

обложен белым налетом. Живот не вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области. Общий анализ крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты - 14,0x10⁹/л, СОЭ - 52 мм/ч, сдвиг формулы влево. При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, в цервикальном канале - нити ВМС, выделения гноевидные. При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и кзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны. Предполагаемый диагноз

- Тубоовариальное образование
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Аппендицит
- Внематочная беременность.

= Пациентка М., 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,5°C. Из анамнеза: заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,5° С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь и доставлена в гинекологическое отделение. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, последняя менструация 12 дней назад. Имела пять беременностей, из которых две завершились срочными родами, три - медицинскими абортами без осложнений. В течение 5 лет с целью контрацепции использует внутриматочную спираль. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительных свойств, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области. Общий анализ крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты - 14,0x10⁹/л, СОЭ - 52 мм/ч, сдвиг формулы влево. При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, в цервикальном канале - нити ВМС, выделения гноевидные. При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и кзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны. Врачебная тактика

- УЗИ малого таза. Пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия
- УЗИ малого таза. Кровь на СА-125, НЕ4. Гистероскопия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- УЗИ малого таза. ОАК в динамике. Консультация хирурга
- Наблюдение в течении 24 часов. Назначение антибактериальной терапии

= Женщина 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро; повышение температуры тела до 39°C. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе две беременности, закончившиеся медабортами. После второго медаборта осложнение - эндометрит. В данное время в качестве контрацепции применяет внутриматочную спираль. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков матки, послеабортный эндометрит. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд/мин, ритмичный, температура тела 38,2°C. Живот обычной формы, не вздут. При пальпации живота в правой подвздошной

области и над лоном отмечаются локальная болезненность, локальное защитное напряжение прямых мышц живота, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах. При влагалищном исследовании: Шейка матки субконической формы, наружный зев закрыт, выделения гноевидные. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Справа и сзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5x4 см, неравномерной консистенции, левые придатки утолщены, болезненны при пальпации. По данным УЗИ малого таза - справа, в проекции придатков, визуализируется образование 6.0x2.0 см колбасовидной формы. Содержимое однородное, гипэхогенное. Возле образования визуализируется правый яичник размерами 3,6 x3,0 x2,5см. Слева область придатков без особенности. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено. Предполагаемый диагноз

- Тубоовариальное образование
- Апоплексия яичника
- Миома матки
- Аппендицит
- Внематочная беременность

= Женщина 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро; повышение температуры тела до 39°C. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе две беременности, закончившиеся медабортами. После второго медаборта осложнение - эндометрит. В данное время в качестве контрацепции применяет внутриматочную спираль. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков матки, послеабортный эндометрит. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд/мин, ритмичный, температура тела 38,2°C. Живот обычной формы, не вздут. При пальпации живота в правой подвздошной области и над лоном отмечаются локальная болезненность, локальное защитное напряжение прямых мышц живота, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах. При влагалищном исследовании: Шейка матки субконической формы, наружный зев закрыт, выделения гноевидные. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Справа и сзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5x4 см, неравномерной консистенции, левые придатки утолщены, болезненны при пальпации. По данным УЗИ малого таза - справа, в проекции придатков, визуализируется образование 6.0x2.0 см колбасовидной формы. Содержимое однородное, гипэхогенное. Возле образования визуализируется правый яичник размерами 3,6 x3,0 x2,5см. Слева область придатков без особенности. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено. Тактика ведения

- УЗИ малого таза. Пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия
- УЗИ малого таза. Кровь на СА125, HE4. Гистероскопия
- Гистероскопия. Цистэктомия
- УЗИ малого таза. ОАК в динамике. Консультация хирурга
- Наблюдение в течении 24 часов. Назначение антибактериальной терапии

= Пациентка С., 31 год, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Температура тела 38,8°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Выделения из половых путей гнойные в умеренном количестве. Произведена лапаротомия. Во время операции обнаружено: мутный выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, матка нормальной величины, обычного вида, плотная, яичники нормальных размеров, не изменены. Маточные трубы расширены с перфорацией, ампулярные концы спаяны с задней поверхностью матки.

Предполагаемый диагноз

- Двухсторонний пиосальпингс
- Апоплексия яичника
- Аппендицит
- Внематочная беременность
- Тубоовариальное образование

= Пациентка С., 31 год, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,8°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Выделения из половых путей гнойные в умеренном количестве. Произведена лапаротомия. Во время операции обнаружено: мутный выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, матка нормальной величины, обычного вида, плотная, яичники нормальных размеров, не изменены. Маточные трубы расширены с перфорацией, ампулярные концы спаяны с задней поверхностью матки.

Определите объем оперативного лечения

- Резекция маточных труб
- Цистэктомия
- Ампутация матки с придатками
- Ревизия брюшной полости. Полостная антибиотикотерапия
- Дренаж брюшной полости. Гидротубация

= Женщина, 35 лет. Доставлена в стационар с жалобами на сильную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу, повышение температуры до 38,5 °С. Объективно: пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 39,4°C. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный. Здесь же определяются симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки гнойные выделения. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12 см x 7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное. Тест на ХГЧ 50 МЕ./мл, Са 125 -20 МЕ./мл. Поставьте диагноз

- Киста яичника

- Апоплексия яичника
- Двухсторонний пиосальпингс
- Аппендицит
- Внематочная беременность

= Женщина, 35 лет. Доставлена в стационар с жалобами на сильную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу, повышение температуры до 38.5 °С. Объективно: пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 39,4°С. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный. Здесь же определяются симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки гнойные выделения. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12 см x 7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное. Тест на ХГЧ 50 мМЕ./мл, Са 125 -20 МЕ/мл. Тактика ведения

- Резекция яичника
- Двухсторонняя цистэктомия
- Ампутация матки с придатками
- Ревизия брюшной полости. Полостная антибиотикотерапия
- Дренирование брюшной полости. Гидротубация

= Больная 25 лет, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При поступлении предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правой подвздошной области, общую слабость. Заболела остро, когда на фоне полного здоровья после физической нагрузки стала отмечать вышеописанные жалобы. Сознание не теряла. На момент осмотра задержка менструации на 2 недели. Кожные покровы бледно-розовой окраски, пульс 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 100/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. При бимануальном исследовании: смещение шейки матки болезненное. Тело матки незначительно увеличено, мягкой консистенции, чувствительное при пальпации. В области правых придатков пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Левые придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Правый боковой свод незначительно уплощен, болезненный при пальпации. Выделения из половых путей кровянистые, скудные. Проведена пункция заднего свода влагалища, получена кровь в объеме 6 мл.

Предполагаемый диагноз

- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Двухсторонний пиосальпингс
- Аппендицит
- Киста яичника

= Больная 25 лет, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При поступлении предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правой подвздошной области, общую слабость. Заболела остро, когда на фоне полного здоровья после физической нагрузки стала отмечать вышеописанные жалобы. Сознание не теряла. На момент осмотра задержка менструации на 2 недели. Кожные покровы бледно-розовой окраски, пульс 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 100/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. При бимануальном исследовании: смещение шейки матки болезненное.

Тело матки незначительно увеличено, мягкой консистенции, чувствительное при пальпации. В области правых придатков пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Левые придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Правый боковой свод незначительно уплощен, болезненный при пальпации. Выделения из половых путей кровянистые, скудные. Проведена пункция заднего свода влагалища, получена кровь в объеме 6 мл. Тактика ведения

- Лапаротомия. Тубэктомия
- Лапароскопия. Резекция яичника
- Лапаротомия. Цистэктомия
- Гистероскопия. Полипэктомия
- Ревизия брюшной полости. Полостная антибиотикотерапия

= Больная 36 лет. Доставлена машиной скорой помощи в стационар. Заболела остро: от болей внизу живота потеряла ненадолго сознание. В анамнезе 4 аборта без осложнений. Гин заболевания – хронический двухсторонний сальпингоофорит. Задержка менструации на 2 недели. Контрацепция – ВМС 6 месяцев. Объективно: Бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, в нижних отделах болезнен, выражен симптом Щеткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании смещения шейки резко болезненны. Из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет. Произведено УЗИ малого таза: ВМС в полости матки. Установлена типично. Обнаружена жидкость в позадиматочном пространстве. Проведена пункция заднего свода влагалища- получена кровь в объеме 10 мл, которая не сворачивается. Предполагаемый диагноз

- Апоплексия яичника
- Двухсторонний пиосальпингс
- Аппендицит
- Внематочная беременность
- Киста яичника

= Больная 39 лет. Поступила в отделение гинекологии с жалобами на сильные тянущие боли внизу живота. На протяжении 10 дней беспокоят мажущие кровянистые выделения из половых путей. Самостоятельно принимала «Дицинон», «но-шпу», с кратковременным положительным эффектом. В анамнезе: менструации по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. На фоне задержки менструации на 3 недели тест на беременность слабоположительный. Б-2: Р-1, А-1 Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски. АД 120/70 мм.рт.ст., пульс 78 уд/мин, удовлетворительно наполнения. Живот мягкий, чувствительный при пальпации над лоном. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, движения за шейку болезненные. Тело матки увеличено до 4-5 недель беременности, плотной консистенции, чувствительное при пальпации. Придатки матки справа не увеличены, область их безболезненная при пальпации. Слева придатки резко чувствительные при пальпации. Своды уплощены. Выделения из половых путей кровянистые, скудные. При обследовании в стационаре – кровь на В-ХГЧ при поступлении 96 мМЕ/мл. При УЗИ малого таза: матка – 55*48*38 мм. М-эхо эндометрия 18 мм. Признаки расширения левой маточной трубы. Гидросальпингс? Свободная жидкость в позадиматочном пространстве. Предполагаемая тактика

- Пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия. Туботомия
- Пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия. Резекция яичника
- Выскабливание полости матки
- Назначение гестагенов

- Назначение антибиотикотерапии

= Женщина 26 лет, на приеме у врача с жалобами на тошноту, рвоту, слюнотечение. Болеет в течение 3 недель. Сначала появились тошнота и рвота утром. Потом рвота участилось до 7- 8 раз в сутки, появились слабость, головокружение потеря аппетита, сон плохой, потеря в весе до 5 кг. Дата последней менструации 2 месяца назад. Паритет: Б-1: Р-1. Контрацепция – отрицает (кормит грудью) Гин заб-я отрицает. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,1 С, пульс 92 в мин., АД-100/60 мм рт ст. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в 3 дня. Лактация сохранена. Кормит грудью. ХГЧ крови – 800 МЕ/мл. Предполагаемый диагноз

- Беременность 7-8 недель. Рвота беременных средней степени тяжести

- Отравление, легкой степени тяжести

- Беременность 7-8 недель. Рвота беременных тяжелой степени

- Беременность 7-8 недель. Рефлюкс – эзофагит

- Беременность 7-8 недель. Гастрит

= Женщина 26 лет, на приеме у врача с жалобами на тошноту, рвоту, слюнотечение. Болеет в течение 3 недель. Сначала появились тошнота и рвота утром. Потом рвота участилось до 7- 8 раз в сутки, появились слабость, головокружение потеря аппетита, сон плохой, потеря в весе до 5 кг. Дата последней менструации 2 месяца назад. Паритет: Б-1: Р-1. Контрацепция – отрицает (кормит грудью) Гин заб-я отрицает. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,1 С, пульс 92 в мин., АД-100/60 мм рт ст. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в 3 дня. Лактация сохранена. Кормит грудью. ХГЧ крови – 800 МЕ/мл. Тактика ведения

- Госпитализировать в стационар. Противорвотная терапия. Инфузионная терапия

- Диета. Беседа о тревожных признаках

- Амбулаторное наблюдение. Режим труда и отдыха. Седативная терапия

- Консультация гастроэнтеролога

- Консультация инфекциониста

= На приеме у гинеколога первородящая 34 лет с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами, отеки ног, кистей. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм.рт.ст. Матка соответствует 36-37 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком. Сердцебиение плода ясное ритмичное, выслушивается слева ниже пупка. Имеется отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Общий анализ мочи - количество 100,0, светло желтая, лейкоцитов 4-6, плоский эпителий 2-4, относительная плотность 1010, реакция кислая, белок 2,1 г/л. Предполагаемый диагноз

- Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия

- Беременность 36-37 недель. Эклампсия

- Беременность 36-37 недель. Умеренная преэклампсия

- Беременность 36-37 недель. Гестационная артериальная гипертензия

- Беременность 36-37 недель. Хроническая артериальная гипертензия

= На приеме у гинеколога первородящая женщина 34 лет с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами, отеки ног, кистей. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 170/110 мм.рт.ст. Матка соответствует 36-37 неделям беременности, что согласуется с предполагаемым сроком. Сердцебиение плода ясное ритмичное, выслушивается слева ниже пупка. Имеется

отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

Общий анализ мочи - количество 100,0, светло желтая, лейкоцитов 4-6, плоский эпителий 2-4, относительная плотность 1010, реакция кислая, белок 2,1 г/л.

плотность 1010, реакция кислая, белок 2,1 г/л. Тактика ведения

- Начать магнезиальную терапию. Госпитализировать в родильный дом
- Назначить мочегонную терапию. Контрольная явка через 3 дня
- Назначить консультацию кардиолога
- Назначить консультацию невропатолога, ЭКГ
- Назначить антигипертензивную терапию. Ограничить прием воды. Консультация нефролога

= Беременная 22 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тошноту, рвоту в сроке беременность 8 недель. У беременной 2 недели назад появились тошнота, рвота по утрам, но вскоре рвота участилась до 10-15 раз в сутки до и после приема пищи. Появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 6 кг.

Объективно: сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, иктеричность склер. АД 100/70 мм рт. ст. Ps 100 уд. В минуту. Температура тела 37,6. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Стул 1 раз 4 дня. В анализах: кетоновые тела++++, насыщенная желтая, гематокрит 44%, Нв 134 г/л, лейкоциты 14,0x10⁹/л, тромбоциты 300x10⁹/л, креатинин 111 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, АЛТ 55 ЕД/л, АСТ 60 ЕД/л, билирубин общий 32 мкмоль/л, прямой 12 мкмоль/л. УЗИ ГДЗ – диффузные изменения печени. Предварительный диагноз

- Рвота беременных тяжелой степени
- Отравление, тяжелой степени тяжести
- Рвота беременных средней степени тяжести
- Рефлюкс – эзофагит
- Гастрит

= Беременная 22 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тошноту, рвоту в сроке беременность 8 недель. У беременной 2 недели назад появились тошнота, рвота по утрам, но вскоре рвота участилась до 10-15 раз в сутки до и после приема пищи. Появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 6 кг. Объективно: сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, иктеричность склер. АД 100/70 мм рт. ст. Ps 100 уд. В минуту. Температура тела 37,6. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Стул 1 раз 4 дня. В анализах: кетоновые тела++++, насыщенная желтая, гематокрит 44%, Нв 134 г/л, лейкоциты 14,0x10⁹/л, тромбоциты 300x10⁹/л, креатинин 111 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, АЛТ 55 ЕД/л, АСТ 60 ЕД/л, билирубин общий 32 мкмоль/л, прямой 12 мкмоль/л. УЗИ ГДЗ – диффузные изменения печени. Тактика ведения

- Противорвотная терапия. Инфузионная терапия
- Диета. Беседа о тревожных признаках
- Амбулаторное наблюдение. Режим труда и отдыха
- Консультация гастроэнтеролога
- Консультация инфекциониста

= Беременная 18 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, онемение в руках и ногах, двоение и пелену перед глазами, дезориентирована. Отвечает на вопросы с затруднением. Заболевание возникло на фоне беременности, при поступлении срок беременности 14 недель. В течение месяца тошнота и рвота с нарастанием до 20 раз в сутки, лечилась самостоятельно (Церукал), без значительного эффекта, упорно за медицинской помощью не обращалась, в течение последних двух

недель отмечает слабость, онемение рук и ног, подергивание глазных яблок, двоение в глазах, потеря массы тела до 20 кг.

Объективно: сознание спутанное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, иктеричность склер. АД 90/70 мм рт. ст. Ps 106 уд. В минуту. Температура тела 36,8. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в неделю.

Неврологический статус: горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, зрачки не изменены, атаксия и абазия при стоянии и ходьбе. Поля зрения сохранены, фотореакция сохранена. Сухожильные рефлексы снижены. Мышечная сила в конечностях не снижена. Ноги хорошо удерживает в поднятом положении. Менингеальные знаки отрицательные.

В лабораторных анализах выявлена гипокалиемия — 2,75 ммоль/л, гиперферментемия — АЛТ 111,8 ЕД/л, АСТ 81 ЕД/л, глюкоза 6,02 ммоль/л. В анализе мочи — кетоны ++++.

При анализе кислотно-основного состояния (КОС) капиллярной крови — метаболический алкалоз (рН 7,53; Pco₂ 36,9 мм рт.ст.; Po₂ 43,0 мм рт.ст.). Сформулируйте предварительный диагноз

- Рвота беременных тяжелой степени
- Отравление, тяжелой степени тяжести
- Рвота беременных средней степени тяжести
- Рефлюкс – эзофагит
- Гастрит

= Беременная 18 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, онемение в руках и ногах, двоение и пелену перед глазами, дезориентирована. Отвечает на вопросы с затруднением. Заболевание возникло на фоне беременности, при поступлении срок беременности 14 недель. В течение месяца тошнота и рвота с нарастанием до 20 раз в сутки, лечилась самостоятельно (Церукал), без значительного эффекта, упорно за медицинской помощью не обращалась, в течение последних двух недель отмечает слабость, онемение рук и ног, подергивание глазных яблок, двоение в глазах, потеря массы тела до 20 кг.

Объективно: сознание спутанное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, иктеричность склер. АД 100/70 мм рт. ст. Ps 96 уд. В минуту. Температура тела 36,8. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в неделю.

Неврологический статус: горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, зрачки не изменены, атаксия и абазия при стоянии и ходьбе. Поля зрения сохранены, фотореакция сохранена. Сухожильные рефлексы снижены. Мышечная сила в конечностях не снижена. Ноги хорошо удерживает в поднятом положении. Менингеальные знаки отрицательные.

В лабораторных анализах выявлена гипокалиемия — 2,75 ммоль/л, гиперферментемия — АЛТ 111,8 ЕД/л, АСТ 81 ЕД/л, глюкоза 6,02 ммоль/л. В анализе мочи — кетоны ++++.

При анализе кислотно-основного состояния (КОС) капиллярной крови — метаболический алкалоз (рН 7,53; Pco₂ 36,9 мм рт.ст.; Po₂ 43,0 мм рт.ст. Тактика ведения

- Противорвотная терапия. Инфузионная терапия. В случае неэффективности рекомендовать прервать беременность
- Диета. Режим труда и отдыха. Инфузионная терапия
- Консультация невропатолога. Назначение ноотропов
- Консультация гастроэнтеролога
- Наблюдение в течение 24 часов

= Беременная 20 лет, срок беременности 8 недель. Беспокоят тошнота и рвота 3 раза в день. Масса тела уменьшилась на 2 кг. ОАК: гемоглобин в крови - 115 г/л ; эритроциты в крови – 5,3 /л ; лейкоциты в крови – 11,2 /л; гематокрит в крови - 33 % ; тромбоциты в крови - 186/л ; СОЭ - 30 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные

нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 %; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 % .ОАМ относительная плотность 1080,0, слабо-мутная, лейкоциты 1-2 в пзр, эритроциты 0, эпителий 2-3в пзр, белок 0, глюкоза 0, ацетон в моче - 0. Предварительный диагноз

- Рвота беременных , легкой степени тяжести
- Рвота беременных , средней степени тяжести
- Рвота беременных , тяжелой степени
- Гастрит беременных
- Язва 12 –перстной кишки беременных

= Беременная 20 лет, срок беременности 8 недель. Беспокоят тошнота и рвота 3 раза в день. Масса тела уменьшилась на 2 кг. ОАК: гемоглобин в крови - 115 г/л ; эритроциты в крови – 5,3 /л ; лейкоциты в крови – 11,2 /л; гематокрит в крови - 33 % ; тромбоциты в крови - 186/л ; СОЭ - 30 мм/ч; нейтрофилы в крови - 4.0 % ; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 72.0 % ; эозинофилы в крови - 1.0 %; моноциты в крови - 5 % ; лимфоциты в крови - 18.0 % . ОАМ относительная плотность 1080,0, слабо-мутная, лейкоциты 1-2 в пзр, эритроциты 0, эпителий 2-3в п зр, белок 0, глюкоза 0, ацетон в моче - 0. Тактика ведения

- Диета. Амбулаторное наблюдение
- Срочная госпитализация в гинекологический стационар для сохранения беременности
- Срочная госпитализация в гинекологический стационар для прерывания беременности
- Назначение противорвотной терапии, инфузионной терапии
- Консультация невропатолога

= В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная после трех приступов эклампсии. Срок беременности 32 недели. Состояние крайне тяжелое, сознание спутанное. АД 180/120 мм.рт.ст. Моча на белок- 3.0 г/л. Сердцебиение плода глухое, 100 уд. в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, канал закрыт. Предполагаемый диагноз

- Беременность 32 недели. Эклампсия
- Беременность 32 недели. Эпилепсия
- Беременность 32 недели. Хроническая артериальная гипертензия
- Беременность 32 недели. Гестационная артериальная гипертензия.
- Беременность 32 недели. Умеренная преэклампсия

= В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная после трех приступов эклампсии. Срок беременности 32 недели. Состояние крайне тяжелое, сознание спутанное. АД 180/120 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, 100 уд. в минуту. Моча на белок- 3.0 г/л. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, канал закрыт. Тактика ведения беременной

- родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке
- интенсивная терапия в течение нескольких часов, после чего кесарево сечение
- интенсивная терапия в течение 1 суток с последующим решением вопроса о методе родоразрешения
- предоперационная подготовка путем интубации и искусственная вентиляция легких в течение нескольких часов, после чего оперативное родоразрешение
- комплексная интенсивная терапия и подготовка родовых путей

= В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. Объективно: Общее состояние тяжелое.

При осмотре отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура - 37 С, пульс – 94 удара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 3,0 г/л. Вскоре после поступления начались потуги по 40-45 секунд через 2-3 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Предварительный диагноз

- Беременность 39 недель. II период родов. Эклампсия в родах
- Беременность 39 недель. I период родов. Эпилепсия
- Беременность 39 недель. I период родов. Эклампсия в родах
- Беременность 39 недель. II период родов. Тяжелая преэклампсия
- Беременность 39 недель. II период родов. Отслойка плаценты

= В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. Объективно: Общее состояние тяжелое. При осмотре отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура - 37 С, пульс – 94 удара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 3,0 г/л. Вскоре после поступления начались потуги по 40-45 секунд через 2-3 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Тактика ведения

- Неотложная помощь при эклампсии. Магнезиальная терапия. Вакуум-экстракция плода
- Неотложная помощь при эклампсии. Магнезиальная терапия
- Магнезиальная терапия. КТГ плода. Наблюдение
- Неотложная помощь при преэклампсии. Экстренное кесарево сечение
- Экстренное кесарево сечение

= Беременная, 24 лет доставлена в роддом машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение часа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Головной боли нет. Зрение ясное. Правильного телосложения. Умеренного питания. Кожный покров обычной окраски, чистый. Отеки на нижних конечностях, умеренные. Пульс 90 ударов в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В ОАМ протеинурия -0,3 г/л.

Акушерский статус: Матка увеличена до 35-36 недель беременности, болезненна справа от пупка, напряжена. Предлежание плода продольное. Предлежит головка, 5/5.

Сердцебиение плода 160-170 ударов в минуту, глухое.

Влагалищное исследование: НПО развиты правильно. Из половых путей умеренные кровянистые выделения, в объеме 100 мл. Шейка матки сохранена. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Предполагаемый диагноз

- Беременность 35-36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Гестационная гипертензия. Гипоксия плода
- Беременность 35-36 недель. I период родов. Гипоксия плода

- Беременность 35-36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение
- Беременность 35-36 недель. Умеренная преэклампсия. Кровотечение

= Беременная, 24 лет доставлена в роддом машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение часа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Головной боли нет. Зрение ясное. Правильного телосложения. Умеренного питания. Кожный покров обычной окраски, чистый. Отеки на нижних конечностях, умеренные. Пульс 90 ударов в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В ОАМ протеинурия -0,3 г/л.

Акушерский статус: Матка увеличена до 35-36 недель беременности, болезненна справа от пупка, напряжена. Предлежание плода продольное. Предлежит головка, 5/5.

Сердцебиение плода 160-170 ударов в минуту, глухое.

Влагалищное исследование: НПО развиты правильно. Из половых путей умеренные кровянистые выделения, в объеме 100 мл. Шейка матки сохранена. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Тактика ведения

- Экстренное кесарево сечение
- Магнезиальная терапия
- Магнезиальная терапия. КТГ плода
- Спазмолитическая терапия. Антигипертензивная терапия. Наблюдение
- Антигипертензивная терапия. Контроль белка в моче. Наблюдение

= Беременная, 30 лет. При постановление на учете по беременности в сроке 9 недель АД 150/90 мм.рт.ст. Белок в ОАМ – 0,03 г/л. Из анамнеза: раньше АД не страдала. Отец состоит на «Д» учете по поводу артериальной гипертензии. Объективно без особенности. Общий анализ крови: гемоглобин 121 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит 30,8%, лейкоциты $9,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $320 \cdot 10^9/л$, лимфоциты 8%, моноциты 2%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 15%, эозинофилы 2%, СОЭ 39 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 73 г/л, АЛаТ 18 МЕ/л, АСаТ 23 МЕ/л, билирубин 10,8 – 2,5 мкмоль/л, магний 1,2 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, кальций 2,18 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, мочевины 2,1 ммоль/л, креатинин 81,1 мкмоль/л.

ОАМ: удельный вес - 1018; цвет мочи - светло-желтый; прозрачность мочи - слабая мутность; белок - 0,04 г/л; лейкоциты - 2.4 в п/зр; эритроциты - 2.01 в п/зр; эпителий плоский - 2.0 в п/зр; Предварительный диагноз

- Беременность 9 недель. Хроническая артериальная гипертензия
- Беременность 9 недель. Преэклампсия умеренная
- Беременность 9 недель. Эклампсия
- Беременность 9 недель. Гестационная гипертензия
- Беременность 9 недель. Умеренная преэклампсия

= Беременная, 30 лет. При постановление на учете по беременности в сроке 9 недель АД 150/90 мм.рт.ст. Белок в ОАМ – 0,03 г/л. Из анамнеза: раньше АД не страдала. Отец состоит на «Д» учете по поводу артериальной гипертензии. Объективно без особенности. Общий анализ крови: гемоглобин 121 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит 30,8%, лейкоциты $9,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $320 \cdot 10^9/л$, лимфоциты 8%, моноциты 2%,

палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 15%, эозинофилы 2%, СОЭ 39 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 73 г/л, АЛат 18 МЕ/л, АСаТ 23 МЕ/л, билирубин 10,8 – 2,5 мкмоль/л, магний 1,2 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, кальций 2,18 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л, мочевины 2,1 ммоль/л, креатинин 81,1 мкмоль/л.

ОАМ: удельный вес - 1018; цвет мочи - светло-желтый; прозрачность мочи - слабая мутность; белок - 0,04 г/л; лейкоциты - 2.4 в п/зр; эритроциты - 2.01 в п/зр; эпителий плоский - 2.0 в п/зр. Тактика ведения

- ЭКГ, Эхо КГ, УЗИ почек, консультация кардиолога
- Назначить магниальную терапию
- Назначить спазмолитическую терапию. Антигипертензивная терапия
- ЭЭГ, ЭХО КГ, Консультация невропатолога
- Наблюдение. Консультирование о необходимости измерения АД

= Повторнобеременная 35 лет, поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту, слюнотечение. Болеет в течение 3 недель. Сначала появились тошнота и рвота утром. Потом рвота участилась до 5 раз в сутки, появились слабость, головокружение потеря аппетита, сон плохой, потеря в весе до 2 кг за месяц. Объективно: общее состояние средней тяжести кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 36,9 С, пульс 98 в мин., АД-110/60 мм рт ст. Внутренних органов изменений не выявлено, анализ крови в пределах нормы. Несколько уменьшен диурез, в моче переходная ацетонурия. При вагинальном исследовании: матка величиной в женский кулак, при пальпации сокращается. Придатки не определяются, своды свободные. ХГЧ крови 190 МЕ/мл. Предварительный диагноз

- Рвота беременных легкой степени тяжести
- Отравление, тяжелой степени тяжести.
- Рвота беременных средней степени тяжести
- Рефлюкс – эзофагит
- Гастрит

= Повторнобеременная 35 лет, поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту, слюнотечение. Болеет в течение 3 недель. Сначала появились тошнота и рвота утром. Потом рвота участилась до 5 раз в сутки, появились слабость, головокружение потеря аппетита, сон плохой, потеря в весе до 2 кг за месяц. Объективно: общее состояние средней тяжести кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 36.9 С, пульс 98 в мин., АД-110/60 мм рт ст. Внутренних органов изменений не выявлено, анализ крови в пределах нормы. Несколько уменьшен диурез, в моче переходная ацетонурия. При вагинальном исследовании: матка величиной в женский кулак, при пальпации сокращается. Придатки не определяются, своды свободные. Тактика ведения

- Диета. Инфузионная терапия. Наблюдение на амбулаторном уровне
- Экстренное прерывание беременности по медицинским показаниям
- интенсивная терапия противорвотными препаратами в течение нескольких часов
- ФГДС, консультация врача гастроэнтеролога
- ФГДС. Консультация врача инфекциониста

= Беременная Ю., 32 лет. В сроке 31 неделя поступает в роддом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, больше справа. Из анамнеза: С 30-й недели беременности отмечался отечный синдром, нарастающий в течение недели. Данная беременность –шестая. В анамнезе-1 срочные роды без осложнений, 4 искусственных аборта, последний — в 2020 г. с повторным

выскабливанием полости матки по поводу остатков частей плодного яйца.

Объективно: АД 170/110 мм рт.ст. ОАМ: удельный вес - 1018; цвет мочи - светло-желтый; лейкоциты - 2.4 в п/зр; эритроциты - 2.01 в п/зр; эпителий плоский - 2.0 в п/зр. белок 4,1 г/л. в ОАК тромбоциты 180x10⁹/л, гемоглобин 90 г/л. Сердцебиение плода, приглушенное 80 ударов в минуту. Предполагаемый диагноз

- Беременность 31 неделя. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Преэклампсия тяжелой степени тяжести. Анемия легкой степени
- Беременность 31 неделя. Эклампсия. Острая гипоксия плода
- Беременность 31 неделя. Преэклампсия. Хроническая артериальная гипертензия. Анемия беременных
- Беременность 31 неделя. Предлежание плаценты. Острая гипоксия плода. Анемия беременных
- Беременность 31 неделя. Неллп-синдром. Анемия беременных

= Беременная Ю., 32 лет. В сроке 31 неделя поступает в роддом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, больше справа. Из анамнеза: С 30-й недели беременности отмечался отечный синдром, нарастающий в течение недели. Данная беременность –шестая. В анамнезе-1 срочные роды без осложнений, 4 искусственных аборта, последний — в 2020 г. с повторным выскабливанием полости матки по поводу остатков частей плодного яйца.

Объективно: АД 170/110 мм рт.ст. ОАМ: удельный вес - 1018; цвет мочи - светло-желтый; лейкоциты - 2.4 в п/зр; эритроциты - 2.01 в п/зр; эпителий плоский - 2.0 в п/зр. белок 4,1 г/л. в ОАК тромбоциты 180x10⁹/л, гемоглобин 90 г/л. Сердцебиение плода, приглушенное 80 ударов в минуту. Тактика ведения

- Экстренное оперативное родоразрешение. Магнезиальная терапия
- Антигипертензивная терапия. Наблюдение
- УЗИ плода. Антианемическая терапия
- Токолитическая терапия. Магнезиальная терапия
- Токолитическая терапия. Пролонгирование беременности.

= Беременная Н., 23 лет, в сроке беременности 32 недели доставлена в акушерский стационар с жалобами на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39 °С. Матка при осмотре тонизируется, положение плода продольное, предлежит головка сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет. Отеков нет. АД 130/80 мм рт.ст. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, ёмкое, шейка матки сформирована, отклонена кзади, длиной 3 см, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет, выделения слизистые, светлые. Сито взят ОАМ: удельный вес – 1020, белок – 0,9 г/л, лейкоциты – 50 – 60 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют. Диагноз

- Беременность 32 недели, головное предлежание, гестационный пиелонефрит
- Беременность 32 недели, головное предлежание, легкая преэклампсия
- Беременность 32 недели, головное предлежание, HELLP-синдром
- Беременность 32 недели, головное предлежание, ПОНРП
- Беременность 32 недели, головное предлежание, ложные схватки

= Беременная Н., 23 лет, в сроке беременности 32 недели доставлена в акушерский стационар с жалобами на боли в пояснице больше слева, озноб повышение температуры до 39 °С. Матка при осмотре тонизируется, положение плода продольное, предлежит головка сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет. Отеков нет. АД 130/80 мм рт.ст. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, ёмкое, шейка матки сформирована, отклонена кзади,

длиной 3 см, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет, выделения слизистые, светлые. Сито взят ОАМ: удельный вес – 1020, белок – 0,9 г/л, лейкоциты – 50 – 60 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют. Тактика ведения

- Антибактериальная терапия широкого спектра действия
- Антигипертензивная терапия
- Экстренное родоразрешение путем кесарева сечения
- Спазмолитическая терапия. Наблюдение
- Назначение прогестагенов

= Женщина 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. Считает себя больной в течение 6 мес. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 78 уд./мин, ритмичный, АД 125/80 мм рт. ст., ОАК -гемоглобин – 80 г/л. При бимануальном исследовании и осмотре матка увеличена до размеров, соответствующих 6–7 нед. беременности, подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки не изменена, выделения из половых путей слизистые.

Предполагаемый диагноз

- Миома матки 6–7 нед. Гиперполименорея. Анемия средней степени тяжести
- Полип тела матки
- Сальпингоофорит в ст обострения
- Гиперплазия эндометрия
- Пузырный занос

= Женщина 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. Считает себя больной в течение 6 мес. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 78 уд./мин, ритмичный, АД 125/80 мм рт. ст., ОАК -гемоглобин – 80 г/л. При бимануальном исследовании и осмотре матка увеличена до размеров, соответствующих 6–7 нед. беременности, подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки не изменена, выделения из половых путей слизистые.

Тактика ведения

- УЗИ малого таза
- Кольпоскопия
- Гистеросальпингография
- Консультация гематолога
- Консультация гастроэнтеролога

= Женщина 30 лет, Первородящая. Поступила в родильный дом на машине скорой помощи с диагнозом: Беременность 40 недель. Умеренная преэклампсия. При влагалищном исследовании найдено открытие маточного зева на 3 см. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер. При осмотре: АД 130/90, пульс 68 ударов в минуту. Тонус матки резко повышен, матка плотная при пальпации, правильной формы, не расслабляется. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удастся. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища выделений нет. ОАК: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4.0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6.9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $280 \cdot 10^9/л$. СОЭ-17 мм/ч, ЦП-0.8. Сформулируйте клинический диагноз

- Срочные роды, I период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Умеренная преэклампсия
- Преждевременные роды. Предлежание плаценты. Анемия легкой степени тяжести
- Срочные роды, I период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Анемия беременных

- Запоздалые роды. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Срочные роды, I период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Умеренная преэклампсия. Анемия беременных

=Женщина 30 лет, Первородящая. Поступила в родильный дом на машине скорой помощи с диагнозом: Беременность 40 недель. Умеренная преэклампсия. При влагалищном исследовании найдено открытие маточного зева на 3 см. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер. При осмотре: АД 130/90, пульс 68 ударов в минуту. Тонус матки резко повышен, матка плотная при пальпации, правильной формы, не расслабляется. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища выделений нет. ОАК: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4.0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $6.9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты- $280 \cdot 10^9$ /л. СОЭ-17 мм/ч, ЦП-0.8. Предполагаемая тактика ведения

- Катетеризация периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, ингаляция кислорода, коагулограмма. Вызвать анестезиолога. Кесарево сечение в экстренном порядке
- Катетеризация периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, ингаляция кислорода, коагулограмма. Вызвать анестезиолога. Роды вести консервативно
- Назначить спазмолитики. Кесарево сечение в экстренном порядке
- Магнезиальная терапия. Назначить спазмолитики. Вызвать анестезиолога
- Провести магнезиальную терапию. Учитывая открытие маточного зева роды вести консервативно

= Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра. Жалоб нет. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5–6 дней, через 24–25 дней. Паритет: Б-2:Р-2. Контрацепция – ВМС. Объективно: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется болезненное округлое уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы не увеличены. Выделений из сосков при надавливании нет.

Гинекологический статус: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища обычной окраски, выделения слизистые умеренные. Шейка матки чистая. При бимануальном исследовании тело матки обычных размеров, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

Предполагаемый диагноз

- Киста молочной железы
- Рак молочной железы
- Диффузная мастопатия
- Фиброзная мастопатия
- Лимфаденит

= Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра. Жалоб нет. Из анамнеза: Менархе с 13 лет, менструации по 5–6 дней, через 24–25 дней. Паритет: Б-2:Р-2. Контрацепция – ВМС. Объективно: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется болезненное округлое уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы не увеличены. Выделений из сосков при надавливании нет. Гинекологический статус: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища обычной окраски, выделения слизистые умеренные. Шейка матки чистая. При бимануальном исследовании тело матки обычных размеров, подвижное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

Тактика ведения

- УЗИ молочных желез, пункция с последующим цитологическим исследованием
- Рентген грудной клетки. Консультация маммолога
- Диагностическое выскабливание полости матки
- УЗИ малого таза, Маммография
- Онкоцитология, Биопсия ткани молочных желез

= Больная 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, больше справа, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней на фоне задержки менструации в течение 7 дней. Боли возникли 4 часа назад, за последний час усилились. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, по 5 - 6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 18 лет. В анамнезе две беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – искусственным абортom в сроке 8 недель, без осложнений. В течение последнего года контрацепция при помощи ВМС. Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу хронического аднексита.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, слизистые чистые, язык влажный. АД 120/80 мм.рт. ст. PS 86 в минуту, ритмичный, температура тела 36.9 С. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки несколько цианотична, из наружного зева цервикального канала определяются нити ВМС.

Выделения кровянистые, мажущие, умеренные. Бимануально: тело матки несколько увеличено, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Слева придатки не определяются, в области их - тяжесть, чувствительная при пальпации.

Справа придатки тестоватой консистенции, без четких контуров, болезненные при пальпации. Задний свод несколько уплощен, пальпация его чувствительна. Предполагаемый диагноз

- Правосторонняя внематочная беременность на фоне ВМС
- Миома матки. ВМС в полости матки
- Киста яичника. ВМС в полости матки
- Перитонит на фоне ВМС.
- Апоплексия яичника. ВМС в полости матки

= Больная 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, больше справа, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней на фоне задержки менструации в течение 7 дней. Боли возникли 4 часа назад, за последний час усилились. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, по 5 - 6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 18 лет. В анамнезе две беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – искусственным абортom в сроке 8 недель, без осложнений. В течение последнего года контрацепция при помощи ВМС. Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу хронического аднексита.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, слизистые чистые, язык влажный. АД 120/80 мм.рт. ст. PS 86 в минуту, ритмичный, температура тела 36.9 С. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки несколько цианотична, из наружного зева цервикального канала определяются нити ВМС.

Выделения кровянистые, мажущие, умеренные. Бимануально: тело матки несколько увеличено, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Слева

придатки не определяются, в области их - тяжесть, чувствительная при пальпации. Справа придатки тестоватой консистенции, без четких контуров, болезненные при пальпации. Задний свод несколько уплощен, пальпация его чувствительна. Тактика ведения

- Удаление ВМС и оперативное лечение путем лапароскопии
- Удаление ВМС. Антибактериальное лечение
- Антибактериальное лечение
- Комплексное противовоспалительное лечение
- Инфузионная терапия. Наблюдение в течении 24 часов

= Роженица 26 лет. Произошли срочные роды 1 на 40 неделе беременности.

Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения последа началось сильное кровотечение. ОАК: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $3.9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты- $8.9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты- $180 \cdot 10^9/л$. СОЭ-17 мм/ч, ЦП-0.75. При осмотре последа имеется дефект ткани. Предполагаемый диагноз

- Ранний послеродовой период. Задержка частей плаценты. Кровотечение
- Поздний послеродовой период. Атоническое кровотечение
- Ранний послеродовой период. Тромбоцитопения
- Поздний послеродовой период. Задержка частей плаценты. Кровотечение
- Ранний послеродовой период. Травма тела матки

= Роженица 26 лет. Произошли срочные роды 1 на 40 неделе беременности. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения последа началось сильное кровотечение. ОАК: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3.9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты- $8.9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты- $180 \cdot 10^9/л$. СОЭ-17 мм/ч, ЦП-0.75. При осмотре последа имеется дефект ткани. Тактика ведения

- Контрольное ручное обследование полости матки. Удаление частей плаценты. Восполнение ОЦК.
- Контрольный осмотр в зеркалах. Ушивание разрывов. Восполнение ОЦК.
- Массаж матки на кулаке. Баллонная тампонада. Восполнение ОЦК
- Диагностическое выскабливание полости матки.
- Коагулограмма. Восполнение ОЦК

= На прием к гинекологу обратилась А., 28 лет с жалобами на острые боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$. Жалобы в течение двух дней. Из анамнеза: Б-0 Р-0. Не в браке, постоянного полового партнёра не имеет. Контрацепция: прерванный половой акт, два дня назад. Менструальный цикл не нарушен. Объективно: состояние средней степени тяжести. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, выраженная болезненность в нижних отделах. В зеркалах: слизистая шейки матки гиперемирована, гнойно-слизистые выделения в большом количестве. При бимануальном исследовании матка и маточные придатки не увеличены, резко болезненные при пальпации.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $248 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-30 в п/зр, обнаружены диплококки вне и внутриклеточно. Поставьте предполагаемый диагноз

- Острая свежая восходящая гонорея
- Острый двухсторонний сальпингит неспецифической этиологии
- Гнойный эндоцервицит

- Острый уретрит
- Хронический сальпингит и оофорит. Гидросальпинкс

= В гинекологическое отделение поступила А., 25 лет. Жалобы на боли внизу живота, недомогание, повышение температуры тела до 39°C, однократный озноб. Из анамнеза: заболела остро на второй день после медицинского аборта. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь». Б-2 Р-1 А-1 (выскабливание полости матки, 2 дня назад). При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов. Живот обычной формы, мягкий, умеренная болезненность при пальпации над лоном. В зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, закрыт, из цервикального канала скудные кровянистые выделения, без запаха. При бимануальном исследовании матка незначительно увеличена, мягковатой консистенции, подвижная, болезненная. В ОАК: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, СОЭ 35 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты -45 в п/зр, эпителий 15 в п/зр, флора кокковая, обильная; трихомонады, гонококки не обнаружены. Поставьте диагноз

- Острый эндометрит. Вульвовагинит
- Острый эндометрит. Параметрит. Вульвовагинит
- Аппендицит
- Острый эндометрит. Пельвиоперитонит
- Острый двухсторонний сальпингит. Вульвовагинит

= Пациентка 24 лет обратилась к участковому гинекологу с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 37,8 °С, в течение 3 дней. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области левой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3,0×3,5 см, кожа над ним гиперемирована. Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Обследована: В ОАК гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, СОЭ 16 мм/ч. Мазок на степень чистоты: лейкоциты -15 в п/зр, эпителий 4-6 в п/зр, флора смешанная; трихомонады, гонококки не обнаружены.

Поставьте предполагаемый диагноз

- Бартолинит
- Вульвовагинит
- Хронический эндометрит, ремиссия
- Острый двухсторонний сальпингоофорит
- Хронический сальпингоофорит, в стадии обострения

= Пациентка В., 23 лет обратилась к гинекологу с жалобами выделения из половых путей, зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Анамнез заболевания: заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином. Из анамнеза: Б-3, Р-3. В браке, в качестве контрацепции использует барьерные методы. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гинекологический статус: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты

белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

В мазке на степень чистоты: лейкоциты 40 в п/зр, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная, дрожжи+++.

Предполагаемый диагноз

- Кандидозный вульвовагинит
- Гонорея
- Трихомоноз
- Неспецифический вульвовагинит
- Бактериальный вагиноз

= Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад. Из анамнеза: половая жизнь с 17 лет, вне брака, контрацепцию отрицает. Соматически здорова. Гинекологический статус: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейки матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. В мазке на степень чистоты: лейкоциты сплошь, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная. Предполагаемый диагноз

- Острый трихомоноз
- Кандидозный вульвовагинит
- Хламидийный цервицит
- Атрофический кольпит
- Бактериальный вагиноз

= На прием к гинекологу обратилась пациентка, 28 лет, с жалобами на выделения из половых путей. Жалобы в течение недели, появились после антибактериальной терапии по поводу обострения хронического сальпингоофорита. Выделения с неприятным «рыбным» запахом, которые усиливаются после полового акта. Из анамнеза: Б-1 Р-1. Менструальный цикл регулярный. В браке. Контрацепция: презервативы. Гинекологические заболевания: многократно получала лечение по поводу обострения хронического сальпингоофорита и дрожжевого кольпита. При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, эрозирована. Выделения кремообразные с неприятным «рыбным» запахом. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная при пальпации, придатки тяжистые с обеих сторон, безболезненные. Своды глубокие, свободные. В мазке на степень чистоты: лейкоциты -15-20 в п/зр, пл эпителий – 35 в п/зр, флора смешанная, обильная, обнаружены «ключевые» клетки.

Ph влагалища- 5,2. Предполагаемый диагноз

- Бактериальный вагиноз. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, ремиссия. Эрозия шейки матки
- Острый трихомоноз. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, ремиссия
- Кандидозный вульвовагинит. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, ремиссия. Эрозия шейки матки
- Хламидийный цервицит. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, неполная ремиссия. Эрозия шейки матки
- Атрофический кольпит. Эрозия шейки матки

= Пациентка 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. Больна в течение недели. Две недели тому назад имела случайный половой контакт без контрацепции. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация наступила в срок. Половую жизнь ведет с 18 лет. Замужем.

Паритет: Б-1: А-1. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части. При протирании стенок влагалища марлевым шариком, последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала. Шейка матки гиперемирована.

Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие. В мазке на степень чистоты: лейкоциты сплошь, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная, диплококки, трихомонады не обнаружены. ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено, *Mycoplasma genitalium*- не обнаружено, *Gardnerella vaginalis*- не обнаружено, *Neisseria gonorrhoeae*- не обнаружено, *Trichomonas vaginalis*- обнаружено, *Ureaplasma urealyticum*- не обнаружено. Предполагаемый диагноз

- Острый трихомониаз
- Кандидозный вульвовагинит
- Хламидийный цервицит
- Атрофический кольпит
- Бактериальный вагиноз

= Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, интенсивные боли внизу живота. Жалобы в течение трех дней, связывает с переохлаждением. Ранее подобных жалоб не отмечала.

Самостоятельно принимала парацетамол. Анамнез: в детстве перенесла корь, ангину, тонзиллэктомию в 12 лет, грипп. Наследственность не отягощена.

Менструации с 12 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 26 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Паритет : Б4: Р2, Аб-2.

Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища гиперемированы. Во влагалище — обильные гнойные выделения. Из цервикального канала отходят обильные гнойные выделения. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, резко болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, тромбоциты $248 \times 10^9/л$, СОЭ 26 мм/ч.

При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-15 в п/зр, диплококки и трихомонады не обнаружены.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено.

УЗИ ОМТ- матка размерами 73 x 69 x 45 мм, anteflexio, грушевидной формы, типичного расположения, контуры ровные, миометрий изоэхогенный однородный, полость расширена до 7 мм, лоцируется в виде анэхогенной полосы, эндометрий толщиной 4 мм, изоэхогенный, просвет свободен от дополнительных эхоструктур. Яичники без

особенностей. В позадматочном пространстве 40 мл гомогенной жидкости без внутренних отражений.

Поставьте предполагаемый диагноз.

- Острый эндометрит. Цервицит. Вульвовагинит
- Острый двухсторонний сальпингит неспецифической этиологии
- Хронический эндометрит, неполная ремиссия. Вульвовагинит
- Хронический эндометрит, обострение. Цервицит. Вульвовагинит
- Острый метроэндометрит

= К гинекологу обратилась пациентка, 38 лет. Жалобами на повышение температуры тела до 38 С, боли внизу живота, больше слева, общую слабость. Считает себя больной в течение четырех дней, когда появились боли внизу живота, больше слева, средней интенсивности. Связывает с переохлаждением. Самостоятельно принимала диклофенак. Анамнез: Менструальный цикл регулярный. Последняя менструация 8 дней назад. Б-3, Р-1, В-2.

Гинекологические заболевания: Эрозия шейки матки, оофорит.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, АД— 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38°.

Кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Осмотр в зеркалах: шейка матки чистая, слизистая влагалища розового цвета, выделения-бели, в умеренном количестве.

Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт.

Матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Влагалищные своды свободные, глубокие. Справа придатки не определяются. Слева придатки плотные, тяжистые, болезненные при пальпации.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 123 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 9×10^9 /л, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ 24 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты – 10 в п/зр, эпителий-4-6 в п/зр, флора бациллярная, диплококки и трихомонады не обнаружены.

УЗИ ОМТ- матка размерами 55 x 49 x 44 мм, anteflexio, эндометрий толщиной 8 мм.

Правый яичник 32 x 18 мм, контуры ровные, типичного расположения, 2-3 фолликула в срезе.

Левый яичник 34 x 19 мм, овальной формы, контуры ровные, типичного расположения, корковый слой и центральная зона слабо дифференцированы, изоэхогенные, фолликулы 1-2 в срезе; утолщение стенок левой маточной трубы. В позадматочном пространстве свободная жидкость в умеренном количестве. Поставьте предполагаемый диагноз.

- Хронический левосторонний сальпингоофорит в стадии обострения
- Острый двухсторонний сальпингит неспецифической этиологии
- Острый левосторонний сальпингоофорит неспецифической этиологии
- Хронический эндометрит, обострение. Вульвовагинит
- Острый метроэндометрит. Хронический левосторонний сальпингоофорит, обострение

= Пациентка 46 лет обратилась к гинекологу с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры тела до 39,5 °С, обильные выделения из половых путей.

Боли беспокоят 7 дней. К врачу не обращалась, принимала баралгин, кетарол без эффекта.

Менструальная функция не нарушена, 10-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. В течение последних 10 лет с целью контрацепции использует ВМК.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 90 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. Ст, температура тела 38,5 С. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Исследование в зеркалах: шейка матки гиперемирована, эрозирована, видны нити ВМК, выделения обильные серозно-гноевидные. Бимануальное исследование: Матка незначительно увеличена, мягкой консистенции, резко болезненная, ограниченно подвижная. Придатки справа и слева четко не определяются, болезненные, отечные, тестообразной консистенции.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 14×10^9 /л, тромбоциты 260×10^9 /л, СОЭ 25 мм/ч.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты –40 в п/зр, эпителий-15-20 в п/зр, флора кокковая, обильная, диплококки и трихомонады не обнаружены.

УЗИ ОМТ- матка размерами 69 x 63 x 52 мм, anteflexio, грушевидной формы, типичного расположения, контуры ровные, миометрий изоэхогенный однородный, полость расширена до 7 мм, лоцируется в виде анэхогенной полосы, эндометрий толщиной 4 мм, изоэхогенный, просвет свободен от дополнительных эхоструктур. Правый яичник 32 x 18 мм, контуры ровные, типичного расположения, 2-3 фолликула в срезе, корковый слой и центральная зона слабо дифференцированы, изоэхогенные; утолщение стенок правой маточной трубы.

Левый яичник 34 x 19 мм, овальной формы, контуры ровные, типичного расположения, корковый слой и центральная зона слабо дифференцированы, изоэхогенные, фолликулы 1-2 в срезе; утолщение стенок левой маточной трубы. В позадиматочном пространстве свободная жидкость 40 мм.

Предполагаемый диагноз

- Острый эндометрит. Острый двухсторонний сальпингоофорит. Цервицит.

Вульвовагинит

- Хронический метроэндометрит в стадии обострения. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, обострение. Вульвовагинит. Цервицит

- Хронический эндометрит, обострение. Цервицит. Кольпит

- Острый эндометрит. Аднексит

- Острый двухсторонний сальпингит неспецифической этиологии

= На прием к гинекологу в ПМСП обратилась женщина 33 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, гноевидные выделения из половых путей в течение недели, повышение температуры тела до 38 С, отсутствие беременности в течение 7 лет. Из анамнеза: Менархе в 14 лет, менструации по 5-6 дней, через 32-33 дня, регулярные, умеренные, иногда болезненные. Половая жизнь с 19 лет. Предохраняется естественными методами. Беременность 1, закончилась искусственным абортom 8 лет назад.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (ДЭК), оофорит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст, температура тела 37,8 С. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. Per speculum: влагалище нерожавшей, слизистая влагалища увлажнена умеренными серозно-гноевидными выделениями; шейка матки чистая. Per vaginum: Матка в anteflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная,

безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжистые, болезненные при пальпации. Своды свободные, глубокие.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 123 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты 254×10^9 /л, СОЭ 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови – СРБ 6,0 мг/л.

ОАМ – светло-желтая, плотность 1015, лейкоц 3 в п/зр, плоский эпителий 5 в п/зр, слизь ++.

Микроскопия вагинального мазка – лейкоциты 35 в п/зр, эпителий 25 в п/зр, микрофлора кокковая, умеренная, гонококки, кандиды, трихомонады не обнаружены.

Мазок на онкоцитологию – клеток злокачественного роста не обнаружено. Поставьте предварительный диагноз

- Хронический двухсторонний сальпингоофорит, обострение. Вульвовагинит
- Острый двухсторонний сальпингоофорит. Вульвовагинит
- Хронический сальпингоофорит в стадии неполной ремиссии
- Хронический эндометрит, обострение. Цервицит. Кольпит
- Острый эндометрит. Острый двухсторонний сальпингоофорит. Вульвовагинит

= На повторный прием к гинекологу в ПМСП пришла А., 42 лет, за результатами обследования. Жалобы на обильные выделения из половых путей, зуд наружных половых органов. Считает себя больной в течение двух недель, когда появились указанные жалобы. Ни с чем не связывает. Из анамнеза: многократно получала лечение по поводу кольпита, с непродолжительным положительным эффектом. Б-1, Р-1. В браке, не предохраняется. Менструальный цикл не нарушен. Соматические заболевания отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. В зеркалах: влагалище рожавшей, слизистая гиперемирована, обильные серозные выделения; шейка матки цилиндрической формы, чистая. Бимануальное исследование: матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются.

Результаты обследования:

В мазке на степень чистоты: лейкоциты 50 в п/зр, эпителий-15 в п/зр, флора кокковая, обильная диплококки, трихомонады не обнаружены.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено, *Mycoplasma genitalium*- не обнаружено, *Gardnerella vaginalis*- не обнаружено, *Neisseria gonorrhoeae*- не обнаружено, *Trichomonas vaginalis*- не обнаружено, *Ureaplasma urealyticum*- не обнаружено.

Бактериологическое исследование материала из влагалища- *Staphylococcus aureus* КОЕ 105, *Streptococcus pyogenes* КОЕ 106. Поставьте диагноз

- Вульвовагинит неспецифической этиологии
- Кандидозный вульвовагинит
- Бактериальный вагиноз
- Атрофический кольпит
- Хронический вульвит

= Больная В., 26 лет, обратилась к гинекологу ПМСП с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 6 дней.

Из анамнеза: Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 30 дней), умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация имела место 2 нед. назад. Половую жизнь ведет с 21 года, брак первый. Было две беременности, одна из которых закончилась родами, а вторая — аборт (срок 8 нед. беременности).

Осложнения после родов и аборта не наблюдались. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД— 115/70 мм рт. ст. Температура тела 36,8°. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Шейка матки цилиндрической формы.

Влагалищное исследование: влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка нормальной величины, плотная, подвижная, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

Обследована: Мазок на степень чистоты: лейкоциты-50 в п/зр, эпителий- 25, флора смешанная, умеренная, дрожжи+++, трихомонады, гонококки не обнаружены.

Бактериологическое исследование мазка из влагалища- *Candida albicans* КОЕ 106.

Поставьте диагноз

- Кандидозный вульвовагинит
- Неспецифический вульвит
- Бактериальный вагиноз
- Атрофический кольпит
- Хронический вульвит

= Больная П., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на бесплодие в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2—37,5°, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера.

Анамнез: в детстве перенесла корь, воспаление легких, страдала частыми ангинами, в 14 лет была произведена аппендэктомия, в 18 лет.— тонзиллэктомия. В семье (со слов П.) больных туберкулезом не было. Имела контакт с больным туберкулезом на работе.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 5— 6 дней, цикл 28 дней), обильные, малоболезненные. В последние 3 года менструации стали иногда задерживаться на 5—10 дней. Половую жизнь ведет с 25 лет, не беременела, средств контрацепции не применяла. Через 2 года после начала половой жизни произведена метросальпингография по поводу бесплодия. Трубы оказались непроходимыми, вид их на рентгенограмме четкообразный.

Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД— 105/70 мм рт. ст. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, стул и мочеиспускание — в норме.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, шейка матки конической формы, чистая, зев точечный. Выделения –бели, умеренные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка, размерами меньше нормы, плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные (узловатые) участки.

Обследована:

ОАК – гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 6×10^9 /л, тромбоциты 248×10^9 /л, СОЭ 10 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоциты 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

ПЦР Chlamydia trachomatis- не обнаружено.

Гистологическое исследование: при изучении соскоба эндометрия обнаружена гиперплазия слизистой оболочки, туберкулезное поражение не выявлено.

Микробиологическое исследование: при посеве соскоба эндометрия наблюдался рост микобактерий туберкулеза.

Реакция Манту –положительная. Реакция Пирке- положительная.

Рентгенологическое исследование: органы грудной клетки без патологии. Поставьте диагноз

- Туберкулез женских половых органов. Первичное бесплодие
- Эндометрит специфической этиологии
- Вульвовагинит специфической этиологии
- Первичное бесплодие, эндокринный фактор
- Хронический аднексит. Хронический эндометрит

= В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка В., 37 лет, с жалобами на острую пульсирующую боль в области левой половой губы, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадиируют в левую ногу и промежность. Жалобы в течение трех дней. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, температура тела $37,9^{\circ}\text{C}$, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемизирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6×4 см, резко болезненное, мягковатой консистенции, местами – флюктуирующее; кожа над ним багрового цвета, имеется местная гиперемия. Данные осмотра шейки матки в зеркалах и влагалищного исследования без особенностей.

ОАК: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч.

Поставьте диагноз

- Абсцесс бартолиновой железы
- Киста бартолиновой железы
- Абсцесс вульвы
- Изъязвление вульвы
- Бартолинит

= Пациентка М., 20 лет, обратилась к гинекологу ПМСП с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, гнойные выделения из половых путей. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные симптомы. Накануне перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности не предохраняется. Два года назад перенесла воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно. Объективно: состояние удовлетворительное, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. При осмотре в зеркалах: шейка матки с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Своды глубокие.

В мазке на степень чистоты: лейкоциты сплошь, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная, диплококки, трихомонады не обнаружены.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено, *Mycoplasma genitalium*- не обнаружено, *Gardnerella vaginalis*- не обнаружено, *Neisseria gonorrhoeae*- не обнаружено, *Trichomonas vaginalis*- не обнаружено, *Ureaplasma urealyticum*- не обнаружено.

Бактериологическое исследование материала из влагалища- *Streptococcus pyogenes* КОЕ 10⁶.

Поставьте диагноз

- Хронический эндометрит, обострение. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, обострение. Вульвовагинит неспецифической этиологии
- Острый двухсторонний сальпингоофорит. Вульвовагинит
- Хронический сальпингоофорит в стадии неполной ремиссии
- Хронический эндометрит, обострение. Цервицит. Кольпит
- Острый эндометрит. Острый двухсторонний сальпингоофорит. Вульвовагинит

= Пациентка П., 23 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,4°C, гнойные выделения из половых путей. В браке не состоит, имеет несколько половых партнеров, от беременности не предохраняется. При осмотре в зеркалах: слизистая наружного отверстия уретры гиперемирована, слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки коническая, гиперемия зоны наружного отверстия цервикального канала, выделения обильные гнойные. При бимануальном исследовании внутренние половые органы без патологии. При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-30 в п/зр, обнаружены диплококки вне и внутриклеточно. Поставьте предполагаемый диагноз

- Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии
- Трихомониаз
- Неспецифический вульвовагинит
- Кандидозный вульвовагинит
- Бактериальный вагиноз

= Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °с, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологическое исследование: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.

При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено, *Mycoplasma genitalium*- не обнаружено, *Gardnerella vaginalis*- не обнаружено, *Neisseria gonorrhoeae*- обнаружено, *Trichomonas vaginalis*- не обнаружено, *Ureaplasma urealyticum*- не обнаружено. Тактика гинеколога ПМСП

- Направить пациентку в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения
- Начать лечение на амбулаторном уровне. Препаратом первой линии является цефтриаксон
- Госпитализация в гинекологическое отделение в плановом порядке
- Метронидазол 500 мг х 2 раза в сутки внутрь в течение 14 дней.
- Госпитализация в гинекологическое отделение в экстренном порядке

= В гинекологическое отделение поступила А., 25 лет. Жалобы на боли внизу живота, недомогание, повышение температуры тела до 39°C, однократный озноб. Из анамнеза: заболела остро на второй день после медицинского аборта. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь». Б-2 Р-1 А-1 (выскабливание полости матки, 2 дня назад). При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов. Живот обычной формы, мягкий, умеренная болезненность при пальпации над лоном. В зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, закрыт, из цервикального канала скудные кровянистые выделения, без запаха. При бимануальном исследовании матка незначительно увеличена, мягковатой консистенции, подвижная, болезненная. В ОАК: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, СОЭ 35 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты -45 в п/зр, эпителий 15 в п/зр, флора кокковая, обильная; трихомонады, гонококки не обнаружены. Распишите план лечения

- Цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день + доксициклин по 100 мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально, 14 дней. Санация влагалища
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно + метронидазол 500 мг 2 раза в день
- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня

= На прием к гинекологу обратилась А., 28 лет с жалобами на острые боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании, повышение температуры тела до 38,5°C. Жалобы в течение двух дней. Из анамнеза: Б-0 Р-0. Не в браке, постоянного полового партнёра не имеет. Контрацепция: прерванный половой акт, два дня назад. Менструальный цикл не нарушен. Объективно: состояние средней степени тяжести. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, выраженная болезненность в нижних отделах. В зеркалах: слизистая шейки матки гиперемирована, гнойно-слизистые выделения в большом количестве. При бимануальном исследовании матка и маточные придатки не увеличены, резко болезненные при пальпации.

При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-30 в п/зр, обнаружены диплококки вне и внутриклеточно. Препаратом первой линии в лечении в данном случае является

- Цефтриаксон
- Метронидазол
- Клотримазол
- Клиндамицин
- Флуконазол

= Пациентка 24 лет обратилась к участковому гинекологу с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 37,8 °С, в течение 3 дней. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области левой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3,0×3,5 см, кожа над ним гиперемирована. Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Обследована: В ОАК гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 9×10^9 /л, тромбоциты 250×10^9 /л, СОЭ 16 мм/ч. Мазок на степень чистоты: лейкоциты -15 в п/зр, эпителий 4-6 в п/зр, флора смешанная; трихомонады, гонококки не обнаружены.

Тактика ведения данной пациентки

- Рекомендуются местные теплые ванночки для содействия спонтанному дренажу или развития до стадии, пригодной для разреза и дренажа + обезболивание. После дренажа – антибиотики широкого спектра действия
- Нужно только наблюдение, достаточная гигиена и сбалансированное питание
- Разрез и дренаж абсцесса, марсупиализация для снижения риска рецидива абсцесса
- Рекомендуются антибиотики широкого спектра действия не менее чем на 7 дней
- Санация влагалища с дальнейшим решением вопроса об оперативном лечении в плановом порядке

= Пациентка В., 23 лет обратилась к гинекологу с жалобами выделения из половых путей, зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Анамнез заболевания: заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином. Из анамнеза: Б-3, Р-3. В браке, в качестве контрацепции использует барьерные методы. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гинекологический статус: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

В мазке на степень чистоты: лейкоциты 40 в п/зр, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная, дрожжи+++.

- Распишите схему лечения для данной пациентки
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня
 - Метронидазол 500 мг 2 раза в день 10-14 дней
 - Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 5 дней
 - Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
 - Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 мг 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 мг 2 раза в день 7 дней per os

= Больная 28 лет обратилась к гинекологу ПМСП с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад. Из анамнеза: половая жизнь с 17 лет, вне брака, контрацепцию отрицает. Соматически здорова. Гинекологический статус: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

-В мазке на степень чистоты: лейкоциты сплошь, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная.
-ПЦР Chlamydia trachomatis- не обнаружено, Mycoplasma genitalium- не обнаружено, Gardnerella vaginalis- не обнаружено, Neisseria gonorrhoeae- не обнаружено, Trichomonas vaginalis- обнаружено, Ureaplasma urealyticum- не обнаружено. Схема лечения для данной пациентки

- Рекомендуются препараты системного пользования для эффективной иррадикации инфекции: Метронидазол 2 гр одномоментно или 500 мг 2 раза в день 7 дней, тинидазол 2 г одномоментно.
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 мг 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 мг 2 раза в день 7 дней per os

= На прием к гинекологу обратилась пациентка, 28 лет, с жалобами на выделения из половых путей. Жалобы в течение недели, появились после антибактериальной терапии по поводу обострения хронического сальпингоофорита. Выделения с неприятным «рыбным» запахом, которые усиливаются после полового акта. Из анамнеза: Б-1 Р-1. Менструальный цикл регулярный. В браке. Контрацепция: презервативы. Гинекологические заболевания: многократно получала лечение по поводу обострения хронического сальпингоофорита и дрожжевого кольпита.

При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, эрозирована. Выделения кремообразные с неприятным «рыбным» запахом. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная при пальпации, придатки тяжистые с обеих сторон, безболезненные. Своды глубокие, свободные.

В мазке на степень чистоты: лейкоциты -15-20 в п/зр, пл эпителий – 35 в п/зр, флора смешанная, обильная, обнаружены «ключевые» клетки. Ph влагалища- 5,2.

Какая схема лечения подходит в данном случае

- Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 мг 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 мг 2 раза в день 7 дней per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день + доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно

= Пациентка 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. Больна в течение недели. Менструация регулярная. ДППМ 10 дней назад. Две недели тому назад имела случайное половое сношение.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком, последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое

определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала.

Влагалищное исследование: влагалище — нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев ее закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

В мазке на степень чистоты: лейкоциты сплошь, эпителий-15 в п/зр, флора смешанная, диплококки, трихомонады не обнаружены.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено, *Mycoplasma genitalium*- не обнаружено, *Gardnerella vaginalis*- не обнаружено, *Neisseria gonorrhoeae*- не обнаружено, *Trichomonas vaginalis*- обнаружено, *Ureaplasma urealyticum*- не обнаружено. Подберите схему лечения для данной пациентки

- Метронидазол 500 мг 2 раза в день 7 дней или

Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 5 дней

- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня

- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os

- Цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день + доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней

- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно

= Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, интенсивные боли внизу живота. Жалобы в течение трех дней, связывает с переохлаждением. Ранее подобных жалоб не отмечала. Самостоятельно принимала парацетамол. Менструация регулярная, последняя 2 недели назад. Б-4 Р-2 А-2. Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает. Объективное обследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичны, удовлетворительного наполнения. АД— 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°.

Кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Осмотр в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища гиперемированы. Во влагалище — обильные гнойные выделения. Из цервикального канала отходят обильные гнойные выделения.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, резко болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 12×10^9 /л, тромбоциты 248×10^9 /л, СОЭ 26 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-15 в п/зр, диплококки и трихомонады не обнаружены.

ПЦР *Chlamydia trachomatis*- не обнаружено.

УЗИ ОМТ- матка размерами 73 х 69 х 45 мм, anteflexio, грушевидной формы, типичного расположения, контуры ровные, миометрий изоэхогенный однородный, полость

расширена до 7 мм, лоцируется в виде анэхогенной полосы, эндометрий толщиной 4 мм, изоэхогенный, просвет свободен от дополнительных эхоструктур. Яичники без особенностей. В позадимаочном пространстве 40 мл гомогенной жидкости без внутренних отражений.

Лечение

- Цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней. Санация влагалища
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день.
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3дня

= К гинекологу обратилась пациентка, 38 лет. Жалобами на повышение температуры тела до 38 С, боли внизу живота, больше слева, общую слабость. Считает себя больной в течение четырех дней, когда появились боли внизу живота, больше слева, средней интенсивности. Связывает с переохлаждением. Самостоятельно принимала диклофенак. Анамнез: Менструальный цикл регулярный. Последняя менструация 8 дней назад. Б-3, Р-1, В-2.

Гинекологические заболевания: Эрозия шейки матки, оофорит.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин., АД— 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38°.

Осмотр в зеркалах: шейка матки чистая, слизистая влагалища розового цвета, выделения-бели, в умеренном количестве. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Влагалищные своды свободные, глубокие. Справа придатки не определяются. Слева придатки плотные, тяжистые, болезненные при пальпации.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 123 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $280 \times 10^9/л$, СОЭ 24 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты – 10 в п/зр, эпителий-4-6 в п/зр, флора бациллярная, диплококки и трихомонады не обнаружены.

УЗИ ОМТ- матка размерами 55 x 49 x 44 мм, anteflexio, эндометрий толщиной 8 мм.

Правый яичник 32 x 18 мм, контуры ровные, типичного расположения, 2-3 фолликула в срезе.

Левый яичник 34 x 19 мм, овальной формы, контуры ровные, типичного расположения, корковый слой и центральная зона слабо дифференцированы, изоэхогенные, фолликулы 1-2 в срезе; утолщение стенок левой маточной трубы. В позадимаочном пространстве свободная жидкость в умеренном количестве. Лечение

- Цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день.
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3дня

= На прием к гинекологу в ПМСП обратилась женщина 33 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, гноевидные выделения из половых путей в течение недели, повышение температуры тела до 38 С, отсутствие беременности в течение 7 лет. Из анамнеза: Менархе в 14 лет, менструации по 5-6 дней, через 32-33 дня, регулярные, умеренные, иногда болезненные. Половая жизнь с 19 лет. Предохраняется естественными методами. Беременность 1, закончилась искусственным абортом 8 лет назад. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (ДЭК), оофорит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст, температура тела 37,8 С. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Per speculum: влагалище нерожавшей, слизистая влагалища увлажнена умеренными срозно-гноевидными выделениями; шейка матки чистая. Per vaginum: Матка в anteflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжистые, болезненные при пальпации. Своды свободные, глубокие.

На основании клинических и инструментально лабораторных данных был выставлен Диагноз: Хронический двухсторонний сальпингоофорит, обострение. Вульвовагинит.

План лечения

<variant > Цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней

- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день.
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня

= Больная В., 26 лет, обратилась к к гинекологу ПМСП с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 6 дней.

Из анамнеза: Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация имела место 2 нед. назад. Половую жизнь ведет с 21 года, брак первый. Б-2 Р-1 А-1. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Шейка матки цилиндрической формы.

Влагалищное исследование: в пределах нормы. Обследована: Мазок на степень чистоты: лейкоциты-50 в п/зр, эпителий- 25, флора смешанная, умеренная, дрожжи+++ , трихомонады, гонококки не обнаружены.

Бактериологическое исследование мазка из влагалища- Candida albicans КОЕ 106.

Лечение

- Мiconazole: 100 mg вагинальные свечи 1 раз в день на ночь 7 дней или 2 раза в день 3 дня
- Метронидазол 500 мг 2 раза в день 10-14дней
- Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 5 дней
- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os
- Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 мг 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 мг 2 раза в день 7 дней per os

= В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка В., 37 лет, с жалобами на острую пульсирующую боль в области левой половой губы, повышение температуры тела до 38,0 С, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадиируют в левую ногу и промежность. Жалобы в течение трех дней. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,9о С, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6х4 см, резко болезненное, мягковатой консистенции, местами – флюктуирующее; кожа над ним багрового цвета, имеется местная гиперемия. Данные осмотра шейки матки в зеркалах и влагалищного исследования без особенностей.

ОАК: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч.

Лечение. Тактика ведения данной пациентки

- Рекомендуются местные теплые ванночки для содействия спонтанному дренажу или развития до стадии, пригодной для разреза и дренажа
- Нужно только наблюдение, достаточная гигиена и сбалансированное питание
- Разрез и дренаж абсцесса, марсупилизация для снижения риска рецидива абсцесса.

После дренажа – антибиотики широкого спектра действия

- Рекомендуются антибиотики широкого спектра действия не менее чем на 7 дней.

Санация влагалища с дальнейшим решением вопроса об оперативном лечении в плановом порядке

= Пациентка П., 23 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,4°С, гнойные выделения из половых путей. В браке не состоит, имеет несколько половых партнеров, от беременности не предохраняется. При осмотре в зеркалах: слизистая наружного отверстия уретры гиперемирована, слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки коническая, гиперемия зоны наружного отверстия цервикального канала, выделения обильные гнойные. При бимануальном исследовании внутренние половые органы без патологии. При бактериоскопии мазка из цервикального канала: лейкоциты – сплошь, эпителий-30 в п/зр, обнаружены диплококки вне и внутриклеточно. Тактика по отношению к данной пациентке

- Направить пациентку в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения
- Начать лечение на амбулаторном уровне. Препаратом первой линии является цефтриаксон
- Госпитализация в гинекологическое отделение в плановом порядке
- Метронидазол 500 мг х 2 раза в сутки внутрь в течение 14 дней
- Госпитализация в гинекологическое отделение в экстренном порядке

= Больная 28 лет обратилась на прием по поводу болей внизу живота, кровянистых выделений, появившихся через 7 дней после введения внутриматочной спирали, повышение температуры тела до 38,5 С. Менструации с 14 лет по 7 дней через 30 дней, обильные, последний год после третьего аборта стали болезненными. В анамнезе 2 родов, 3 искусственных аборта, фолликулярная псевдоэрозия. Бимануальное исследование: матка несколько больше нормы, при пальпации чувствительная, придатки не изменены. Выделения слизисто-красные.

В ОАК – гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 12×10^9 /л, тромбоциты 248×10^9 /л, СОЭ 36 мм/ч.

ОАМ – количество – 100,0, реакция кислая, белок отрицательно, светло-желтая, плотность 1018, лейкоц 4-6 в п/зр, плоский эпителий 2-4 в п/зр.

Мазок на степень чистоты: лейкоциты -15 в п/зр, эпителий 4-6 в п/зр, флора смешанная; трихомонады, гонококки не обнаружены.

УЗИ ОМТ- матка размерами 60 x 56 x 45 мм, anteflexio, грушевидной формы, типичного расположения, контуры ровные, миометрий изоэхогенный однородный, полость не деформирована, визуализируется ВМС, эндометрий толщиной 4 мм, изоэхогенный.

Яичники без особенностей. В позадиматочном пространстве свободная жидкость 50 мл.

Тактика врача

- Антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия. При отсутствии эффекта от лечения в течение 48-72 часов, рекомендуется удаление ВМС
- Госпитализация в гинекологическое отделение в плановом порядке
- Метронидазол 500 мг x 2 раза в сутки внутрь в течение 14 дней
- Удаление ВМС, терапия после получения результатов дообследования (бак посев из влагалища с чувствительностью к антибиотикам)
- Антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия. Удаление ВМС по желанию женщины

= К гинекологу обратилась пациентка А., 25 лет, с жалобами на частые болезненные высыпания в области наружных половых органов. Жалобы отмечает в течение последних двух лет. Из анамнеза: менструация регулярная, беременностей не было. Отмечает частые простудные заболевания. Осмотр наружных половых органов: НПО развиты правильно, оволосенение по женскому типу. В области промежности гиперемия и отечность, множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым. Бимануальное исследование в пределах нормы. Был установлен диагноз «Рецидивирующий генитальный герпес». Лечение

- Местно: крем ацикловир каждые 2-4 часа + Ацикловир 200 мг 5 р / д внутрь. Курс лечения 5 дней
- Медикаментозная терапия не требуется. Рекомендуется соблюдение правил личной гигиены, ЗОЖ
- Супрастин по 1 табл 3 р/д внутрь при выраженном зуде
- Метронидазол гель 1% x 1 раз в день на ночь 5 дней
- Клотримазол крем на ночь 7-10 дней

= В приемный покой Областной больницы машиной скорой помощи доставлена женщина, 23 лет. Предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 39С, боли внизу живота. Из анамнеза: заболела остро, данные жалобы в течение 2-х дней. Менархе в 12 лет, менструации по 4-5 дней, через 27-29 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 15 лет. Контрацепция: КОК (Линдинет в течение 3-х лет) до 2020 года, далее- физиологические методы. Не замужем. Беременностей не было. Объективно: при пальпации живота отмечается болезненность в гипогастрии. Симптом раздражения брюшины отрицательный. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Per speculum: Слизистая влагалища увлажнена умеренными сукровично-гнойными выделениями. Шейка матки субконической формы, чистая. Тракции за шейку матки болезненные. Per vaginum: Матка в anteflexio versio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижная, болезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, при пальпации область их безболезненная. Своды свободные, глубокие. При пальпации заднего свода отмечается болезненность.

Лабораторные данные:

ОАК – гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,3 \times 10^9/л$, тромбоциты $248 \times 10^9/л$, СОЭ 23 мм/ч.

Биохимический анализ крови – СРБ 15,0 мг/л.

ОАМ – светло-желтая, плотность 1015, лейкоц. 6 в п/зр, плоский эпителий 8 в п/зр, слизь ++. Микроскопия вагинального мазка – лейкоциты в большом количестве в п/зр, эпителий 48 в п/зр, микрофлора кокковая, умеренная, гонококки, кандиды, трихомонады не обнаружены.

Мазок на онкоцитологию – клеток злокачественного роста не обнаружено. Клеточные элементы воспаления сплошь. Лечение

- Ампициллин/сульбактам по 3 г каждые 6 часов – до клинического улучшения+ доксицилин или внутривенно каждые 12 часов до клинического улучшения далее по 100 мг перорально – 14 дней
 - Оперативное лечение. Объем оперативного вмешательства решается интраоперационно.
- Антибиотики широкого спектра действия
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
 - Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день
 - Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os

= У родильницы М, на 4 сутки после родов поднялась температура до 38,0С, беспокоят боли внизу живота и поясницы, лохии с неприятным запахом. Роды были в срок, осложнились ручным выделением последа. АД 120/80мм.рт.ст., пульс 100 уд в мин. В ОАК: лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, палочкоядерных нейтрофилов 11%, СОЭ 40 мм/час, СРБ 32. По данным УЗИ малого таза: субъинволюция матки, лохиометра. Предполагаемый диагноз

- Эндометрит
- Вульвит
- Сальпингоофорит
- Послеродовая язва
- Перитонит

= У родильницы М, на 4 сутки после родов поднялась температура до 38,0С, беспокоят боли внизу живота и поясницы, лохии с неприятным запахом. Роды были в срок, осложнились ручным выделением последа. АД 120/80мм.рт.ст., пульс 100 уд в мин. В ОАК: лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, палочкоядерных нейтрофилов 11%, СОЭ 40 мм/час, СРБ 32, по данным УЗИ малого таза: субъинволюция матки, лохиометра. Ваша тактика

- вакуум – аспирация полости матки, АБ -терапия, утеротоники
- Антибиотикотерапия
- ампутация матки
- экстирпация матки
- Гистероскопия

= В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка Ж, 29 лет, с жалобами на боли внизу живота, выделения из половых путей с неприятным запахом, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза- 40 дней назад произошли срочные роды 1. Неделю назад введена ВМС. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре в зеркалах: выделения гнойные, видны усики ВМС, шейка матки чистая. При бимануальном обследовании: матка болезненная при пальпации, не увеличена, гладкая, подвижная, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненные. В ОАК: Гемоглобин – 99 г/л, лейкоциты $10,0 \times 10^9/л$, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, тромбоциты- $202 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/час. Диагноз

- Поздний послеродовый период. Метроэндометрит, сальпингоофорит, ВМС
- Ранний послеродовый период. Сальпингоофорит, ВМС
- Ранний послеродовый период. Метроэндометрит, ВМС
- Поздний послеродовый период. Послеродовая язва, ВМС
- Экспульсия ВМС

= В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка Ж, 29 лет, с жалобами на боли внизу живота, выделения из половых путей с неприятным запахом, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза- 40 дней назад произошли срочные роды 1. Неделю назад введена ВМС. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре в зеркалах: выделения гнойные, видны усики ВМС, шейка матки чистая. При бимануальном обследовании: матка болезненная при пальпации, не увеличена, гладкая, подвижная, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненные. В ОАК: Гемоглобин – 109 г/л, лейкоциты 10,0*10⁹/л, эритроциты – 3.9*10¹²/л, тромбоциты- 202*10⁹/л, СОЭ 20 мм/час. Тактика

- Удалить ВМС. Комплексная противовоспалительная терапия
- Удалить ВМС. Назначить утеротоники
- Назначить санацию полости матки
- Удалить ВМС, наблюдение 24 часа
- Удалить ВМС. Провести лечебно-диагностическое выскабливание полости матки

= Пациентка Д, 26 лет, обратилась в гинекологу по месту жительства, с жалобами на выделения из половых путей с кислым запахом. Из анамнеза: отмечает половую жизнь в новом партнером, без применения контрацепции. При осмотре в зеркалах: выделения обильно творожистые, слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка не увеличена, гладкая, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. В анализе мазка на степень чистоты влагалища: эпителий 5-6, лейкоциты – 2-3, обнаружены нити мицелия и дрожжевые споры. Ваш диагноз

- дрожжевой кольпит
- трихомонадный кольпит
- бактериальный вагиноз
- гоноррея
- сифилис

= Пациентка Д, 26 лет, обратилась в гинекологу по месту жительства, с жалобами на выделения из половых путей с кислым запахом. Из анамнеза: отмечает половую жизнь в новым партнером, без применения контрацепции. При осмотре в зеркалах: выделения обильно творожистые, слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка не увеличена, гладкая, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. В анализе мазка на степень чистоты влагалища: эпителий 5-6, лейкоциты – 2-3, обнаружены нити мицелия и дрожжевые споры. Тактика лечения

- антимикотические препараты
- антибактериальные препараты
- в лечении не нуждается
- санация влагалища марганцовым раствором
- подмывание отваром ромашки

= На 2-е сутки после родов родильница 35 лет предъявляет жалобы на боли в области промежности, озноб, повышение температуры тела до 37,5 С, выделения из половых путей с неприятным запахом. При осмотре в зеркалах: выделения обильные, серозно-

гноевидные. На правой стенке влагалища определяются разрывы слизистой, участки с гнойным налетом. Шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка не увеличена, гладкая, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. В анализе мазка на степень чистоты влагалища: эпителий 15-16, лейкоциты – 22-23, флора кокковая. УЗИ органов малого таза без патологии. Предполагаемый диагноз

- послеродовая язва
- эндометрит
- острое респираторное заболевание
- панкреатит
- симфизит

= На 2-е сутки после родов роженица 35 лет предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 37,5 С, выделения из половых путей с неприятным запахом. При осмотре в зеркалах: выделения обильные, серозно-гноевидные. На правой стенке влагалища определяются разрывы слизистой, участки с гнойным налетом. Шейка матки не изменена. При бимануальном обследовании: матка не увеличена, гладкая, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. В анализе мазка на степень чистоты влагалища: эпителий 15-16, лейкоциты – 22-23, флора кокковая. УЗИ органов малого таза без патологии. Тактика ведения

- Повести ПХО раневой поверхности. Назначить противовоспалительные влагалищные свечи
- Рекомендовать сидячие ванночки
- Провести вакуум-аспирацию гнойного содержимого
- Подмывание раствором марганцовки
- Назначение НПВС

= На 4-е сутки после родов роженица 30 лет предъявляет жалобы на боли в молочных железах, озноб, повышение температуры тела до 38,0 С. Молочные железы болезненные при пальпации, кожа гиперемирована, горячая на ощупь. Со слов женщины ребенок отказывается от прикладывания к груди. Бимануально – без особенности. Какой диагноз наиболее вероятен

- лактостаз
- лохиометра
- острое респираторное заболевание
- эндометрит
- обострение хронического пиелонефрита

= На 4-е сутки после родов роженица 30 лет предъявляет жалобы на боли в молочных железах, озноб, повышение температуры тела до 38,0 С. Молочные железы болезненные при пальпации, кожа гиперемирована, горячая на ощупь. Со слов женщины ребенок отказывается от прикладывания к груди. Бимануально – без особенности. Тактика ведения

- Сцеживание. Объяснение принципов грудного вскармливания.
- Ультразвуковое исследование органов малого таза
- Бактериологическое исследование аспирата из полости матки
- Общий анализ мочи анализ крови
- Общий анализ крови

= В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 14-15 недель. В анамнезе 1 роды, осложнившиеся разрывом шейки матки 1 степени и 1 самопроизвольный выкидыш в раннем сроке с выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка

матки длиной 3,0 см, наружный зев зияет, канал шейки матки проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые. Предполагаемый диагноз

- истмико-цервикальная недостаточность
- отслойка нормально расположенной плаценты
- пузырный занос
- предлежание плаценты
- неразвивающаяся беременность

= В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 14-15 недель. В анамнезе 1 роды, осложнившиеся разрывом шейки матки 1 степени и 1 самопроизвольный выкидыш в раннем сроке с выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3,0 см, наружный зев зияет, канал шейки матки проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые. Предполагаемая тактика

- Госпитализация. Решение вопроса о наложении лигатур на шейку матки
- Амбулаторное наблюдение в течение 1 недели
- Назначение гестагенной терапии
- Назначение спазмолитиков, половой и физический покой
- Узи плода. Консультация психолога.

= Пациентка Ж, 25 лет. Пришла на профилактический осмотр. Особых жалоб не предъявляет. В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструация по 5-7 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, умеренно, с неприятным запахом «тухлой рыбы». Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 12, эпителий 10, флора смешанная, обнаружены «ключевые клетки». Предполагаемый диагноз

- Бактериальный вагиноз
- Вагинальный кандидоз
- Вагинальный трихомоноз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз

= Пациентка Ж, 25 лет. Пришла на профилактический осмотр. Особых жалоб не предъявляет. В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструация по 5-7 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, умеренно, с неприятным запахом «тухлой рыбы». Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 12, эпителий 10, флора смешанная, обнаружены «ключевые клетки». Тактика лечения

- Свечи противотозойные вагинально №7 дней
- Подмывания содовым раствором 7 дней
- Сидячие ванночки с отваром ромашки 7 дней
- Т. Азитромицин 500 мг по 1 т 2раза/день, 7 дней

- Свечи антимикотические вагинально № 7 дней

= Пациентка Ж, 25 лет. На приеме у гинеколога жалобы на периодический зуд во влагалище. В анамнезе: беременности-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена творожистыми выделениями, умеренно, с кислым запахом. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 12, эпителий 10, флора смешанная, обнаружены нити мицелия. Предполагаемый диагноз

- Вагинальный кандидоз
- Бактериальный вагиноз
- Вагинальный трихомоноз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз

= Пациентка Ж, 25 лет. На приеме у гинеколога жалобы на периодический зуд во влагалище. В анамнезе: беременности-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена творожистыми выделениями, умеренно, с кислым запахом. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 12, эпителий 10, флора смешанная, обнаружены нити мицелия. Тактика лечения

- Свечи антимикотические вагинально № 7 дней
- Свечи противопротозойные вагинально №7 дней
- Подмывания марганцовым раствором 7 дней
- Сидячие ванночки с отваром ромашки 7 дней
- Т .Азитромицин 500 мг по 1 т 2раза/день, 7дней

= Пациентка Ж, 20 лет. На приеме у гинеколога жалобы на выделения из половых путей, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: беременности-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает. Не в браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена обильными пенящимися выделениями. Шейка матки гиперемирована, с петехиальными высыпаниями. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 38, эпителий 20, флора смешанная. Предполагаемый диагноз

- Вагинальный трихомоноз
- Бактериальный вагиноз
- Вагинальный кандидоз
- Дисбиоз влагалища
- Сахарный диабет

= Пациентка Ж, 20 лет. На приеме у гинеколога жалобы на выделения из половых путей, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: беременности-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает. Не в браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена обильными пенящимися выделениями.

Шейка матки гиперемирована, с петехиальными высыпаниями. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. Мазок на степень чистоты: лейкоциты 38, эпителий 20, флора смешанная. Тактика ведения

- Обследование на ИППП
- УЗИ малого таза
- Кольпоскопия
- Гистероскопия
- Полипэктомия

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. УЗИ малого таза: Матка в антефлексию, 58*50* 52 мм. В дне матке лоцируется интерстициальное образование до 20 мм. Яичники без особенностей. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Предполагаемый диагноз

- Миома матки
- Полип тела матки
- Эрозия шейки матки
- Сальпингоофорит
- Кольпит

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. УЗИ малого таза: Матка в антефлексию, 58*50* 52 мм. В дне матке лоцируется интерстициальное образование до 20 мм. Яичники без особенностей. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Предполагаемая тактика ведения

- Диагностическое выскабливание полости матки
- Кольпоскопия
- Повторить УЗИ малого таза через 1 месяц
- Гистеросальпингография
- Мазок на степень чистоты

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенностей. Своды свободны. УЗИ малого таза:

Матка в антефлексию, 58*50* 52 мм. В области перешейка лоцируется гиперэхогенное образование до 1.2 см. Яичники без особенности. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Предполагаемый диагноз

- Полип тела матки
- Миома матки
- Эрозия шейки матки
- Сальпингоофорит
- Кольпит

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период, периодический зуд во влагалище. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенности. Своды свободны. УЗИ малого таза: Матка в антефлексию, 58*50* 52 мм. В области перешейка лоцируется гиперэхогенное образование до 1.2 см. Яичники без особенности. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Тактика ведения

- Выскабливание полости матки с гистологией
- Кольпоскопия
- Эмболия маточных артерий
- Ампутация матки
- Гистеросальпингография

= При проведении двойного биохимического теста при пренатальном скрининге на генетическую патологию плода в сроки 16-20 недель беременности исследуют

- АФП и ХГЧ
- ФСГ и ХГЧ
- ХГЧ и прогестерон
- АФП и пролактин
- плацентарный лактоген и прогестерон

= Пациентка А, 32 лет находилась в гинекологическом стационаре по поводу обострения хронического воспаления придатков матки, острого эндометрита. Перед выпиской пациентка обратилась к гинекологу с просьбой посоветовать метод контрацепции. Менструация с 13 лет, по 3-6 дней, через 25-35 дней, болезненная 1 день. В браке. Паритет беременностей: Б4: Р-2, А6-2. Половая жизнь регулярная. В течение 2х последних лет дважды лечилась у гинеколога по поводу обострения воспалительного процесса придатков матки. Есть эктопия шейки матки, наблюдается. Соматической патологии не имеет. ОАК- гемоглобин 120 г/л эритроциты $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимический анализ крови-креатинин 60 ммоль/л, мочевины 3,0 ммоль/л, АЛТ 15 ЕД/л, АСТ 20 ЕД/л, билирубин общий 16 мкмоль/л, прямой 8 мкмоль/л. Кокой метод контрацепции следует посоветовать данной пациентке

- КОК
- ВМС
- Хирургическая стерилизация
- Спермициды
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 25 лет, из группы динамического наблюдения ЖФВ 1Б. Соматически здорова, вредные привычки отрицает, в анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструальный цикл не нарушен. Гинекологические заболевания: хр сальпингоофорит с частыми обострениями. В браке. Половая жизнь регулярная. ОАК- гемоглобин 120 г/л эритроциты $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимический анализ крови-креатинин 60 ммоль/л, мочевины 3,0 ммоль/л, АЛТ 15 ЕД/л, АСТ 20 ЕД/л, билирубин общий 16 мкмоль/л, прямой 8 мкмоль/л. Обратилась к гинекологу по месту жительства с целью консультации о методах контрацепции, так как у мужа возникла аллергия на презервативы. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной семейной пары

- КОК
- Хирургическая стерилизация
- Барьерный метод
- Спермициды
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 30 лет, из группы динамического наблюдения ЖФВ 1Б. Соматически: Сахарный диабет, наблюдается у эндокринолога. Вредные привычки отрицает, в анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструальный цикл не нарушен. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь регулярная. ОАК- гемоглобин 120 г/л эритроциты $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимический анализ крови-креатинин 54 ммоль/л, мочевины 3,0 ммоль/л, АЛТ 15 ЕД/л, АСТ 20 ЕД/л, билирубин общий 16 мкмоль/л, прямой 8 мкмоль/л. Обратилась к гинекологу по месту жительства с целью консультации о методах контрацепции, так как у мужа возникла аллергия на презервативы. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной семейной пары

- ВМС
- Хирургическая стерилизация
- Барьерный метод
- Спермициды
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 18 лет, из группы динамического наблюдения ЖФВ 1Б. Соматически здорова. Вредные привычки отрицает, в анамнезе Беременностей 0. Менструация по 5 дней, через 25-35 дней, безболезненная, умеренная. Гинекологические заболевания: отрицает. Не в браке. Половая жизнь нерегулярная. Постоянного полового партнера нет. Сдала ОАК- гемоглобин 120 г/л эритроциты $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Обратилась к гинекологу по месту жительства с целью консультации о методах контрацепции. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной пациентки

- Барьерный метод
- Хирургическая стерилизация
- ВМС
- Мини-пили
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 33 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства с целью консультации о методах контрацепции, так как муж отказывается использовать презервативы. Соматически: анемия легкой степени, на Д учете у терапевта. Вредные привычки отрицает, в анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструация по 7-10 дней, через 25 дней, обильная, безболезненная. Гинекологические заболевания: Месяц назад произведено выскабливание полости матки по поводу менометроррагии. В браке. Половая

жизнь регулярная. ОАК- гемоглобин 100 г/л эритроциты $3.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Биохимический анализ крови-креатинин 54 ммоль/л, мочевины 3,0 ммоль/л, АЛТ 15 ЕД/л, АСТ 20 ЕД/л, билирубин общий 16 мкмоль/л, прямой 8 мкмоль/л. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной семейной пары

- ВМС гормонсодержащая
- Хирургическая стерилизация
- Барьерный метод
- Спермициды
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 40 лет. Наблюдается у гинеколога по месту жительства с диагнозом: Беременность 36 недель. Рубец на матке (5). Многоплодная. Соматически: Анемия средней степени тяжести, Гипотиреоз. Миопия высокой степени тяжести. на Д учете у терапевта. Вредные привычки отрицает, в анамнезе 9 беременностей, 7 родов (пять родов – кесарево сечения). Менструация по 5-7 дней, через 25 дней, умеренная, безболезненная. Контрацепцию отрицает по религиозным соображениям. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная. ОАК- гемоглобин 69 г/л эритроциты $2.9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, ЦП -71. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной семейной пары

- Хирургическая стерилизация
- Барьерный метод
- ВМС
- Спермициды
- Ритмический метод

= Пациентка Ж, 38 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства с целью консультации о методах контрацепции. Соматически:здоровая. Вредные привычки – курит до 10 сигарет в день. В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструация по 7 дней, через 30 дней, обильная, безболезненная. Гинекологические заболевания отрицает. В браке. Половая жизнь регулярная. ОАК- гемоглобин 120 г/л эритроциты $4.5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6.7 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $280 \cdot 10^9$ /л, ЦП -85. Пршла УЗИ малого таза : Матка в антефлексию, $68 \cdot 60 \cdot 55$ мм. В дне матке лоцируется субмукозное образование до 40 мм. Яичники без особенности. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Какой метод контрацепции будет максимально подходящим у данной семейной пары

- Барьерный метод
- Вагинальное кольцо Ново-Ринг
- ВМС
- Спермициды
- КОК

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на тянущие боли внизу живота. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенности. Своды свободны. УЗИ малого таза: Матка в антефлексию, $58 \cdot 50 \cdot 52$ мм, диффузно, неоднородна. Мэхо соответствует дню менструального цикла. Яичник справа $40 \cdot 30$ мм, визуализируются 5-7 фолликулов. Яичник слева $30 \cdot 25$ мм, без особенности. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве в незначительном количестве. Предполагаемый диагноз

- Правосторонний сальпингоофорит
- Полип тела матки
- Миома матки
- Эрозия шейки матки
- Кольпит

= Пациентка Ж, 30 лет. На приеме у гинеколога жалобы на тянущие боли внизу живота. В анамнезе: Беременности 3, Р-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – отрицает, планирует беременность. Гинекологические заболевания: отрицает. В браке. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена сукровичными выделениями, скудно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенности. Своды свободны. УЗИ малого таза: Матка в антефлексию, 58*58* 55 мм, шаровидной формы, диффузно- неоднородна. М-эхо соответствует дню менструального цикла. 24 День менструального цикла. Яичники без особенности. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве не лоцируется.

Предполагаемый диагноз

- Аденомиоз
- Полип тела матки
- Миома матки
- Правосторонний сальпингоофорит
- Кольпит

= Пациентка Ж, 28 лет. На приеме у гинеколога жалобы на выделения из половых путей. В анамнезе: Беременности Б-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, обильно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенности. Своды свободны. Мазок на степень чистоты Лейкоциты 28, эпит 20, флора кокковая. Предполагаемый диагноз

- Кольпит
- Полип тела матки
- Миома матки
- Аденомиоз
- Правосторонний сальпингоофорит

= Пациентка Ж, 28 лет. На приеме у гинеколога жалобы на боли в области правой большой половой губы в течении нескольких дней. В анамнезе: Беременности Б-0. Менструация по 5 дней, через 30 дней, умеренная, безболезненная, регулярная. Контрацепция – барьерный метод. Гинекологические заболевания: отрицает. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. На зеркалах: слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, обильно. Шейка матки чистая. Тело матки в антефлексию, не увеличено, безболезненное, подвижное, гладкое. Придатки с двух сторон без особенности. Своды свободны. В области правой половой губы в ни жней трети определяется округлое образование около 2 см, болезненное наощупь. Мазок на степень чистоты Лейкоциты 28, эпит 20, флора кокковая. Предполагаемый диагноз

- Бартолинит
- Полип тела матки
- Аденомиоз
- Правосторонний сальпингоофорит

- Кольпит

= Юлия, 42 года, обратилась к акушер-гинекологу с вопросом планирования беременности.

Из анамнеза: состоит на учете с диагнозом АИТ, субклинический гипотериоз, принимает эутирокс 25 мкг ежедневно. Менархе с 13 лет, менструация по 4-5 дней, через 28 дней, регулярно.

Половая жизнь с 19 лет, брак 1, зарегистрированный.

Паритет:

2016 год преждевременные роды в сроке 22-23 недели, антенатальная гибель плода

2018 год самопроизвольный выкидыш в сроке 7-8 недель с выскабливание полости матки

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт

Рост 172 см, вес 95 кг, ИМТ 32.

Гормоны: АМГ 0,15, ФСГ 13,2, ЛГ 4,5, пролактин 20

Вероятный клинический диагноз

- Привычное невынашивание, сниженный овариальный резерв. Синдром потери плода.

АИТ, субклинический гипотериоз

- Бесплодие вторичное трубный фактор. ОАА. АИТ, субклинический гипотериоз

- Привычное невынашивание. АИТ, субклинический гипотериоз

- Привычное невынашивание, ОАА. АИТ, субклинический гипотериоз

- Привычное невынашивание, сниженный овариальный резерв. АИТ, субклинический гипотериоз

= Анель, 20 лет, на приеме у акушер-гинеколога предъявляет жалобы на отсутствие беременности в течении 2х лет. Из анамнеза: хронический пиелонефрит, хроническая железодефицитная анемия с детства. Менархе с 13 лет, менструация по 7 дней, через 30-45 дней, нерегулярно Половая жизнь с 18 лет, брак 1, зарегистрированный

По данным УЗИ органов малого таза двурогая матка, мультифолликулярные яичники.

Паритет:

2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель

2021 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель

Рост 164 см, вес 54 см, ИМТ 27

Гормоны: АМГ 7,6, ФСГ 7,8, ЛГ 3,2, пролактин 18. ТТГ 2,5

По данным спермограммы нормозооспермия

Вероятный клинический диагноз

- Привычное невынашивание. Аномалия развития внутренних половых органов: двурогая матка. СПКЯ

- Привычное невынашивания. Двурогая матка

- Привычное невынашивания, СПКЯ

- Привычное невынашивание, ОАА

- Привычное невынашивание, бесплодие вторичное эндокринный фактор

= Асемгуль 35 лет, обратилась на прием к акушер-гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течении 4х лет. Из анамнеза: состоит на учете у кардиолога с диагнозом хроническая артериальная гипертензия, регулярно принимает гипотензивные препараты. Периодически возникают мигрени, которые никак не лечит и проходят сами по себе.

Менархе с 14 лет, менструация по 2-3 дня, через 30 дней, регулярно. Половая жизнь с 18 лет, брак 1, зарегистрированный.

Паритет:

2012 год срочные роды, ребенок 3000 живой, здоровый

2014 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, медикаментозное прерывание беременности

2018 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозное прерывание беременности

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 12-13 недель, выскабливание полости матки

Рост 163 см, вес 65 кг, ИМТ 23.

Гормоны: АМГ 1,1, ФСГ 5,96, ЛГ 2,41, Пролактин 12,36, ТТГ 2,8

По данным ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное неясного генеза. Привычное невынашивание. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивания. Двурогая матка. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивания, СПКЯ. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивание, ОАА. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивание. Хроническая артериальная гипертензия

= Бибигуль, 33 года, на приеме у акушер-гинеколога с вопросом планирования беременности. Из анамнеза: хронический пиелонефрит, полное удвоение правой почки. Псориаз с детства. Менархе с 12 лет, менструация по 5-6 дней, через 28 дней. Половая жизнь с 29 лет, брак 1, зарегистрированный.

Паритет:

2017 год срочные оперативные роды, ПОНРП, ребенок 3940 живой, здоровый

2019 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 11-12 недель, медикаментозный аборт

2022 год самопроизвольный выкидыш в сроке 16-17 недель, выскабливание полости матки

Рост 165 см, вес 114 кг, ИМТ 35.

По данным УЗИ органов малого таза диффузные изменения миометрия по типу аденомиоза.

Гормоны: ТТГ 7,61, АМГ 14,02, ФСГ 8,6, ЛГ 4,2, пролактин 115

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, связанное с отсутствием овуляции. СПКЯ. Привычное невынашивание. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивания. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивания, СПКЯ. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивание, ОАА. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивание Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

= Елена 36 лет, обратилась к акушер-гинекологу с жалобами на отсутствие детей в течении 16 лет. Из анамнеза: хронический холецистит. Менархе с 13 лет, менструация по 5-7 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 18 лет, брак 2, зарегистрированный.

В 2015 году проводилась диагностическая лапароскопия с целью установления причины бесплодия (ХСС маточные трубы проходимы с обеих сторон)

Паритет:

2006 год неразвивающаяся беременность в сроке 12-13 недель, выскабливание полости матки

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, медикаментозное прерывание

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 19-20 недель

Рост 152 см, вес 74 кг, ИМТ 28

Кариотип 46XX

Гормоны: ТТГ 2,6, пролактин 20,67, АМГ 7,67, ФСГ 3,23, ЛГ 8,85

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, связанное с отсутствием овуляции. СПКЯ. Привычное невынашивание

- Привычное невынашивания. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивания, СПКЯ. Хроническая артериальная гипертензия

- Привычное невынашивание, ОАА. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивание. Аномалия развития матки: двууголая матка

= Катерина, 33 года, планирует беременность в течении 3х лет. Из анамнеза: хронический соматических заболеваний нет. Менархе с 13 лет, менструация по 5 дней, через 28 дней, регулярно. Половая жизнь с 27 лет, брак 1, зарегистрированный
ЦМВИ хроническая форма. Хронический приобретенный токсоплазмоз. Простой герпес – была консультирована инфекционистом и совместно с супругом прошли полный курс лечения.

Паритет:

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

2021 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, выскабливание полости матки

2022 год неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель, выскабливание полости матки

Рост 169 см, вес 65 кг, ИМТ 23.

Мужу 42 года, спермограмма: кол-во сперматозоидов в 1 мл 26 млн, А+В 41%, А 16%, патоморфология 96%, МАР тест 11%

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, сниженный овариальный резерв. Привычное невынашивание

- Привычное невынашивания. Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)

- Привычное невынашивания, СПКЯ. Хронический токсоплазмоз

- Привычное невынашивание, ОАА. ЦМВИ хроническая форма

- Привычное невынашивание. Аномалия развития матки: двууголая матка

= Назигуль 34 года, в течении 5 лет планирует беременность. Из анамнеза: периодически отмечает повышение АД до 160 на 100 мм рт ст, гипотензивные препараты не принимает при повышении АД вызывает скорую помощь. Менархе с 13 лет, менструация по 7 дней, через 26 дней. Половая жизнь с 19 лет, брак 1 зарегистрированный

Гормоны: ЛГ 2,11, ФСГ 5,34, пролактин 21,04, АМГ 1,32, ТТГ 2,81

В 2019 году проводилась гистероскопия с целью удаления полипа тела матки, по данным гистологии железистая гиперплазия эндометрия и полип эндометрия.

Паритет:

2010 год срочные роды, ребенок 3430 живой, здоровый

2011 год самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель, выскабливание полости матки

2012 год срочные роды, ребенок 3500 живой

2018 год неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель, медикаментозное прерывание

2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 11-12 недель с выскабливанием полости матки

2020 год самопроизвольный выкидыш раннего срока

В апреле 2021 года проводилась стимуляция овуляции клостилбегитом, с октября по январь принимает дюфастон с 16 по 25 день менструального цикла для нормализации менструального цикла

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, эндокринный фактор. Привычное невынашивание. Хроническая артериальная гипертензия
- Бесплодие вторичное, трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивания.
- Рубец на матке (1) Ожирение (ИМТ 35)
- Привычное невынашивания, СПКЯ. Многоорожавшая
- Привычное невынашивание, ОАА. ЦМВИ хроническая форма
- Привычное невынашивание. Нарушение менструального цикла по типу опсоменореи

= Оксана 39 лет, планирует беременность в течении 7 лет. Из анамнеза: хронический пиелонефрит. Менархе с 14 лет, менструация по 3-5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 17 лет, брак 1, зарегистрированный. Паритет:

2010 год срочные роды, ребенок 3790 живой, здоровый

2012, 2017 и 2021 год неразвивающиеся беременность в сроке 9-10 недель, проводилось медикаментозное прерывание. Рост 158 см, вес 60 кг, ИМТ 23.

Гормоны: АМГ 0,98, ФСГ 12,4, ЛГ 5,6, ТТГ 2, пролактин 18

ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон

Супруг 46 лет, по данным спермограммы олигозооспермия 1 степени

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, мужской фактор. Сниженный овариальный резерв. Привычное невынашивание
- Бесплодие вторичное, трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивания
- Бесплодие вторичное, мужской фактор. Привычное невынашивания, СПКЯ
- Привычное невынашивание, ОАА. ЦМВИ хроническая форма
- Привычное невынашивание. Нарушение менструального цикла по типу опсоменореи

= Карина 32 года, планирует беременность в течении 10 лет. Из анамнеза: хронических соматических заболеваний нет Менархе с 12 лет, менструация по 3-7 дней, через 30 дней, регулярно. Половая жизнь с 18 лет, брак 1, зарегистрированный. Гормоны: АМГ 0,35, ФСГ 9,8, ЛГ 4,5, ТТГ 2,8, пролактин 16. Кариотип 46XX

Паритет:

2016 год самопроизвольный выкидыш в сроке 11-12 недель

2018 год самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 14-15 недель

Рост 164 см, вес 70 кг, ИМТ 25.

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, сниженный овариальный резерв. Привычное невынашивание
- Бесплодие вторичное, трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивания
- Бесплодие вторичное, мужской фактор. Привычное невынашивания, СПКЯ
- Привычное невынашивание, ОАА. ЦМВИ хроническая форма
- Привычное невынашивание. Нарушение менструального цикла по типу опсоменореи

= Мадина 24 года, планирует беременность в течении 2х лет. Из анамнеза: хронический пиелонефрит, нефроптоз 2 степени. Менархе с 15 лет, менструация по 3 дня, через 30 дней, регулярно. Половая жизнь с 18 лет, брак 1, зарегистрированный

Паритет:

2016 год самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель, выскабливание полости матки

2017 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель, выскабливание полости матки

2019 год в сроке 13 недель выявлено гигрома шеи у плода, прерывание беременности по медицинским показаниям

Рост 154 см, вес 49 кг, ИМТ 23. Вероятный клинический диагноз

- Привычное невынашивание
- Бесплодие вторичное, трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивания
- Бесплодие вторичное, мужской фактор. Привычное невынашивания, СПКЯ
- Привычное невынашивание, ОАА. ЦМВИ хроническая форма
- Привычное невынашивание. Нарушение менструального цикла по типу опсоменореи

= Елена, 42 года, планирует беременность. Из анамнеза: хроническая артериальная гипертензия (повышение АД до 200 на 100 мм рт ст, принимает гипотензивные препараты регулярно) Менархе с 12 лет, менструация по 4-5 дней, через 25-26 дней. Проходит лечение у маммолога с диагнозом солитарная кистозная мастопатия. В 2018 году была обследована у гематолога выставлен диагноз гематогенная тромбофилия, обусловленная Лейденской мутацией.

Паритет:

2001 год прерывание беременность в сроке 12 недель, рвота беременных тяжелой степени.

2012 год неразвивающаяся беременность в сроке 16 недель, рвота беременных тяжелой степени

2016 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, рвота беременных тяжелой степени

2018 год прерывание беременности в сроке 8-9 недель, рвота беременных тяжелой степени.

Рост 163 см, вес 56 кг, ИМТ 23.

Диагноз: привычное невынашивание. Хроническая артериальная гипертензия. Гематогенная тромбофилия, обусловленная Лейденской мутацией.

Ваши рекомендации на планирование беременности

- Планирование беременности с помощью ВРТ (проведение программы ЭКО + суррогатная мама)
- За 6 месяцев до планируемой беременности пройти сеанс плазмафереза
- Планирование беременности с помощью ВРТ (проведение программы ЭКО с донорскими ооцитами)
- Планирование беременности с помощью ВРТ (проведение программы ЭКО с донорскими сперматозоидами)
- Планирование беременности запрещено, рекомендовано проведение добровольной хирургической стерилизации

= Анастасия, 28 лет, планирует беременность. Из анамнеза: хронические соматические заболевания отрицает. Менархе с 14 лет, менструация по 5-6 дней, через 34 дня. Половая жизнь с 18 лет. Брак 1, зарегистрированный. Гормоны: АМГ 3,2, ФСГ 8,9, ЛГ 6,3, ТТГ 2,6, пролактин 18. ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон. УЗИ органов малого таза патологии не выявлено Паритет:

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, медикаментозное прерывание беременности

2021 год прерывание беременность в сроке 13 недель (ВПР ЦНС у плода: акрония)

2022 год прерывание беременности по медицинским показаниям – анэмбриония

Какой дополнительный метод исследования рекомендовано провести супружеской паре перед планированием беременности

- Кариотипы обоих супругов, консультация генетика + спермограмма, морфология, МАР тест, ДНК фрагментация сперматозоидов
- Проверить проходимость маточных труб
- отправить партнера на спермограмму, морфологию, МАР тест и консультация андролога

- пройти обследования на TORCH инфекции
- Кариотипы обоих супругов и провести предимплантационный генетический скрининг

= Венера 37 лет, планирует беременность в течении 3х лет. Из анамнеза: состоит на учете у эндокринолога с диагнозом диффузно-узловой зоб, принимает эутирокс 50 мкг ежедневно. Менархе с 13 лет, менструация по 2-3 дня, через 24-25 дней, регулярно
Половая жизнь с 25 лет, брак 1, зарегистрированный. С 2018 года миома матки
Гормоны: ЛГ 4,04, ФСГ 6,82, пролактин 19,94, АМГ 0,7
2017, 2018, 2019 и 2020 год неразвивающиеся беременность в сроке 8-9 недель проводилась медикаментозное прерывание беременностей

Диагностическая гистероскопия с биопсией эндометрия была выявлено гиперплазия эндометрия, затем в течении 3х месяцев получала гормональную терапию

ГСГ проходимость маточных труб с обеих сторон не нарушена. Кариотип 46XX

Рост 163 см, вес 56 кг, ИМТ 23

Вероятный клинический диагноз

- привычное невынашивание. Миома матки. Диффузно-узловой зоб
- бесплодие первичное, маточный фактор. Привычное невынашивание
- привычное невынашивание, многоузловая миома матки
- привычное невынашивание, нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи
- привычное невынашивание

= Асель 37 лет, планирует беременность в течении 9 лет .Из анамнеза: в 2011 году внутрибрюшное кровотечение при внематочной беременности проводилась гемотрансфузия. Менархе с 13 лет, менструация по 7 дней, через 28 дней. Половая жизнь с 19 лет, брак 1, зарегистрированный. Паритет:

2005 год самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель, выскабливание полости матки

2006 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель, выскабливание полости матки

2007 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель, выскабливание полости матки

2010 год внематочная беременность, лапаротомия + тубэктомия справа.

2011 год внематочная беременность, лапаротомия + тубэктомия слева + кровотечение + гемотрансфузия

2012 год проводится программа ЭКО с целью получения беременности, учитывая отсутствие маточных труб. Программа ЭКО заканчивается наступлением беременности и в сроке 4-5 недель происходит самопроизвольный выкидыш.

В 2013 году проводится криоперенос оставшегося эмбриона от программы ЭКО 2012 года, положительный тест на беременность. Беременность заканчивается самопроизвольными родами в срок живым доношенным мальчиком весом 4150.

В 2022 году по данным УЗИ определяется кистозное образование правого яичника, проводится лапароскопия, во время лапароскопии произведено вылущивание кисты правого яичника с клиновидной резекцией. По данным гистологии серозная грубососочковая цистаденома.

Гормоны: АМГ 2,44, ФСГ 5,64, ЛГ 1,92. ТТГ 4,2, пролактин 14,37

Вероятный клинический диагноз

- Бесплодие вторичное, трубный фактор. Привычное невынашивание
- Бесплодие первичное, связанное с отсутствием овуляции. Привычное невынашивание
- Бесплодие вторичное, трубный фактор. Преждевременное истощение яичников
- Бесплодие вторичное, трубный фактор. ОАА
- Привычное невынашивание. Первичная яичниковая недостаточность

= Перизат, 27 лет, планирует беременность в течении 5 лет. Из анамнеза: с детства хроническая железодефицитная анемия, месяц назад проводилась гемотрансфузия с целью лечения анемии. Менархе с 14 лет, менструация по 4-5 дней, через 30 дней, регулярно Половая жизнь с 21 года. Брак 1. Зарегистрированный

Паритет:

2018 год неразвивающаяся беременность раннего срока, выскабливание полости матки

2021 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, выскабливание полости матки

2022 год самопроизвольный выкидыш раннего срока

Гормоны: пролактин 16, ФСГ 13,47, АМГ 0,53, ЛГ 3,08, ТТГ 0,05

ГСГ признаки 2х сторонних гидросальпинксов.

Рост 152 см, вес 44, ИМТ 23. Вероятный клинический диагноз

- бесплодие вторичное трубно-перитониальный фактор. 2х сторонний гидросальпинкс.

Сниженный овариальный резерв. Привычное невынашивание. Хроническая ЖДА

- сниженный овариальный резерв. 2х сторонний гидросальпинкс. Привычное

невынашивание. Хроническая ЖДА

- бесплодие вторичное, трубный фактор. 2х сторонний гидросальпинкс. Хроническая ЖДА

- Привычное невынашивание. 2хсторонний гидросальпинкс. Хроническая ЖДА

- Привычное невынашивание. Сниженный овариальный резерв. Хроническая ЖДА

= Назира 29 лет, планирует беременность в течении года. Из анамнеза: хронический соматические заболевания отрицает. Менархе с 12 лет, менструация по 4-5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 23 лет, брак 1, зарегистрированный.

Паритет:

2017 год в сроке беременности 5-6 недель проводилась аппендэктомия, после в сроке 6-7 недель замершая беременность, медикаментозное прерывание

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, медикаментозное прерывание

2021 год неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель, медикаментозное прерывание

ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон, удвоение матки? После ГСГ проводилась диагностическая лапароскопия: имеется аномалия развития внутренних половых органов – полное удвоение матки.

Вероятный клинический диагноз

- бесплодие вторичное маточный фактор. Аномалия развития внутренних половых органов: полное удвоение матки. Привычное невынашивание

- Привычное невынашивание

- бесплодие вторичное, трубный фактор

- Привычное невынашивание маточного генеза

- Привычное невынашивание. Аномалия развития матки (удвоение матки)

= Айжан, 31 года, планирует беременность в течении 7 лет. Из анамнеза: хронический соматические заболевания отрицает. Менархе с 13 лет, менструация по 3-4 дня, через 28 дней. Половая жизнь с 25 лет. Брак 1, зарегистрированный. Гормоны: ТТГ 4,61, ЛГ 2,43, ФСГ 8,71, пролактин 32,52, АМГ 1,43

Паритет:

2016 год самопроизвольный выкидыш раннего срока

2017 год самопроизвольный выкидыш в сроке 7-8 недель

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт

Рост 165 см, вес 56 кг, ИМТ 23.

Вероятный клинический диагноз

- бесплодие вторичное неясного генеза. Привычное невынашивание
- Привычное невынашивание, обусловленное маточным фактор
- бесплодие вторичное, трубный фактор. Истмико-цервикальная недостаточность
- Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность
- Привычное невынашивание. Сниженный овариальный резерв

= Ирина 34 года, планирует беременность в течении 3х лет. Из анамнеза: хронических соматических заболеваний нет. Менархе с 13 лет, по 6-7 дней, через 35 дней
Половая жизнь с 25 лет, брак 1, зарегистрированный. Гормоны: АМГ 5,46, ФСГ 9,8, ТТГ 1,52, пролактин 26,2. ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон

Паритет:

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель. Медикаментозный аборт
2019 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, медикаментозный аборт
2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 7-8 недель. Выскабливание полости матки
Супруг 38 лет. Спермограмма нормозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное неясного генеза. Привычное невынашивание

Тактика дальнейшего лечения и ведения

- Кариотипы обоих супругов + консультация генетика, ДНК фрагментация сперматозоидов + консультация андролога, проведение программы ЭКО с предимплантационным генетическим скринингом, метафолин обоим супругам
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы. Проведение стимуляции овуляции клостилбегитом.
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Диана, 34 лет, планирует беременность в течении 4х лет. Из анамнеза: состоит на учете у эндокринолога с диагнозом диффузно-токсический зоб 1 степени, регулярно принимает эутирокс 75 мкг. Менархе с 15 лет, менструация по 3-4 дня, через 28 дней
Половая жизнь с 16 лет, брак 1 зарегистрированный

Паритет:

2016 год самопроизвольный выкидыш раннего срока, выскабливание полости матки
2017 год внематочная беременность справа, лапароскопия, туботомия
2018 год неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель, медикаментозное прерывание
2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель, выскабливание полости матки
Гормоны: АМГ 5,76, ТТГ 2,56, ЛГ 3,67, ФСГ 4,86, пролактин 20
ГСГ гидросальпинкс справа.

Супруг 32 года, спермограмма: астенотератозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивание

Вероятная тактика лечения

- Кариотипы обоих супругов + консультация генетика, проведение программы ЭКО с предимплантационным генетическим скринингом, метафолин обоим супругам
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы. Проведение лапароскопии с целью восстановления проходимости маточных труб

- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Индира, 31 года, планирует беременность в течении 5 лет. Из анамнеза: с 2020 года отмечает повышение АД до 160 на 100 мм рт ст, принимает стопресс. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести – ежедневно принимает глюконил 1000 мкг Менархе с 13 лет, менструация с 13 лет, по 5-6 дней, через 30 дней Половая жизнь с 18 лет, брак 3 незарегистрированный
Гормоны: АМГ 1,81, ЛГ 3,23, ФСГ 8,86, ТТГ 1,74, пролактин 40,92

Паритет:

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

2018 год неразвивающаяся беременность в сроке 9-10 недель, медикаментозное прерывание беременности

2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 19-20 недель, выскабливание полости матки

Рост 165 см, вес 79 кг, ИМТ 32.

Супруг 33 года, спермограмма нормозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное привычное невынашивание. Сахарный диабет 2 типа средней степени тяжести. Хроническая артериальная гипертензия.

Вероятная тактика дальнейшего ведения данной пациентки

- Проведение консилиума в составе эндокринолога, кардиолога и акушер-гинеколога с целью решения вопроса о возможности вынашивания беременности

- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО

- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности

- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста

- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Наталья, 36 лет, планирует беременность во втором браке в течении 7 лет

Из анамнеза: хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический пиелонефрит. Менархе с 13 лет, менструация по 3-4 дня, через 24 дня скудная Половая жизнь с 18 лет, брак 2 зарегистрированный

В 2020 году проводилась лапароскопия аппоплексия правого яичника.

Гормоны: пролактин 64, АМГ 1,69, ФСГ 5,58, ЛГ 4,5, ТТГ 1,65

Паритет:

2010 год срочные роды, ребенок 3700 живой, здоровый, ребенок от 1 брака.

2016 год неразвивающаяся беременность в сроке 12 недель, медикаментозный аборт

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 14 недель, медикаментозный аборт

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель

2021 год внематочная беременность справа, лапаротомия, тубэктомия справа.

Супруг 47 лет, по данным спермограммы тератозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное трубно-перитониальный фактор. Привычное невынашивание. Гиперпролактинемия.

Вероятная тактика ведения пациентки

- Нормализация уровня пролактина, лечение у эндокринолога, проведение программы ЭКО с предимплантационным генетическим скринингом (ПГД), прием метафолина
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Шолпан, 35 лет, планирует беременность в течении 5 лет. Из анамнеза: хронические соматические заболевания отрицает. Менархе с 14 лет, по 5 дней, через 30 дней

Половая жизнь с 20 лет, брак 1, зарегистрированный. Паритет:

2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт

2021 год прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке 20-21 неделя киста головного мозга у плода

2022 год неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт + выскабливание полости матки

Гормоны: ТТГ 2,21, ЛГ 9,63, ФСГ 5,65, пролактин 20,3, АМГ 0,98. Кариотип 46XX

Супруг 38 лет, по данным спермограммы астенозооспермия 2 степени

Диагноз: бесплодие вторичное, мужской фактор. Привычное невынашивание.

Гиперпролактинемия. Какой вероятный план лечение у данной пациентки

- Лечение у эндокринолога с целью нормализации уровня пролактина, проведение программы ЭКО с ПГД, прием метафолина
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев и получить мужу лечение у андролога с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Жанбота 38 лет, планирует беременность в течении 8ми лет.

Из анамнеза: с 2018 года отмечает повышение пролактина до 40, принимает достинекс по ½ таб 1 раз в неделю, по данным МРТ описана микроаденома гипофиза.

Менархе с 14 лет, менструация по 5 дней, через 28 дней

Половая жизнь с 19 лет, брак 1, зарегистрированный

Гормоны: пролактин 33,7 (на фоне приема достинекса) ТТГ 0,46, ЛГ 8,05, ФСГ 7,91, АМГ 2,77

Паритет:

2014 год срочные роды, ребенок 3200 живой здоровый

2019 год самопроизвольный выкидыш в сроке 11-12 недель, выскабливание полости матки

2020 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, выскабливание полости матки

2021 год самопроизвольный выкидыш в сроке 10-11 недель, выскабливание полости матки

Рост 163 см, вес 65 кг, ИМТ 25.

Супруг 40 лет, по данным спермограммы нормозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное эндокринный фактор. Привычное невынашивание. Гиперпролактинемия. План лечение данной пациентки

- Лечение у эндокринолога с целью нормализации уровня пролактина, проведение программы ЭКО с ПГД, прием метафолина
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев, кариотипы обоих супругов + консультация генетика с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Айдана, 26 лет, планирует беременность в течении года. Из анамнеза: с 2018 года хронический пиелонефрит, отмечает обострение до 2х раз в год, в 2020 году проводилась лазерная коррекция зрения. Менархе с 13 лет, менструация по 5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 19 лет, брак 1, зарегистрированный. Паритет:

2018 год срочные оперативные роды, тазовое предлежание плода, ребенок 3500 живой здоровый

2020 год преждевременные роды в сроке 32 недели, ПОНРП ребенок 1900 умер через 3 месяца от пневмонии

2021 год неразвивающаяся беременность в сроке 11-12 недель, выскабливание полости матки

2022 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

Гормоны: АМГ 0,74, ФСГ 7,58, ЛГ 2,54, ТТГ 2,5, пролактин 18,6

Кариотип супругов: 46XX и 49XY

Супруг 30 лет по данным спермограммы астенотератозооспермия

Диагноз: привычное невынашивание, сниженный овариальный резерв. Рубец на матке (1)

План ведения супружеской пары

- Проведение гистероскопии с целью оценки полости матки и состояния рубца, проведение программы ЭКО + ПГД (информировать пациентку о возможном использовании донорских ооцитов)

- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО + ПГД

- проведение программы ЭКО с донорскими ооцитами

- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста

- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Лазат, 30 лет, планирует беременность в течении года. Из анамнеза: хронических соматических заболеваний нет Менархе с 12 лет, менструация по 6 дней, через 28-30 дней.

Половая жизнь с 21 года. Брак 1, незарегистрированный. Паритет:

2014 год срочные роды, ребенок 2900 живой, здоровый

2016 год срочные роды, ребенок 3100 живой, здоровый

2018 год неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель, выскабливание полости матки

2020 год самопроизвольный выкидыш в сроке 10-11 недель

2022 год самопроизвольный выкидыш в сроке 13-14 недель

Гормоны: ТТГ 2,2, ЛГ 3,67, ФСГ 7,11, пролактин 8,34, АМГ 2,53

Диагноз: привычное невынашивание

Вероятная тактика ведения у данного пациентка

- Проверить проходимость маточных труб, спермограмму, морфологию и МАР тест с консультацией андролога, начать прием метафолина
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев и получить мужу лечение у андролога с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Арайлым, 35 лет, планирует беременность в течении 5 лет. Из анамнеза: хроническая железодефицитная анемия с детства. Менархе с 15 лет, менструация по 5-7 дней, через 28 дней Половая жизнь с 20 лет, брак 1, зарегистрированный

Паритет:

2011 год самопроизвольный выкидыш в сроке 7-8 недель, выскабливание полости матки

2012 год неразвивающаяся беременность в сроке 7-8 недель, выскабливание полости матки

2014 год неразвивающаяся беременность в сроке 9-10 недель, выскабливание полости матки

2016 год самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель, выскабливание полости матки

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 9-10 недель, выскабливание полости матки

Рост 153 см., вес 45 кг, ИМТ 23

Гормоны: АМГ 0,98, ФСГ 11,9, ЛГ 3,5, ТТГ 2,8, пролактин 20

Супруг 38 лет, по данным спермограммы астенозооспермия 2 степени

Диагноз: бесплодие вторичное, мужской фактор. Привычное невынашивание

Возможная тактика ведения данной супружеской пары

- Кариотипы обоих супругов+ консультация генетика, проведение программы ЭКО с ПГД, прием метафолина
- УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО с донорскими ооцитами
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев и получить мужу лечение у андролога с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Наргиза, 39 лет, жалобы на отсутствие беременности в течении 15 лет. Из анамнеза: состоит на учете у эндокринолога с диагнозом АИТ, гипотериоз в стадии медикаментозной компенсации. Принимает эутирокс 100 мкг ежедневно. Менархе с 13 лет, менструация по 4 дня, через 24 дня Половая жизнь с 24 лет брак 1, зарегистрированный С 2019 года диагностирован эндометриоз, проводилась гистероскопия и потом в течении года принимала визанну.

Паритет:

2008 год срочные роды, ребенок 3900 живой здоровый

2009 год прерывание беременности по медицинским показаниям (ВПР у плода: гигрома шеи)

2016 год самопроизвольный выкидыш раннего срока, выскабливание полости матки

2017 год неразвивающаяся беременность в сроке 4-5 недель, медикаментозный аборт

Гормоны: АМГ 1,01, ФСГ 12,8, ЛГ 3,5, ТТГ 2,8, пролактин 14,6
Супруг 43 года, по данным спермограммы астенотератозооспермия
Диагноз: бесплодие вторичное, эндокринный фактор. Привычное невынашивание. АИТ, гипотериоз в стадии медикаментозной компенсации
Возможная тактика ведения данной супружеской пары
- УЗИ органов малого таза (оценить состояние яичников + матки) проверить состояния маточных труб (сделать ГСГ с целью исключения гидросальпинкса) провести программу ЭКО + ПГД, начать прием метафолина
- кариотипы обоих супругов+ консультация генетика, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев и получить мужу лечение у андролога с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Сабина 30 лет, планирует беременность в течении 7 лет. Из анамнеза: консультирована гематологом и учитывая нарушение геном тромбофилии и фолатного цикла рекомендовано во время наступления беременности фраксипарин, во время планирования беременности тромбо АСС и невролон

Менархе с 13 лет, менструация по 5-6 дней, через 30-33 дня на фоне приема дюфастона 10 мг по 1 таб 2 раза в день в 16 по 25 день менструального цикла, без прием дюфастона менструального цикла нет. Половая жизнь с 21 года брак 1 зарегистрированный
ГСГ маточные трубы проходимы с обеих сторон. Проводилась гистероскопия – диагностированы полипы тела матки, произведено удаление полипов

Паритет:

2015 год самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

2018 год самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

2019 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, медикаментозное прерывание беременности

2020 год проводилась ВМИ, после которой наступила беременность и замерла в сроке 6-7 недель, медикаментозное прерывание беременности

2021 год проведена программы ЭКО получено 20 ооцитов – оплодотворилось 2 – получено 2 эмбриона проводился криоперенос, который не дал эффекта

2022 год проводилась программы ЭКО получено 18 ооцитов – оплодотворился 1 – полученный 1 эмбрион криоперенос без эффекта

Гормоны: ТТГ 4,68, ЛГ 1,09, ФСГ 2,98, пролактин 14,23, эстрадиол 36, АМГ 3,16, прогестерон 0,1

Супруг 26 лет, по данным спермограммы нормозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное эндокринный фактор СПКЯ привычное невынашивание
Возможная тактика ведения данной супружеской пары

- проведение программы ЭКО + ПГД (информировать пациентку о возможном использование донорских ооцитов) начать прием метафолина

- кариотипы обоих супругов+ консультация генетика, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО

- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности

- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста

- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Жансая 33 лет, планирует беременность в течении 4х лет. Из анамнеза: хроническая железодефицитная анемия с детства. Менархе с 17 лет, менструация по 3-4 дня, через 28 дней. Половая жизнь с 18 лет, брак 1, зарегистрированный. Паритет:
2017 год самопроизвольный выкидыш в сроке 9-10 недель, выскабливание полости матки
2018 год самопроизвольный выкидыш раннего срока, выскабливание полости матки
2019 год неразвивающаяся беременность в сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки

В 2021 году проводилась лапароскопия, где была произведена кистэктомия слева и по данным ХСС маточные трубы не проходимы с обеих сторон.

Гормоны: АМГ 2,52, ФСГ 9,8, ЛГ 5,6, ТТГ 2,5, пролактин 23

Супруг 37 лет по данным спермограммы нормозооспермия

Диагноз: бесплодие вторичное трубно-перитониальный фактор, привычное невынашивание. Хроническая ЖДА.

Возможная тактика ведения данной супружеской пары

- проведение программы ЭКО + ПГД, начать прием метафолина и препаратов железа
- кариотипы обоих супругов+ консультация генетика, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста
- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Лейла 37 лет, пришла на прием к участковому гинекологу так как планирует беременность в течении 10 лет. Из анамнеза в 2007 году гепатит С, пролечилась у инфекциониста с учета снята. Менструация с 12 лет, по 4 дня, через 28 дней. Половая жизнь с 22 лет, брак 1, зарегистрированный. В 1998 году лапароскопия аппоплексия правого яичника. В 2019 году лапаротомия дермоидная киста правого яичника + миомэктомия. Паритет:

2015 год а/аборт

2016 год с/выкидыш в сроке 5-6 недель

2020 год прерывание по медицинским показаниям в сроке 18 недель (у плода ахондродисплазия)

2021 год замершая беременность в сроке 5-6 недель, медикаментозный аборт

Рост 174 см, вес 78 кг, ИМТ 23

Обследована:

Гормоны: пролактин 16,26, ФСГ 6,76, АМГ 2,42

Кариотип 46XX

По данным ГСГ маточные трубы не проходимы с обеих сторон

Супруг: 47 лет, по данным спермограммы астенозооспермия 3 степени

Кариотип 46ХУ

Диагноз: бесплодие вторичное трубно-перитониальный и мужской фактор. Привычное невынашивание. Возможная тактика ведения данной супружеской пары

- проведение программы ЭКО + ПГД, начать прием метафолина и препаратов железа
- кариотипы обоих супругов+ консультация генетика, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез и УЗИ щитовидной железы с последующим проведение программы ЭКО
- назначить большие дозы метафолина на 6 месяцев с последующим планированием беременности
- Гепатит В и С, ВИЧ, RW, TORCH инфекции + консультация инфекциониста

- ИФА на хламидиоз Ig M, УЗИ органов малого таза и УЗИ молочных желез + консультация терапевта, прием фолиевой кислоты 400 мг в сутки

= Екатерина, 28 лет, первобеременная, первородящая, состоит на учете по беременности с 12 недель в поликлинике. В сроке 25 недель беременности на день рождения Екатерине подарили бти месячного котенка. За котенком Екатерина ухаживала сама и спустя 3 недели стала отмечать общую слабость, недомогание, боли в мышца, познабливание и субфебрильную температуру в течении дня. Еще через неделю появился конъюнктивит. Екатерина обратилась на прием в поликлинику, где она состоит на учете. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Зрение ясное. Головная боль. АД 110/70 мм рт ст, пульс 86 ударов в минуту, температура тела 37,2С. Срок беременности 29 недель. При осмотре отмечается увеличение шейных лимфатических узлов, болезненных при пальпации. Кожный покров физиологической окраски. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 144 удара в минуту. Патологических выделений из половых путей нет. Какой вероятный диагноз у пациентки

- беременность 29 недель. Токсоплазмоз
- беременность 29 недель. Краснуха
- беременность 29 недель. Ветряная оспа
- беременность 29 недель. Хронический вирусный гепатит В
- беременность 29 недель. Хламидиоз

= Жанар, повторнобеременная, повторнородящая в сроке беременности 35 недель посетила утренник в детском саду младшего ребенка. Спустя 2 недели у Жанар появились боли в коленных, локтевых и тазобедренных суставах. На следующий день стала беспокоить лихорадка и на лице появилась мелкая сыпь розового цвета на фоне неизмененного цвета кожи, которая затем распространилась по коже всего тела. Беременная вызвала скорую помощь. Какой вероятный диагноз у пациентки

- беременность 37 недель. Краснуха
- беременность 29 недель. Столбняк
- беременность 29 недель. Ветряная оспа
- беременность 29 недель. Хронический вирусный гепатит В
- беременность 29 недель. Хламидиоз

= Екатерина, 28 лет, первобеременная, первородящая, состоит на учете по беременности с 12 недель в поликлинике. В сроке 25 недель беременности на день рождения Екатерине подарили бти месячного котенка. За котенком Екатерина ухаживала сама и спустя 3 недели стала отмечать общую слабость, недомогание, боли в мышца, познабливание и субфебрильную температуру в течении дня. Еще через неделю появился конъюнктивит. Екатерина обратилась на прием в поликлинику, где она состоит на учете. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Зрение ясное. Головная боль. АД 110/70 мм рт ст, пульс 86 ударов в минуту, температура тела 37,2С. Срок беременности 29 недель. При осмотре отмечается увеличение шейных лимфатических узлов, болезненных при пальпации. Кожный покров физиологической окраски. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 144 удара в минуту. Патологических выделений из половых путей нет. Диагноз: беременность 29 недель. Токсоплазмоз. Какие методы диагностики необходимо провести для верификации диагноза

- ИФА на токсоплазмоз определение Ig M и Ig G
- Биохимический анализ крови + коагулограмма
- общий анализ крови и бак посев мочи

- бак посев мочи и кала, кровь на стерильность
- УЗИ плода + УЗИ брюшной полости

= Жанар, повторнобеременная, повторнородящая в сроке беременности 35 недель посетила утренник в детском саду младшего ребенка. Спустя 2 недели у Жанар появились боли в коленных, локтевых и тазобедренных суставах. На следующий день стала беспокоить лихорадка и на лице появилась мелкая сыпь розового цвета на фоне неизменного цвета кожи, которая затем распространилась по коже всего тела. Беременная вызвала скорую помощь. Диагноз: беременность 37 недель. Краснуха. Куда скорая помощь доставит пациентку

- Рекомендовано осмотр в приемном покое родильного дома и при отсутствии родовой деятельности в инфекционный стационар
- скорая помощь оставит рекомендации и оставит пациентку дома
- доставит в приемный покой инфекционного стационара
- доставит в прием покоя родильного дома
- скорая помощь передаст данные участковому гинекологу и назначит домашний карантин

= Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Половую жизнь ведёт с 18 лет, было 4 беременности, которые закончились искусственными абортами. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Патологии со стороны внутренних органов нет. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки конической формы, чистая, тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие. УЗИ ОМТ Заключение: Органической патологии не выявлено.

Поставьте диагноз. Назначьте необходимое обследование

- Синдром предменструального напряжения. Обследование: определение концентрации пролактина, E2, прогестерона, ФСГ, ЛГ, альдостерона. МРТ головного мозга, ЭЭГ, состояние глазного дна и периферических полей зрения. Консультация терапевта, невропатолога и психиатра
- Нарушение менструального цикла. Дисменорея. Фиброэктозная мастопатия. Обследование: УЗИ молочных желез. Определение концентрации пролактина, E2, прогестерона, ФСГ, ЛГ
- Фиброэктозная мастопатия. Обследование: УЗИ молочных желез. Определение концентрации пролактина, E2, ТТГ, Т4св, АнтиТПО, прогестерона, ФСГ, ЛГ
- Синдром преждевременного истощения яичников. Обследование: ФСГ, ЛГ. АМГ, E2, МРТ органов малого таза
- Гипотиреоз. Нарушение менструального цикла. Обследование: УЗИ щитовидной железы. Определение концентрации пролактина, E2, ТТГ, Т4св, АнтиТПО, ФСГ, ЛГ

= Больная Я., 28 лет обратилась с жалобами на редкие менструации, через 2-4 месяца, первичное бесплодие в течение 10 лет. прогрессирующее ожирение и гирсутизм. Из анамнеза: Менархе с 12,5 лет, менструации всегда были нерегулярные, редкие и обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Отмечает увеличение массы тела с 16

лет. Периодически сидит на диетах, но без значительного эффекта. На Д учете не состоит. К врачам не обращалась.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост 167 см, вес 97 кг. Кожные покровы чистые, отмечается гиперпигментация кожи шейной складки и подмышечной области.

Базальная температура монофазная, инсулин мМЕ/мл 56, сахар крови 4,5 ммоль/л. ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

Диагноз

- Синдром поликистозных яичников. Гиперинсулинемия. Ожирение 1 степени
- Сахарный диабет 2 го типа. Ожирение 1 степени. Бесплодие
- Гиперинсулинемия. Гиперандрогения. Ожирение 1 степени. Ановуляция
- Синдром поликистозных яичников. Гиперинсулинемия. Ожирение 2 степени
- Сахарный диабет 1 го типа. Ожирение 1 степени. Бесплодие 1

= Пациентка М., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД 150/90мм рт.ст., Пульс 76 уд в минуту. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

St. genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При осмотре на зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, слизистая влагалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Результаты обследования: ЛГ 14мМЕ/мл, ФСГ 35 мМЕ/мл, ТТГ 2,8 мкМЕ/мл, Т4св 13пмоль/л, УЗИ ОМТ Матка 45*37*42 мм, Мэхо 3мм, правый яичник 21*17мм, в срезе 3 фолликула до 6 мм, Левый яичник 19*15мм, в срезе единичные фолликулы до 4 мм

Диагноз

- Климактерический синдром средней степени тяжести. Хроническая артериальная гипертензия
- Менопауза. Первичный гипотиреоз. Хроническая артериальная гипертензия
- Климактерический синдром тяжелой степени тяжести. Хроническая артериальная гипертензия
- Постменопауза. Первичный гипотиреоз. Хроническая артериальная гипертензия
- Менопауза. Хроническая артериальная гипертензия

= Пациентка П., 27 лет, отмечает жалобы на раздражительность, слабость, плаксивость, нагрубание молочных желез, отечность лица, голени, увеличение массы тела, зуд кожи. Выраженность жалоб растет с приближением менструации, после ее наступления указанные жалобы исчезают. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический двусторонний аднексит. При осмотре в зеркалах и бимануальном исследовании патологических изменений не выявлено.

УЗИ ОМТ: Матка 45*38*46мм, М-эхо 5мм (на 6й день цикла), правый яичник 27*19мм, в срезе 5-6 фолликулов до 7 мм, левый яичник 26*20мм, в срезе 4 фолликула до 3-4 мм.

Уровень гормонов на 5-й день цикла ФСГ 5мМЕ/мл, ЛГ 7мМЕ/мл, пролактин 336 мМЕ/л.

Диагноз, лечение

- Предменструальный синдром, отечная форма. Лечение: психотерапия, рациональное питание, витаминотерапия, физиотерапевтические методы, ингибиторы синтеза простагландинов, гормональная терапия

- Гиперпролактинемия. Лечение: агонист допаминовых рецепторов, рациональное питание, витаминотерапия, физиотерапевтические методы
- Климактерический синдром средней степени тяжести. Лечение: Менопаузальная гормональная терапия
- Синдром поликистозных яичников. Лечение: комбинированные оральные контрацептивы, циклическая витаминотерапия
- Преждевременное истощение яичников. Лечение: Заместительная гормональная терапия, циклическая витаминотерапия, физиотерапия

= К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 16 лет, с жалобами на редкие, скудные менструации. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост пациентки, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, гипертрофированные мышцы тела, недоразвитость молочных желез, оволосение по мужскому типу. Менструации с 15 лет, через 38-49 дней, скудные, безболезненные.

St/genitalis: наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечаются увеличение клитора, гипоплазия малых и больших половых губ. При ректоабдоминальном исследовании: матка несколько меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Выставлен предварительный диагноз: Аденогенитальный синдром.

Определите план обследования и лечения.

- Определение уровня гормонов: ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерона, проведение проб с дексаметазоном; УЗИ органов малого таза; компьютерная томография надпочечников.

Лечение: глюкокортикоидные гормоны

- Определение уровня гормонов: ФСГ, ЛГ, пролактин. Эхоэнцефалография, компьютерная томография, рентгенография черепа и турецкого седла
- Определение уровня гормонов: ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП; УЗИ органов малого таза, надпочечников, проба с дексаметазоном, компьютерная томография гипоталамо-гипофизарной области
- Определение уровня гормонов: в крови: ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерона, в слюне кортизол. УЗИ ОМТ. Лечение оперативное
- Исследование кариотипа и полового хроматина, УЗИ органов малого таза, тесты функциональной диагностики

= Пациентка А. Возраст 18 лет 2 месяца Жалобы: на нарушение менструального цикла, менструации 1 раз в 3-4 месяца. Данные жалобы беспокоят в течении 1 года В детстве ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Операции, травмы отрицает. Д учет хронический пиелонефрит. Аллергологический анамнез спокоен. Менархе с 13 лет по 3-5 дней, регулярные через 28-30 дней, отмечает нарушение только в течении последнего года. П/м 2 недели назад, скудно, до этого 4 месяца назад. Половую жизнь отрицает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 161 см Вес 96 кг. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

St. Genitalis: Молочные железы мягкие, безболезненные. Соски чистые. Патологического отделяемого из сосков нет. Вокруг сосков отмечается рост единичных черных волос длиной до 2,5 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Наружные половые органы развиты по женскому типу. Оволосение по женскому типу.

Результаты обследований:

T4 12 (норма), T3св 5,8 (норма), анти-тпо 0,5 (норма), ТТГ 2,14 (норма), ЛГ 8,8 мМЕ/мл . ФСГ 3,18мМЕ/мл, пролактин 899 (норма до 530), тестостерон 2,0 (норма до 4), эстрадиол, прогестерон (норма)

Соотношение ЛГ/ФСГ= 2,76

Диагноз

- Синдром поликистозных яичников. Гиперпролактинемия. Ожирение 2 степени
- Гиперпролактинемия. Гиперандрогенемия
- Синдром поликистозных яичников. Гиперпролактинемия. Ожирение 1 степени
- Мультифолликулярные яичники. Гиперпролактинемия. Сдать кровь на макропролактин. МРТ гипофиза. Достинекс 0,5 мг по 1т*2 раза в неделю в течение 2х месяцев
- Гиперпролактинемия

= К гинекологу впервые обратилась пациентка М., 17 лет, с жалобами на отсутствие менструаций.

Анамнез заболевания: Менструаций не было в жизни ни разу. К врачам не обращалась, не обследовалась.

При объективном исследовании обращают на себя внимание низкий рост (142 см), короткая шея с кожными складками, низко посаженные уши, бочкообразная грудная клетка, сколиоз, короткие плюсневые кости.

St genitalis: Молочные железы отсутствуют, оволосение в подмышечных впадинах и на лобке скудное, наружные половые органы сформированы по женскому типу, большие и малые половые губы гипопластичны. При ректоабдоминальном исследовании пальпируется маленькая матка, придатки не определяются.

Результаты обследования: ФСГ 82мМЕ/мл, ТТГ 2,02пмоль/л, Эстрадиол 18, пролактин 238 мМЕ/л, Кариотип 45X0

УЗИ ОМТ: Матка нормальных размеров, полость матки не деформирована, нормальные пропорции тело матки/шейки матки, Яичники с обеих сторон тяжистые, без созревающих фолликул. Диагноз. Тактика

- Синдром Шерешевского-Тернера чистая форма. ЗГТ чистыми эстрогенами 1,5-2 года, затем комбинированными препаратами
- Синдром Шерешевского-Тернера мозаичная форма. ЗГТ чистыми эстрагенами до периода наступления менопаузы
- Гипофизарный нанизм. Гормональной терапии не требуется
- Синдром Нунан
- Низкорослость. Лечение соматотропным гормоном в высоких дозах, до достижения костного возраста 15 лет

= Пациентка И., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, ежемесячные боли внизу живота приблизительно в одни и те же числа.

Анамнез заболевания: Считает себя больной после проведения медицинского аборта при сроке беременности 8 недель. Послеоперационный период осложнился развитием гематометры, в связи с чем проводилось повторное выскабливание матки. Через месяц после повторного выскабливания отмечались сильные боли внизу живота, кровянистых выделений из половых путей не было. В последующем ежемесячно в первые числа месяца отмечались боли внизу живота, но менструаций не было. Три месяца назад обратилась в женскую консультацию. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки чистая, розового цвета, наружный зев щелевидной формы, симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи - 8 см.

При бимануальном исследовании: матка слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Результаты дополнительных методов исследования: базальная температура - двухфазная, с повышением выше 37,0 С примерно за 2 недели до появления болей; кольпоцитология - мазок пролиферативного типа;

УЗИ – внутриматочные синехии;

содержание гормонов в плазме крови нормальное, гормональные пробы отрицательные.

Диагноз. Тактика

- Вторичная аменорея, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, введение ВМС на 2-3 месяца, назначение циклической гормональной и антибактериальной терапии

- Первичная аменорея, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, назначение циклической гормональной

- Первичная аменорея, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, назначение циклической гормональной и антибактериальной терапии

- Вторичная аменорея. Хронический эндометрит. Тактика – антибактериальная и физиотерапия

- Первичная аменорея. Назначение комбинированных оральных контрацептивов длительно 6-9 месяцев

= Пациентка Т., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 8 месяцев, отделяемое белого цвета из молочных желез.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, необильные. Роды одни два года назад без особенностей.

Объективно: Молочные железы мягкие, безболезненные. При надавливании отмечается выделение молозива из молочных желез. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы слегка гипотрофичны.

В зеркалах: симптом «зрачка» отрицательный.

Per vaginum: При бимануальном исследовании: влагалище узкое. Матка в anteversio-flexio, маленькая, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

При рентгенографии турецкого седла отклонений от нормы не выявлено. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки установлено, что слизистая атрофическая.

Диагноз. Дополнительные методы исследования

- Галакторея. Аменорея. План обследования: ФСГ, ЛГ, пролактин, макропролактин, МРТ турецкого седла, глазное дно и поля зрения

- Аменорея. План обследования: ФСГ, ЛГ, пролактин

- Гиперпролактинемия. План обследования: ФСГ, ЛГ, ДГА-С, тестостерон, эстрадиол

- Галакторея. Аменорея. План обследования: консультация эндокринолога

- Гиперпролактинемия. План обследования: МРТ турецкого седла, глазное дно и поля зрения

= Пациентка С., 37 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет, приливы жара.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились в 16 лет, по 3-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Забеременела через 2 года после начала половой жизни, беременность протекала на фоне угрозы прерывания, роды - без осложнений. Менструации после родов восстановились через 8 месяцев. С 34 лет отмечает скудные менструации, задержки до 45-50 дней. В 36 лет менструации прекратились, появились приливы жара, бессонница, раздражительность.

Гинекологические заболевания отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

St genitalis: Молочные железы мягкие, б/б. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища сухая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, скудные.

Per vaginum: тело матки в anteversio-flexio, несколько меньше нормы, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. План обследования и лечения

- Синдром истощения яичников. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы. План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы

- Синдром поликистозных яичников. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы.

План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы

- Климактерический синдром. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы. План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы

- Посткастрационный синдром. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы, лапароскопия с биопсией яичников. План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы

- Предменструальный синдром, отечная форма. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы, лапароскопия с биопсией яичников. План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы

= Пациентка Л., 4 года 10 месяцев. Поступила в клинику по поводу явлений преждевременного полового созревания. Из анамнеза: вес при рождении 2000 г, родители здоровы, наследственность не отягощена. В полугодовом возрасте перенесла пневмонию. До этого возраста развивалась нормально. С 3 лет 6 месяцев начали развиваться молочные железы, появилась скудная растительность на лобке. В 4 года 6 месяцев появились менструалоподобные кровотечения, которые периодически повторялись. Объективно: физическое развитие соответствует примерно возрасту 8 лет (рост 121 см, вес 21,8 кг).

На рентгенограмме левой кисти с лучезапястным суставом костный возраст соответствует 7, 5 годам. Психическое развитие соответствует реальному возрасту ребенка.

Обследование по органам и системам патологии не выявило. Диагноз

- Истинное преждевременное половое развитие (конституциональная форма). Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропатолога

- Ложное преждевременное половое развитие. Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропатолога

- Истинная задержка развития (конституциональная форма). Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропатолога

- Ложная задержка полового развития. Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропатолога.

- Истинное преждевременное половое развитие (неполная форма). Наблюдение у эндокринолога

= Пациентка К., 16 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструаций. Родилась от здоровых родителей, вес при рождении 3600, 0; длина 52 см. Росла и развивалась нормально. В 10 лет начался рост молочных желез, в 11 лет

появились признаки оволосения на лобке, чуть позже – в подмышечных впадинах. При осмотре: рост 167 см, вес 58 кг. Телосложение нормостеническое. Отложение жира по женскому типу. Половая формула – $Ma3P3Ax3Me0$. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Большие половые губы прикрывают малые и клитор. Наружное отверстие мочеиспускательного канала, парауретральные ходы и протоки больших вестибулярных желез без видимой патологии. Девственная плева целая, отверстие ее 0,6 см в диаметре. Попытка зондирования влагалища отрицательная – зонд входит во влагалище на 1 см. При ректоабдоминальном исследовании впечатление, что влагалищная трубка, шейка матки и матка отсутствуют, в месте их расположения пальпируется тяж; в области придатков определяются образования, по консистенции и форме соответствующие яичникам.

УЗИ органов малого таза – тело матки отсутствует, в области придатков матки визуализируются образования, по форме и структуре соответствующие яичникам.

Консультация генетика – кариотип 46 XX. Диагноз

- Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера. Лечение – создание искусственного влагалища.

- Синдром Тестикулярной феминизации. Лечение – оперативное, удаление образований, которые находятся в области придатков.

- Синдром Шерешевского Тернера, чистая форма. Лечение – заместительная гормональная терапия до среднего возраста наступления менопаузы

- Синдром Шерешевского Тернера, мозаичная форма. Лечение – заместительная гормональная терапия при необходимости

- Синдром Клайнфельтера. Лечение- заместительная гормональная терапия

= Пациентка П., 8 лет. Со слов матери у девочки 3 месяца назад в течение 3 дней были кровянистые выделения из половых путей, затем начали увеличиваться молочные железы. Общее состояние ребенка удовлетворительное, телосложение астеническое, питание пониженное. Отмечается увеличение молочных желез ($Ma2$). Оволосение на лобке и в подмышечных впадинах отсутствует. Живот несколько выпячен в нижнем отделе, где при пальпации определяется плотная опухоль, безболезненная, подвижная.

При гинекологическом осмотре – наружные половые органы соответствуют возрасту, отмечается несвойственная возрасту сочность вульвы. Из влагалища слизистые выделения. При ректоабдоминальном исследовании определяется подвижная, безболезненная, бугристая опухоль, впечатление, что она исходит из правого яичника; тело матки чуть больше нормы, левый яичник пропальпировать не удалось.

Данные УЗИ органов малого таза подтвердили наличие опухоли, исходящей из правого яичника. Диагноз. Лечение

- Гормонопродуцирующая опухоль правого яичника. Ложное преждевременное половое созревание. Лечение – удаление опухоли

- Гормонопродуцирующая опухоль правого яичника. Лечение – химиотерапия, антиэстрогенные препараты

- Гормонопродуцирующая опухоль правого яичника. Истинное преждевременное половое созревание. Лечение – удаление опухоли

- Опухоль правого яичника. Лечение лучевая терапия

- Гормонопродуцирующая опухоль правого яичника. Ложное преждевременное половое созревание. Лечение препаратами агонистами гонадотропин релизинг гормонами

= На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли.

Из анамнез: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3–4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0–22,0). Диагноз

- Прولاктинома гипофиза
- Функциональная гиперпролактинемия
- Прогестероновая недостаточность
- Первичный гипотиреоз
- Ожирение

= К врачу обратилась девушка 16 лет, жалобы на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 мес. назад по 2 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Объективно: Половое развитие по Таннеру ВЗР4Ме16. Развитие правильное, хорошо физически сложена. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При ректоабдоминальном исследовании патологии не выявлено. ОАК Гемоглобин — 80 г/л, эр 2,8, лейкоц 5,6, тромбоциты 237, СОЭ 3 мм/ч. Предварительный диагноз

- Аномальное маточное кровотечение – овуляторная дисфункция. Анемия средней степени тяжести
- Ювенильное маточное кровотечение Анемия тяжелой степени
- Аномальное маточное кровотечение – аденомиоз. Анемия средней степени тяжести
- Ювенильное маточное кровотечение Анемия легкой степени
- Аномальное маточное кровотечение – эндометриальное. Анемия средней степени тяжести

= Пациентка М., 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на отсутствие менструаций. Из анамнеза: росла и развивалась быстрее сверстников, активно и успешно занимается спортом. Детские заболевания отрицает. Половой жизнью не живет.

Объективно: рост 158 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкий таз, молочные железы гипоплазированы, рост терминальных волос на бедрах, 49 спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. St/genitalis: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу.

При ректо-абдоминальном исследовании: патологии со стороны гениталий не выявлено. Результаты исследований: Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол. Диагноз

- Конституциональная гиперандрогения
- ВДКН классическая форма
- ВДКН неклассическая форма
- Андрогенпродуцирующая опухоль яичников
- СПКЯ без метаболического синдрома

= Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на боли в костях и суставах, позвоночнике, дважды за последний год были переломы конечностей.

Из анамнеза: менопауза 11 лет. Страдает артериальной гипертензией III, риск 3, Н0. Гинекологическое исследование: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища истончена, атрофична, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании тело матки уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

Диагноз

- Поздние симптомы климактерического синдрома: постменопаузальный остеопороз.
- Возрастная норма
- Средневременные симптомы климактерического синдрома тяжелой степени
- Артериальная гипертензия
- Вторичный остеопороз

= Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт.

Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 75г/л, эритроцитов – 2,7, тромбоциты 189, СОЭ 8 мм/ч
St genitalis: В4Р4Ме12. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Per vaginum не осмотрена, половую жизнь отрицает. Девственная плева не нарушена.

Per rectum: Тонус сфинктера сохранен. Амбула прямой кишки свободная. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон б/о

УЗИ ОМТ Матка 37*30*32мм, Мэхо 16мм, повышенной эхогенности с жидкостными включениями. Правый яичник 26*19мм, в срезе 7 фолликулов, диаметром 2-4мм. Левый яичник 26*21мм, в срезе 5 фолликулов 4-14 мм в диаметре

Диагноз. План лечения больной

- Обильные менструации в пубертатном периоде. Анемия средней степени тяжести.

Рекомендовано: Гормональный гемостаз: КОК 3 таблетки в сутки, затем 2 таблетки в сутки, затем 1 таблетка в сутки и до 21го дня, затем 7 дней перерыв и 2 цикла в контрацептивном режиме. Антианемическая терапия

- Ювенильное маточное кровотечение. Анемия тяжелой степени. Рекомендовано выскабливание полости матки. Гемотрансфузия компонентами крови. Антианемическая терапия – феркайл 2,0 в/м 1р/д 5 дней, утеротоническая терапия: окситоцин 5ЕД 1,0 в/м 2 раза в день 5 дней

- Ювенильное маточное кровотечение. Анемия тяжелой степени. Рекомендовано Гормональный гемостаз: КОК в контрацептивном режиме. Антианемическая терапия таблетированными препаратами длительно

- Обильные менструации в репродуктивном периоде. Анемия средней степени тяжести. Рекомендовано Гормональный гемостаз: КОК (высокодозированные) в контрацептивном режиме по 1т * 1 раз в сутки. Антианемическая терапия

- Обильные менструации в перименопаузальном периоде. Анемия средней степени тяжести. Рекомендовано: Гормональный гемостаз: КОК 3 таблетки в сутки, затем 2 таблетки в сутки, затем 1 таблетка в сутки и до 21го дня, затем 7 дней перерыв и 2 цикла в контрацептивном режиме. Антианемическая терапия

= Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость.

Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога. Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей.

УЗИ: матка 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый –35x26x32 мм, левый – 36x25x30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолликула нет.

ОАК Нв 89 г/л, эр 3,8. Лейкоциты 6,4, Тромбоциты 243. СОЭ 9 мм/ч. Диагноз, тактика лечения

- Обильные, частые менструации при нерегулярном цикле. Анемия средней степени. Диагностическое выскабливание полости матки, затем после получения гистологии. Гестагены с 11 по 25 день цикла 3-4 месяца. Антианемическая терапия 2-3 месяца
- Обильные, частые менструации при регулярном цикле. Анемия средней степени. Диагностическое выскабливание полости матки, затем после получения гистологии. Гестагены с 11 по 25 день цикла 3-4 месяца. Антианемическая терапия 2-3 месяца
- Обильные, частые менструации при нерегулярном цикле. Анемия средней степени. Гормональный кюретаж: КОК 3 таблетки в сутки, затем 2 таблетки в сутки, затем 1 таблетка в сутки и до 21го дня, затем 7 дней перерыв и 2 цикла в контрацептивном режиме. Антианемическая терапия
- Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного возраста. Анемия легкой степени. Гормональный кюретаж: КОК 3 таблетки в сутки, затем 2 таблетки в сутки, затем 1 таблетка в сутки и до 21го дня, затем 7 дней перерыв и 2 цикла в контрацептивном режиме. Антианемическая терапия
- Обильные, частые менструации при нерегулярном цикле. Анемия легкой степени. Утеротоническая терапия окситоцин в/м №5, кровоостанавливающая терапия Тренакса 500 мг по 2т* 3 раза в день №3. Антианемическая терапия таблетированными препаратами в течении 3х месяцев

= Пациентка Р., 29 лет, обратилась в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на хорионический гонадотропин отрицательный. Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 162см, вес 64 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал патологических изменений не обнаружено. Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования соскоба: эндометрий поздней фазы пролиферации.

Диагноз. Тактика

- АМК-О. Рекомендовано КОК или гестагены во вторую фазу, в зависимости от репродуктивных планов
- ДМК репродуктивного возраста. Гиперплазия эндометрия. Рекомендована: ВМК-Мирена
- Неразвивающаяся беременность в раннем сроке. Контрацепция барьерная или КОК низкодозированные
- АМК-А. Диенгест 2 мг в сутки длительно, 6-9 месяцев
- АМК-М. консультация онкогинеколога для решения дальнейшего плана терапии

= Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боли при половом сношении. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением

придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных тубо-овариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 сутки. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: культия влагалища оканчивается слепо. Шейка, тело матки и придатки отсутствуют. Образований в малом тазу нет. Диагноз, план лечения

- Посткастрационный синдром. Лечение: ЗГТ чистыми эстрогенами внутрь или трансдермально
- Спаечная болезнь органов малого таза. Лечение: НПВС в свечах ректально, Ферментные препараты. Физиотерапия
- Посткастрационный синдром. Лечение: Эстриоловые свечи во влагалище, начиная с 1 суппозитория/день в течении недели. Снижая дозировку до 1 суппозитория 2 раза в неделю
- Посткастрационный синдром. Лечение: ЗГТ комбинированный препарат эстроген+гестаген или трансдермальный эстроген +пероральный прием гестагена
- Климактерический синдром средней степени тяжести. Лечение: МГТ комбинированный препарат эстроген+гестаген или трансдермальный эстроген +пероральный прием гестагена

= Пациентка Ю., 23 лет, предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, бесплодие.

Менструации с 13 лет, нерегулярные, с задержками на 2-3 мес., скудные, безболезненные. С 13 лет отмечает рост волос на задней поверхности бедер, голених, над губой. В браке 3 года, от беременности не предохраняется, беременность не наступает. П/м 1,5 месяца назад.

При осмотре - гипертрихоз кожи; пигментация и гиперкератоз в подмышечных, паховых областях, под молочными железами; ожирение с равномерным распределением жировой ткани.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются несколько увеличенные, плотноватые, безболезненные яичники.

Результаты обследований: УЗИ ОМТ: Матка 49*38*48мм, М-эхо 4мм, правый яичник 41*19*19мм, объем 14,8 см³, в 16 фолликулов до 6-7 мм, левый яичник 36*20*21мм, объем 15,2 см³, в срез 19 фолликулов до 3-4 мм.

Уровень гормонов: ФСГ 2,9 мМЕ/мл, ЛГ 9,2 мМЕ/мл, пролактин 421 мМЕ/л

Диагноз. План ведения

- СПКЯ. Нужно исследовать св.Тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП, инсулин, сахар крови. Сделать пробу с дексаметозоном. Стимуляция овуляции антиэстрогенами
- СПКЯ. Нужно исследовать св.Тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП. КОК с антиандрогенным эффектом длительно
- Мультифолликулярные яичники. Гиперпролактинемия. Сдать кровь на макропролактин. МРТ гипофиза. Достинекс 0,5 мг по 1т*2 раза в неделю в течение 2х месяцев
- Бесплодие. Гиперандрогения. Исследовать на кортизол, св.Тестостерон. КОК с антиандрогенным эффектом в течении 1 года
- Мультифолликулярные яичники. Гиперпролактинемия. Сдать кровь на макропролактин. МРТ гипофиза. Достинекс 0,5 мг по 1т*2 раза в неделю в течение 2х месяцев, противовоспалительная терапия в условиях дневного стационара

= Пациентка Р., 24 лет, предъявляет жалобы на редкие, скудные менструации. Менструации с 17 лет, нерегулярные, через 45-60 дней, по 2-3 дня, скудные, безболезненные. В браке 3 года. Имела одну беременность, которая самопроизвольно прервалась в раннем сроке. В данный момент беременность не планирует, так как поступила в докторантуру.

Объективно: спортивный тип телосложения, молочные железы гипопластичны, конической формы, отмечается избыточный рост волос на конечностях, внутренней поверхности бедер, промежности, в нижней части живота; на лице, спине и груди – аспе vulgaris.

St.genitalis: наружные половые органы развиты правильно, клитор незначительно увеличен.

Per vaginam: влагалище узкое, шейка матки субконической формы, зев закрыт. Тело матки несколько меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Яичники увеличены в размерах, правый несколько больше левого, плотные, безболезненные.

Данные УЗИ: гипоплазия матки, яичники незначительно, асимметрично увеличены, с кисточками диаметром 5-7 мм, капсула их не утолщена. По тестам функциональной диагностики выявлена низкая эстрогенная насыщенность. При проведении гормонального исследования: 17-ОН-прогестерон, ДЭА повышены, соотношение ЛГ/ФСГ – 1,5:1, проба с дексаметазоном положительная. Диагноз, лечение

- Синдром поликистозных яичников. Лечение: КОК (этинилэстрадиол 20мкг+ дроспиренон 3 мг)

- Синдром поликистозных яичников. Лечение: КОК (этинилэстрадиол 30мкг+левоноргестрел 0,15мг)

- Синдром поликистозных яичников. Лечение: КОК (этинилэстрадиол 20мкг +гестоден 75 мкг)

- Синдром поликистозных яичников. Лечение: КОК (этинилэстрадиол 30мкг+диеногест 0,03 мг)

- Синдром поликистозных яичников. Лечение: КОК (эстрадиол 20 мкг+левоноргестрел 150 мкг)

= Пациентка А., 19 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, до 17 лет были регулярные, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренно болезненные, не обильные. С 17 лет начала ограничивать себя в еде, потому что считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 10 кг веса, менструации прекратились. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Ела очень мало, объясняя это отвращением к пище. Периодически принимала слабительные средства. Половой жизнью не живет.

Объективно: рост 164 см, вес 43 кг. Кожа бледная, шелушится на локтях. Молочные железы дряблые. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела – 36,2о С. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При гинекологическом обследовании наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая. При ректоабдоминальном исследовании матка маленьких размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

По данным УЗИ тело матки размерами 30x30x21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхо линейное. Объем правого яичника – 3,8 см³, левого яичника - 3,2 см³.

Фолликулярный аппарат выражен слабо. Диагноз. План лечения

- Аменорея при нервной анорексии. Лечение: нормализация массы тела, психотерапия, витаминотерапия, циклическая гормональная терапия 3-6 месяцев

- Стрессовая аменорея. Лечение: психотерапия, седативные препараты, витаминотерапия
- Синдром поликистозных яичников. Лечение: нормализация массы тела, психотерапия, витаминотерапия, гормональная терапия комбинированными оральными контрацептивами 3-6 месяцев
- Гипопитуитаризм. Лечение: заместительная гормональная терапия
- Преждевременное истощение яичников. Лечение: заместительная гормональная терапия

= Пациентка Т., 7 лет, родилась от здоровых родителей, наследственность не отягощена. До трех лет росла и развивалась нормально. В возрасте 3-х лет заболела туберкулезным менингоэнцефалитом, по поводу которого лечилась в течение 4 лет в специализированной клинике. В возрасте 6 лет у девочки появились вторичные половые признаки (сначала стали увеличиваться молочные железы, затем появилось оволосение на лобке и в подмышечных впадинах), с 6 лет 7 месяцев появились нерегулярные скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно девочка выглядит старше своих лет (на 9-10 лет). Рост 134 см, вес 31 кг.

Отмечаются некоторые последствия перенесенного менингоэнцефалита: правосторонний гемипарез, моторная афазия, выраженная умеренная отсталость. Психика детская, говорит много, бессвязно, отмечается выраженная общая моторная возбудимость.

Степень полового созревания по Таннеру: В2Р2. При ректоабдоминальном исследовании определяется заметно увеличенная матка, придатки не определяются. Наружные половые органы инфантильны. Лабораторно-клинические, рентгенологические и эндокринологические исследования не выявили патологических данных. Выставлен диагноз: преждевременное половое развитие. Диагноз. Лечение

- Истинное изосексуальное преждевременное половое развитие церебрального генеза.

Лечение – терапия суперагонистами гонадолиберина минимум до 12 лет

- Истинное изосексуальное преждевременное половое развитие опухолевого генеза.

Лечение – терапия первичного заболевания

- Ложное преждевременное половое развитие. Лечение- оперативное удаление опухолей ОМТ

- Истинное гетеросексуальное преждевременное половое развитие церебрального генеза.

Лечение – терапия суперагонистами гонадолиберина минимум до 12 лет

- Неполная форма преждевременного полового развития. Витаминотерапия, психотерапия

= В приемный покой обратилась женщина с дочерью с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза: девочку 13,5 лет в течение 5-и месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Объективно: вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: МазАхЗРзМео. При пальпации живота определяется тугоэластичной консистенции образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона. При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректоабдоминальном исследовании в малом тазу определяется тугоэластичное образование. Предполагаемый диагноз. Обследование. Тактика лечения

- Атрезия гимена. Гематокольпос, гематометра. МРТ органов малого таза.

Крестообразный разрез девственной плевы.

- Опухоль малого таза. МРТ органов малого таза. Оперативное удаление опухоли.

- Атрезия цервикального канала. Гематометра. Лапароскопия. Аспирация содержимого.

- Атрезия гимена. Гематокольпос, гематометра. Терапия гестагенами в непрерывном режиме в течении 6-9 месяцев

- Миома матки. Рождение миоматозного узла. Гистероскопия. Удаление миоматозного узла.

= Пациентка 17 лет доставлена в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Со слов пациентки, накануне вечером после задержки менструации на 3 недели почувствовала тянущие боли внизу живота и в пояснице, были мажущие кровянистые выделения из половых путей; утром боли приняли схваткообразный характер, выделения из половых путей стали обильными, появились сгустки.

Из анамнеза: менархе 12 лет, менструации регулярные через 28–29 дней по 5–6 дней. Пациентка не живет половой жизнью.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.

St genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Девственная плева цела. выделения кровянистые, обильные, со сгустками. Per rectum; Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

Результаты обследований: ОАК нв 87 г/л, эр 2,8, тромбоциты 190, СОЭ 13мм/ч. УЗИ ОМТ заключение: фолликулярная киста. Гиперплазия эндометрия (Мэхо 19,5мм). Тактика

- Гормональный гемостаз, антианемическая терапия, противовоспалительная терапия
- Хирургическая дефлорация, выскабливание полости матки и цервикального канала
- Антибактериальная терапия
- Утеротоническая, антианемическая, противовоспалительная терапия
- Гормональный гемостаз КОКами начиная с 3-х таблеток в сутки, затем 2 таблетки в сутки и 1 таблетка до 21 дня
- Вакуум аспирация содержимого полости матки, утеротоническая, антианемическая терапия

= На прием к гинекологу обратилась пациентка 27 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Менструации по 3–4 дня, через 45–60 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., Окружность талии/Окружность бедер=0,86. Кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы.

St geniyalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Per vaginum: Матка anteflexio, versio, несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и слева пальпируются образования 4×4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие.

Выделения светлые в незначительном количестве.

Результаты обследования: УЗИ ОМТ Мака 42*30*40мм, М-эхо 2 мм, правый яичник в объеме 17см³, в срезе 20 фолликулов до 4-5 мм, Левый яичник в объеме 19см³ в срезе 23 фолликула до 3-4 мм в диаметре.

Сахар крови 5,6, Инсулин 27мМЕ/мл, ФСГ 4,6 мМЕ/мл, ЛГ 8,9мМЕ/мл, пролактин 321мМЕ/л.

Тактика

- КОК (Джес, Димиа или др), Метформин, диета, спорт, гипотензивные препараты
- Метформин, диета, достинекс, стимуляция овуляции
- КОК (жанин, Силуэт или др), достинекс, диета, спорт, гипотензивные препараты
- Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель), метформин, диета спорт
- КОК, Инсулин короткого действия, диета, спорт, достинекс

= Основной метод диагностики при менингитах

- люмбальная пункция
- нейросонография
- электроэнцефалография
- биохимический анализ крови
- томография головного мозга

= Какие отделы мозга поражаются при полиомиелите

- Мотонейроны спинного и головного мозга
- Белое вещество головного мозга
- Синапсы для проведения нервного импульса
- Серое вещество спинного мозга
- Миелиновая оболочка нерва

= Какой основной элемент сыпи наблюдается при типичном течении краснухи

- Мелкопятнистая
- Розеолезная сыпь
- Буллезная сыпь
- Уртикарная сыпь
- Геморрагическая сыпь

= Какова частота приступов кашля в сутки при среднетяжелой форме коклюша

- 15-25
- 1-10
- 10-15
- 45-55
- 30-45

= Для какого менингита характерен лимфоцитарный цитоз

- Энтеровирусного менингита
- Менингококкового менингита
- Пневмококкового менингита
- Гемофильного менингита
- Стафилококкового менингита

= Симптом характерный для менингита у детей до 1 года

- симптом Лессажа
- симптом Брудзинского – верхний
- симптом Брудзинского – нижний
- симптом Брудзинского – средний
- симптом Кернига

= Наиболее характерные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при вирусных гепатитах у детей являются

- Брадикардия
- Тахикардия
- Пароксизмальная аритмия
- Ритм «галопа»
- Грубый дующий шум на V точке

= У больного обнаружены пленчатые налеты на миндалинах, пропитанные кровью, грязно – черного цвета, плотные, трудно снимаются, место после снятия налета кровоточит. На

коже у ребенка имеются кровоизлияния на местах инъекции. Выскажите предположение, какая форма дифтерии у ребенка

- геморрагическая форма
- гипертоксическая форма
- локализованная форма
- распространенная форма
- токсическая форма

= Ребенок 3 лет, болен 2-й день. Заболевание началось с подъема температуры тела до 37,4⁰С и появления сыпи. Сыпь на неизменном фоне кожи, необильная, в виде мелких пятнышек и везикул. На следующий день число элементов сыпи увеличилось, обнаружены единичные корочки. Ваш предполагаемый диагноз

- Ветряная оспа
- Корь
- Краснуха
- Скарлатина
- Псевдотуберкулез

= Ребенок 5 лет. На коже лица, разгибательных поверхностях сыпь розового цвета пятнистого характера, не сливается, отмечается увеличение затылочных лимфоузлов. Ваш диагноз

- краснуха
- корь
- скарлатина
- лимфаденит
- паротит

= Ребенку 8 мес. Т-39 градусов, жидкий необильный стул со слизью, кровью, губы сухие, перед каждым актом дефекации появляется покраснение лица и плач. Живот слегка вздут, болезненность в левой подвздошной области. Какой наиболее вероятный диагноз

- Шигеллёз
- Сальмонеллез
- Ротавирусный гастроэнтерит
- Холера
- Энтеровирусная инфекция

= У ребенка 12 лет в течение 8 месяцев после перенесенной ВГВ-инфекции отмечается биохимическая ремиссия. Размеры печени в пределах возрастной нормы. Жалоб нет. Какие из нижеперечисленных серологических показателей свидетельствуют о завершении инфекционного процесса

- Анти-НВс IgG
- НВе Ag
- Анти-НВс IgM
- НВс Ag
- Анти-НВе - IgM

= У ребёнка 2 мес. аппетит снижен, пьет неохотно. Кожные покровы с сероватым оттенком, сухие на ощупь, тургор тканей снижен, кожная складка расправляется очень медленно. Большой родничок западает. Глаза запавшие. Сухость слизистых оболочек. Вес до заболевания 3,500 кг, при поступлении 3,000 кг. Какая степень эксикоза у ребенка в данном случае

- 1
- 2
- 4
- нет обезвоживания

= У ребенка обнаружено увеличение печени. В крови: ИФА - анти HAV 1gM. Какой диагноз наиболее вероятен

- ВГА
- ВГД
- ВГВ
- ВГС
- ВГЕ

= Ребенок 10 лет обратился в поликлинику на 1-ый день болезни. Заболел остро через 5 часов после посещения гостей: боли в эпигастрии и вокруг пупка, тошнота, рвота 3-4 раза. Стул обильный, с примесью слизи, темно-зеленого цвета, зловонный. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен

- сальмонеллез
- холера
- дизентерия
- эшерихиоз
- амебиаз

= Ребенок 14 лет обратился к участковому врачу в 1-ый день заболевания с жалобами на насморк, головную боль, боль в горле, сухой кашель, жжение в глазах. Объективно: Температура 38,5С. Слизистые ротоглотки ярко гиперемированы, зернистость задней стенки глотки, гнойных налетов нет. Инъекция сосудов склер. Дыхание через нос затруднено, серозно-слизистого характера. Кашель сухой, не продуктивный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Назначен цефазолин в/м, тамифлю по схеме, полоскание горла раствором фурациллина, парацетамол, нафтизин. Найдите ошибку в назначениях

- цефазолин в/м
- тамифлю по схеме
- парацетамол
- нафтизин
- полоскание горла раствором фурациллина

= У ребенка 15 лет, жалобы слабость, тошноту, рвоту до 2 раз, потемнение мочи. Кожа умеренно желтушной окраски, склеры иктеричные, печень + 2,0 см. Б/х крови: билирубин 120 ммоль/л, прямой 98 ммоль/л, АЛТ 463 ед/л (при норме - 44 ед/л), тимоловая проба 15 ед., анализ ИФА- аHAV IgM - положительный. Какова длительность срока наблюдения за контактными в очаге

- 35 дней
- 7 дней
- 14 дней
- 3 месяца
- 6 месяцев

= У ребенка с ОКИ кровь в стуле. Какой препарат вы выберете для лечения ребенка по программе ИВБДВ

- ципрофлоксацин
- амикацин

- пенициллин
- цефтриаксон
- фуразолидон

= У ребенка 3-х лет, с диагнозом дифтерия ротоглотки отмечались отечность под глазами и нижних конечностей по утрам, при обследовании в общем анализе мочи обнаружены протеинурия, гематурия, цилиндрурия, положительный симптом поколачивания. О каком осложнении данного заболевания врач должен думать, прежде всего

- гломерулонефрит
- пиелэктазия
- инфекция мочевыводящих путей
- мочекаменная болезнь
- нефроптоз

= В приемный покой поступил ребенок с диагнозом гнойная ангина. Объективно: сладковато-приторный запах изо рта, определяется умеренная гиперемия ротоглотки, на миндалинах бело-серый налет, плохо снимающийся шпателем, после снятия налета отмечается симптом «росы». Положительный анализ мазка из зева на VL. Какова Ваша первоначальная тактика лечения данного пациента

- введение противодифтерийной сыворотки
- введение гаммаглобулина
- введение противоботулинистической сыворотки
- введение иммуноглобулина
- введение противостолбнячная сыворотка

= В отделение интенсивной терапии поступил ребенок с необычной реакцией на препарат. Как называется явление, характеризующее повышением чувствительности и изменением реакции на лекарственные вещества, обусловленное наследственными ферментопатиями

- Идиосинкразия
- Пристрастие
- Привыкание
- Суммация
- Кумуляция

= В родильном отделении родился ребенок с недоразвитой рукой. Каким термином обозначается действие лекарственных препаратов, вызывающее возникновение врожденных уродств у плода

- Тератогенное
- Канцерогенное
- Аллергия
- Местное
- Резорбтивное

= При одновременном применении антибиотиков из группы тетрациклинов с антацидными средствами уменьшается их всасывание. Какой тип несовместимости наблюдается в данной ситуации

- Фармакокинетическая несовместимость
- Синергизм препаратов
- Фармакодинамическая несовместимость
- Фармацевтическая несовместимость
- Функциональный антагонизм препаратов

= Проконсультируйте врача-интерна, почему одновременно с препаратами железа нецелесообразно применять антацидные средства

- Ухудшается всасывание препаратов железа
- Увеличивается связывание с белками крови
- Нарушается депонирование железа в организме
- Усиливается интоксикация препаратами железа
- Ускоряется элиминация препаратов железа

= Ребенку 10 лет с респираторным заболеванием назначили парацетамол для снижения температуры тела. К какому виду фармакотерапии следует отнести это лечение

- Симптоматическое
- Адаптационное
- Этиотропное
- Патогенетическое
- Заместительное

= При отпуске лекарственных средств в аптеке провизор обратил внимание на нецелесообразность одновременного использования цианокобаламина и тиамина хлорида. Как называют тип взаимодействия этих лекарств

- Фармацевтический
- Синергизм
- Фармакокинетический
- Фармакодинамический
- Антагонизм

= Как называется относительное количество лекарственного вещества, которое поступает в системное кровообращение из места введения

- Биодоступность
- Период полуэлиминации
- Период полувыведения
- Объем распределения
- Период полуабсорбции

= При отравлении фосфорорганическими соединениями используют атропин. Какое явление лежит в основе антидотного действия

- Антагонизм
- Привыкание
- Синергизм
- Потенцирование
- Химическая несовместимость

= Во время оперативного вмешательства с применением миорелаксанта тубокурарина у пациента развилось нарушение дыхания, которое было ликвидировано после введения прозерина. Какому термину соответствует указанное взаимодействие между лекарствами

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Несовместимость

= **Что характерно для ионизированных соединений**

- плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте

- хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо реабсорбируются в почечных канальцах
- транспортируются так же, как неионизированные
- легко проникают через гематоэнцефалический барьер

= **Какая особенность характерна для лекарств, которые назначаются при функциональной недостаточности печени и почек**

- при почечной недостаточности снижаются суммарный клиренс многих препаратов и скорость их удаления, поэтому обычные режимы введения ЛС могут привести к накоплению препаратов и повышению их токсичности. Также при печеночной недостаточности изменяется метаболизм, может замедляться – тогда накопление или быстро, то резкий скачок активных метаболитов, или видоизменяется взаимодействие - что также может привести к токсичности
- биотрансформация лекарственных веществ ускоряется
- активность лекарственных веществ снижается
- продолжительность действия лекарственных веществ увеличивается
- отмечается более быстрое выведение лекарственных веществ из организма

= **Как называется вещество, которое соединяется с одним подтипом рецепторов как агонист, в другом как антагонист**

- агонист –антагонист
- конкурентный антагонист
- необратимый антагонист
- обратный агонист
- нейтральный антагонист

= **FDA обозначает буквами А,В,С,Д и Х лекарства, назначаемые человеку. Для чего нужна эта классификация**

- риск для плода, если назначается беременной женщине
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения, в случае снижения плазменного клиренса креатинина
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции печени
- относительная степень безопасности
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции почек

= **В диапазоне каких доз проявляется побочное действие лекарственных средств**

- терапевтических
- суточных
- токсических
- летальных
- курсовых

= **Какие молекулярные изменения делают мембрану нервных клеток более чувствительной к действию местных анестетиков**

- увеличение внеклеточной концентрации K^+
- увеличение внеклеточной концентрации Ca^{++}
- увеличение внеклеточной концентрации Na^+
- уменьшение внеклеточной концентрации Cl^-
- увеличение внеклеточной концентрации Mg^{++}

= С какой целью местные анестетики выпускаются в виде солянокислых солей

- для большей стабильности и увеличения водорастворимости
- для уменьшения токсичности
- повышения стабильности и увеличения липофильности
- уменьшения повреждения тканей и большей активности
- увеличения активности

= Почему прокаин нельзя комбинировать с сульфаниламидами

- является антагонистом сульфаниламидов
- является синергистом сульфаниламидов
- способствует избыточной кумуляции сульфаниламидов
- блокирует сульфаниламидные группы
- препятствует проникновению сульфаниламидов через мембраны

= **Какова** причина низкой активности местных анестетиков при воспалении

- кислая среда в очаге воспаления и невозможность перейти в основание
- щелочная среда в очаге воспаления и инактивация анестетиков
- ишемизация тканей и уменьшение всасывания анестетиков
- уменьшение растворимости анестетиков в воде
- усиление липофильности

= Какой из ниже представленных препаратов может маскировать симптомы гипогликемии при лечении больных сахарным диабетом

- бета-адренергический антагонист
- альфа –адренергический агонист
- адренергический антагонист
- бета- адренергический агонист
- холинергический агонист

= Данный препарат относится к группе препаратов сульфонилмочевины. Недостатки его применения при сахарном диабете - быстрое развитие резистентности. О каком препарате идет речь

- глибенкламид
- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= При введении фармакологической дозы эпинефрина наблюдается (среди прочих эффектов) прямое увеличение частоты ритма сердца, сократимости и проводимости. Какой адренорецептор ответственен за эти сердечные эффекты

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Существуют различные офтальмологические препараты, с разными механизмами действия, используемые для лечения хронической открыто-угольной глаукомы. Какой из них снижает внутриглазное давление за счет уменьшения образования внутриглазной жидкости

- тимолол

- эхотиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Высоко селективные ингибиторы ЦОГ-2 имеет противовоспалительный эффект и незначительное побочное действие на слизистую желудка по сравнению с аспирином.

Какой эффект отсутствует у этих препаратов и имеется у аспирина

- антиагрегантный
- анальгетический
- противовоспалительный
- жаропонижающий
- угнетение ЦОГ

= Какой снотворный препарат при аллостерическом взаимодействии с макромолекулярным комплексом ГАМК_A приводит к более частому открытию ионофоров хлора

- феназепам
- этаминал-натрия
- натрия оксибутират
- золпидем
- мелатонин

= **Какой** препарат, применяемые для лечения подагрического артрита, используется также для закрытия ductus arteriosus у недоношенных детей

- индометацин
- препараты золота
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= НПВС, такие как аспирин, могут вызвать аллергические реакции у некоторых пациентов. Что нужно заблокировать, чтобы предупредить лекарственную аллергию

- липооксигеназу
- фосфолипазу А-2
- ЦОГ-1
- ЦОГ-2
- лейкотриеновые рецепторы

= Какой препарат применяется для обезболивания и периферической вазодилатации

- морфин
- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Что относится к диагностической триаде при передозировке наркотическими анальгетиками

- миоз, коленный рефлекс, следы инъекций
- мидриаз, кома и гипервентиляция
- мидриаз, лихорадка, абдоминальные боли
- миоз, тремор, рвота

-мидриаз, рвота

= Как изменится действие морфина при комбинации его с наркотическими средствами

-усилится

-уменьшится

-не изменится

-замедлится всасывание

-усилится метаболизм

= Какой диуретик вызывает гиперурикемию и гипомагниемия

-гидрохлортиазид

-триамтерен

-спиронолактон

-ацетазоламид

-амилорид

= В ходе проведения дескалационной фармакотерапии сепсиса произошло «накопление» фармакологического эффекта антибактериального препарата. Какое явление имеет место в данной клинической ситуации

-функциональная кумуляция

-потенцирование

-тахифилаксия

-абстиненция

-синергизм

= Какое пероральное производное имидазола используется для лечения поверхностных и системных микозов. Препарат очень гепатотоксичен

-кетоназол

-микогептин

-амфотерицин Б

-тербинафин

-нистатин

= Где находится $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$ ко-транспортер, который угнетается фуросемидом

-восходящая часть петли Генле

-собирательные трубочки

-нисходящая часть петли

-проксимальный отдел канальца

-дистальный отдел канальца

= 10-летней девочке с аллергической астмой назначен натрия кромогликат. Каков механизм действия препарата

-угнетение высвобождения медиаторов

-угнетение мускариновых рецепторов

-угнетение 5-липоксигеназы

-угнетение фосфодиэстеразы

-активация β -адренергических рецепторов

= 16 – летней девочке был назначен препарат для лечения бронхиальной астмы, который индуцировал сокращения скелетных мышц (тремор). Какой препарат вызывает подобные эффекты

-сальбутамол

- беклометазон
- кромолин
- ипратропиум
- монтелукаст

= FDA отмечает, что после длительного применения селективных бронходилататоров типа сальметерол, увеличилось число смертельных исходов у больных с бронхиальной астмой. Какой из ниже следующих феноменов объясняет этот фатальный побочный эффект

- толерантность бета-2-рецепторов - спазм бронхиол вязкой мокротой
- анафилактический шок
- гипертонический криз
- угнетение синтеза, освобождения кортизона
- спазм бронхиол вязкой мокротой

= Глюкокортикоиды широко используются для лечения различных воспалительных заболеваний. Что является главной мишенью действия при назначении глюкокортикоидов в фармакологической дозе

- фосфолипаза A2
- циклооксигеназа
- гистидин декарбоксилаза
- 5 –липооксигеназа
- ксантин оксигеназа

= Многие виды патологических реакций (воспаление, отек легкого, шок) сопровождаются повышением проницаемости сосудов. Какой из перечисленных веществ можно использовать для устранения данных явлений

- Преднизолон
- Ацетилсалициловая кислота
- Дифенгидрамин
- Прометазин
- Индометацин

= Ребенок в возрасте 12 лет поступил в клинику по поводу бронхопневмонии. Страдает хроническим отитом. Какая группа антибиотиков противопоказана в данной ситуации

- аминогликозиды
- пенициллины
- макролиды
- линкозамиды
- цефалоспорины

= В инфекционное отделение больницы госпитализирован ребенок с диагнозом менингит. Лабораторными исследованиями установлено, что возбудитель чувствителен ко многим противомикробным средствам, но у больного обнаружены явления анемии. Какой препарат противопоказан больному

- Хлорамфеникол
- Гентамицина сульфат
- Ампициллина тригидрат
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Почему имипенем вводится вместе с циластатином

- циластатин угнетает фермент в почках, разрушающий имипенем
- циластатин усиливает эффект
- циластатин предупреждает побочные эффекты
- циластатин улучшает всасывание
- циластатин усиливает метаболизм

= У 16-летнего пациента получающего лечение по поводу лейкемии появилась лихорадка. Врач назначил несколько препаратов, обладающих антибактериальным, противовирусным и противогрибковым свойствами. Через 2 дня у него развилась острая почечная недостаточность. Какой препарат ответственен за это

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Ребенку с туберкулезом назначили изониазид как часть комбинированной терапии. Врач решил назначить дополнительно витамин В₆. Какова главная причина для назначения витамина В₆

- предупреждает побочные эффекты изониазида
- усиливает противотуберкулезный эффект
- усиливает всасывание
- усиливает экскрецию
- усиливает метаболизм

= Метаболизм какого противотуберкулезного препарата находится под генетическим контролем

- Изониазид
- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= Пациенту Б., 16 лет с диагнозом: Язвенная болезнь. Язва ДПК, стадия обострения назначена эрадикационная терапия: омепразол 40 мг/сут + кларитромицин 1000мг/сут + амоксициллин 1000мг/сут. Выбор какого лекарственного средства и его режима дозирования является нерациональным в данной клинической ситуации

- амоксициллина в недостаточной дозировке
- омепразола в недостаточной дозировке
- кларитромицина в высокой дозировке
- омепразола в высокой дозировке
- кларитромицина в недостаточной дозировке

= У пациентки К., 10 лет на фоне лечения ДЖВП развились клинические проявления диспепсического синдрома (изжога). Назначение какого лекарственного средства для купирования изжоги наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- гидроксид магния
- омепразол
- ранитидин
- мизопростол
- висмута субцитрат

= Пациенту И., 16 лет с впервые диагностированной язвенной болезнью ДПК в стадии обострения показана эрадикационная терапия. Назначение какой схемы лечения является наиболее рациональной в данной клинической ситуации

- омепразол +кларитромицин +амоксициллин
- рабепразол+метронидазол +амоксициллин
- омепразол+кларитромицин +ампициллин
- лансопразол +метронидазол +субцитрат висмута
- рабепразол +кларитромицин +ранитидин

= Ребенок 6 лет с диагнозом Хронический пиелонефрит, латентное течение, активность I, стадия обострения, ХПН 0. Использование какого антибактериального препарата противопоказано в данной клинической ситуации

- ципрофлоксацин
- цефаклор
- амоксициллин/клавуланат
- цефуроксим
- нитрофурантоин

= У пациентки М., 14 лет развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- цефазолин
- цефепим
- метронидазол
- гентамицин

= У пациентки У., 6 лет с клиникой острого пиелонефрита на фоне приема антибактериального средства без назначения врача (по совету соседки) появились признаки гипоплазии и изменения цвета зубной эмали, замедление линейного роста костей. Применение какого антибактериального средства спровоцировало развитие нежелательных побочных эффектов в данной клинической ситуации

- тетрациклин
- бензилпенициллин
- эритромицин
- гентамицин
- линкомицин

= У пациента Д., 15 лет на догоспитальном этапе развился приступ почечной колики. Назначение какого лекарственного средства с анальгетической целью наиболее рационально при оказании неотложной помощи в данной клинической ситуации

- ибупрофен
- ацетаминофен
- ацетилсалициловая кислота
- фентанил
- омнопон

= У пациента А., 14 лет диагностирован хронический вторичный пиелонефрит, стадия обострения, активность II, ХПН I. Назначение какого лекарственного препарата для эмпирической терапии является нецелесообразным в данной клинической ситуации

- азитромицин
- ципрофлоксацин

- амоксициллин/клавуланат
- цефуроксим
- цефтриаксон

= У пациента Е., 5 лет появились клинические симптомы острого цистита. Назначение какого антибактериального средства не рационально в данной клинической ситуации

- эритромицин
- цефтазидим
- фосфомицин
- цефуроксим
- нитрофурантоин

= У пациента В., 15 лет диагностирован острый пиелонефрит. В анамнезе имеется непереносимость препаратов пенициллинового ряда. Назначение какого антибактериального препарата с эмпирической целью наиболее рационально в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефтазидим
- хлорамфеникол
- амикацин

= У ребенка 6 лет диагностирована внебольничная пневмония легкой степени тяжести. Сопутствующей патологии не выявлено. Какое лекарственное средство наиболее целесообразно для проведения эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента

- амоксициллин
- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- хлорамфеникол

= К врачу педиатру обратился ребенок 10 лет с клиническими признаками острой пневмонии. Какие группы антибактериальных препаратов разрешены к применению у детей

- цефалоспорины
- аминогликазиды
- фторхинолоны
- сульфаниламиды
- тетрациклины

= У ребенка 15 лет с хроническим бронхитом выявлена пневмония средней тяжести; в амбулаторных условиях назначен амоксициллин\клавуланат внутрь по 625 мг 2 р\с. На 2-е сутки у больного ребенка развилась зуд, крапивница. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- азитромицин внутрь
- цефуроксим внутрь
- бензилпенициллин в\м
- моксифлоксацин внутрь
- ампициллин в\м

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Назначен препарат в течение 3 суток, обладающий постантибиотическим эффектом. Какой антибактериальный препарат был назначен в данной клинической ситуации

- Азитромицин
- Ампициллин
- Цефтриаксон
- Цефазолин
- Эритромицин

= Больной ребенок 15 лет, наблюдается у врача педиатра амбулаторно с диагнозом: Острая правосторонняя очаговая пневмония. Пациенту в качестве эмпирической терапии врач назначил гентамицин 160мг/сут. Является ли назначение гентамицина обоснованным в данной клинической ситуации

- нет, так как гентамицин не является препаратом выбора для лечения внебольничной пневмонии
- да, так как аминогликозиды обладают широким спектром действия
- нет, так как снижена рекомендуемая суточная доза
- нет, так как прием препарат может вызвать нежелательные побочные эффекты
- да, так как аминогликозиды применяются для лечения внебольничной пневмонии

= Больной ребенок 14 лет, обратился к детскому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, боль в правой половине грудной клетки, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, слабость, головную боль. Заболел остро после переохлаждения. При объективном осмотре состояние больной относительно удовлетворительное, страдает за счет симптомов интоксикации. При перкуссии в нижних отделах справа укорочение легочного звука, аускультативно - выслушивается крепитация. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 30мм/ч. Назначение какого лекарственного средства наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- амоксциллин/клавуланат
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем
- оксациллин

= У больного ребенка 10 лет с диагнозом правосторонняя пневмония на фоне антибактериальной терапии в течение 3-ех суток амоксициллином/клавуланатом, отхаркивающих препаратов, дезинтоксикационной терапии состояние без улучшения, сохраняется гипертермия. Какая тактика наиболее целесообразна в данной клинической ситуации

- смена антибактериального препарата
- увеличение дозы антибактериального препарата
- переход на пероральную форму препарата
- уменьшение дозы антибактериального препарата
- назначение дополнительного антибактериального препарата

= У пациента А., 15 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза обострения, ДН II на фоне лечения появились дополнительные жалобы на чувство сухости и жжения во рту, першение в горле. При осмотре – слизистая ротовая полость гиперемирована, имеются белесоватые высыпания. Применение какой группы лекарственных средств могло

спровоцировать развитие нежелательного побочного эффекта в данной клинической ситуации

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- блокаторы лейкотриеновых рецепторов
- β2-адреномиметики длительного действия
- М-холинолитики
- β2-адреномиметики короткого действия

= Это устройство для проведения ингаляции, использующее сверхмалое дисперсное распыление ЛС. Является оптимальным средством доставки ЛС при бронхиальной астме и других респираторных заболеваниях у детей в специализированных отделениях и отделениях интенсивной терапии, а также при оказании неотложной помощи. О каком устройстве идет речь

- небулайзер
- дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ)
- порошковый ингалятор (ПИ)
- спейсер
- спинхалер

= Какой наиболее частый побочный эффект наблюдается у детей при применении ингаляционных глюкокортикостероидов

- кандидоз ротовой полости
- остеопороз
- надпочечниковая недостаточность
- диарея
- отеки

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какой антипиретик является наиболее безопасным в детской практике

- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота
- диклофенак натрий
- индометацин
- метамизол натрий

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какой препарат является альтернативным жаропонижающим средством в детской практике

- ибупрофен
- парацетамол
- мелноксикам
- нимесулид
- индометацин

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какая рекомендуемая доза ибупрофена для детей при гипертермии

- 6-10 мг/кг
- 10-20 мг/кг
- 1-2 мг/кг
- 30-50 мг/кг

-24-32 мг/кг

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какая рекомендуемая доза парацетамола для детей при гипертермии

-10-15 мг/кг

-20-25 мг/кг

-30-35 мг/кг

-40-45 мг/кг

-50-55 мг/кг

= Пациент С., 10 лет принимает препарат железа. Одновременное употребление какого продукта может уменьшить всасывание железа

-чай

-фрукты

-мясо

-крупы

-шоколад

= Пациентка С., 15 лет принимает препарат железа. При превышении какой суточной дозы препаратов железа можно ожидать развития дозозависимых побочных эффектов

-100мг/сут

-50мг/сут

-40мг/сут

-60мг/сут

-70мг/сут

= У ребенка на фоне ОРВИ высокая температура, педиатр назначил парацетамол. Какая суточная дозировка парацетамола является максимально допустимой у детей

-60 мг/кг

-100 мг/кг

-15 мг/кг

-120 мг/кг

-150 мг/кг

= Пациентка С., 5 лет принимает препарат железа. Для лечения железодефицитной анемии у детей до 5 лет предпочтительно назначать препараты железа в какой форме выпуска

-раствор для приема внутрь или сиропа

-таблетки или драже

-таблетки или капсулы

-таблетки или гранулы

-таблетки или леденцы для рассасывания

= У пациента 15 лет диагностирована подростковая артериальная гипертензия. Сопутствующая патология не выявлена. Назначение какой группы гипотензивных препаратов из перечисленных является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

-блокаторов кальциевых каналов

-бета-адреноблокаторов

-диуретиков

-симпатолитиков

-Альфа-2-агонисты

= У подростка 17 лет диагностирована артериальная гипертензия. Также имеется фоновая патология – сахарный диабет 1 типа. Назначение гипотензивных препаратов какой из перечисленных лекарственных групп является наиболее целесообразным с учетом сопутствующей патологии

- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- альфа-адреноблокаторов
- диуретиков
- симпатолитиков

= У ребенка диагностирована артериальная гипертензия. Какая группа препаратов наиболее часто используется для контроля артериальной гипертензии у детей

- ингибиторы АПФ
- бета -адреноблокаторы
- петлевые диуретики
- симпатолитики
- вазодилататоры

= У пациентки диагностирован ювенильный ревматоидный артрит. На фоне терапии сульфасалазином развился побочный эффект, развитие которого обусловлено режимом дозирования препарата. Какие из нижеперечисленных нежелательных побочных реакций при приеме сульфасалазина относятся к дозозависимым

- диспептические явления
- крапивница
- фиброзный альвеолит
- агранулоцитоз
- экссудативный дерматит

= К какому из нижеперечисленных терминов соответствует следующее определение: «систематически разработанные утверждения или рекомендации для оказания помощи практическому врачу при выборе подходящего метода диагностики и лечения в специфических клинических обстоятельствах

- клиническое руководство
- клинический протокол
- стандарт лечения
- карта ухода
- медицинский алгоритм

= В клинических испытаниях нового препарата для снижения уровня триглицеридов крови пациенты случайным образом были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали препарат, второй группы – плацебо. Пациенты знали свою принадлежность к группе. Какой дизайн исследования описан

- открытое РКИ
- когортное исследование
- простое слепое РКИ
- двойное слепое РКИ
- тройное слепое РКИ

= В больнице были зафиксированы случаи рождения детей с врожденной патологией. Врачами выдвинута гипотеза о связи между приемом матерями во время беременности

препарата бендектина и развитием тератогенного эффекта. Какой дизайн исследования описан

- описание случая или серии случаев
- когортное исследование
- исследование «случай-контроль»
- контролируемое исследование без рандомизации
- мета-анализ

= С целью определения влияния длительной (не менее 1 мес) антиагрегантной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений, анализировали результаты 145

рандомизированных испытаний, в которых сравнивали эффект длительной антиагрегантной терапии и плацебо, и 29 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали разные схемы антиагрегантной терапии. Какой дизайн исследования описан

- систематический обзор РКИ
- рандомизированное клиническое испытание
- когортное исследование
- описание серии случаев
- исследование «случай-контроль»

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «доказательства убедительны: есть веские доказательства в пользу применения данного метода

- A
- B
- C
- D
- E

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение

- B
- A
- C
- D
- E

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

- C
- A
- B
- D
- E

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного метода в определенной ситуации

- D

- А
- В
- С
- Е

= С противовоспалительной целью пациенту назначен препарат из группы НПВС. Какой основной побочный эффект может развиваться при использовании препаратов данной группы

- кровотечение
- синдром отмены
- угнетение ЦНС
- дизурия
- контрактура сустава

= Данный препарат относится к группе нестероидных противовоспалительных средств. Является селективным в отношении ЦОГ1. О каком препарате идет речь

- целекоксиб
- парацетамол
- диклофенак натрия
- ацетилсалициловая кислота
- ибупрофен

= Во время изучения фармакокинетики нового лекарственного препарата, был рассчитан общий клиренс. Для определения каких параметров препарата необходима полученная информация, в случае его применения в клинической практике

- подбора поддерживающей дозы
- прогнозирования клинической эффективности
- токсичности, терапевтического индекса
- режима дозирования, интервала между дозами
- прогнозирования побочных эффектов

= Во время проведения ретроспективной клинико-фармакологической экспертизы медицинской карты, врач клинический фармаколог отметил одновременное использование слишком большого числа ЛС (зачастую необоснованно) у одного пациента при лечении основного заболевания. Какое явление имеет место в данной ситуации

- полипрагмазия
- потенцирование
- суммация эффектов
- синергизм
- антагонизм

= Пациенту предстоит фармакотерапия препаратом с малой широтой терапевтического действия. Какой путь введения необходимо выбрать врачу, для того что бы снизить опасность передозировки

- внутривенный
- ректальный
- пероральный
- накожный
- сублингвальный

= Данный антибактериальный препарата имеет широкий спектр действия, включающий грам(+) и грамм (-) бактерии, анаэробы, спирохеты, риккетсии. Однако клиническое

применение данного ЛС ограничено из-за опасности тяжелых нарушений кроветворения (апластическая анемия). О каком препарате идет речь

- хлорамфеникол
- азтреонам
- гентамицин
- оксациллин
- фуразолидон

= Механизм бронходилатирующего действия данного лекарственного средства обусловлен ослаблением или прекращением взаимодействия ацетилхолина с М-холинорецепторами на уровне постсинаптической мембраны. О каком лекарственном средстве идет речь

- Ипратропия бромид
- Монтелукаст
- Сальбутамол
- Формотерол
- Теофиллин

= У пациента 3 лет выявлена внебольничная пневмония легкой степени тяжести. В анамнезе наличие аллергии к препаратам группы пенициллинов и цефалоспоринов. Назначение каких групп лекарственных средств для эмпирической антибактериальной терапии наиболее приемлемо в данной ситуации

- макролидов
- нитроимидазолов
- аминогликозидов
- карбапенемов
- монобактамов

= На фоне бесконтрольного приема бронходилатирующего препарата в ингаляционной форме у пациента развилась гипокалиемия. Прием какого лекарственного средства могло спровоцировать развитие побочного эффекта в данной клинической ситуации

- сальбутамол
- теофиллин
- беклометазон
- кромоглициевая кислота
- зафирлукаст

= У пациентки А., 10 лет имеются признаки диареи, неинфекционного происхождения вследствие погрешности в диете и нервно-психического расстройства. Назначение какого обстипационного средства показано в данной клинической ситуации

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин
- метоклопрамид
- бисакодил

= Данное лекарственное средство является противорвотным средством. Механизм действия обусловлен конкурентной высокоселективной блокадой центральных и периферических 5HT₃-рецепторов серотонина. Применяется для предупреждения тошноты и рвоты при применении цитотоксических химиотерапевтических средств, лучевой терапии. О каком препарате идет речь

- ондасетрон

- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= Данная группа лекарственных средств нейтрализует находящуюся в желудке соляную кислоту, не влияя на её продукцию, уменьшая протеолитическую активность желудочного сока. О какой группе ЛС идет речь

- антациды
- гастроцитопротекторы
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- ферментные препараты

= Данный препарат является высокоактивным гемопоэтическим, метаболическим средством, являющимся основой заместительной терапии дефицита витамина B₁₂. О каком препарате идет речь

- цианокобаламин
- эритропоэтин
- железа сульфат
- фитоменадион
- никотиновая кислота

= Антиаритмическое действие данного препарата обусловлено избирательным блокированием кальциевых каналов на мембранах клеток, что приводит к угнетению деполяризации и замедлению проведения в тканях с "медленным ответом", прежде всего в атриовентрикулярном узле. О каком препарате идет речь

- дилтиазем
- амиодарон
- бисопролол
- лидокаин
- пропафенон

= Механизм действия данного антиагрегантного лекарственного средства обусловлен влиянием на метаболизм арахидоновой кислоты. О каком препарате идет речь

- ацетилсалициловая кислота
- теофиллин
- клопидогрель
- абциксимаб
- дипиридамол

= Какой механизм действия лежит в основе противовирусного действия ацикловира

- ингибирует ДНК-полимеразу и применяется при герпетических заболеваниях
- угнетает синтез РНК и применяется при гриппе
- ингибирует обратную транскриптазу ДНК вирусов и применяется при СПИДе
- ингибирует виروهексис и применяется при ОРВИ

= В отделение интенсивной терапии поступил больной с необычной реакцией на препарат, Как называется явление, характеризующее повышением чувствительности и изменением реакции на лекарственные вещества, обусловленное наследственными ферментопатиями

- Идиосинкразия
- Пристрастие

- Привыкание
- Суммация
- Кумуляция

= В родильном отделении родился ребенок с недоразвитой рукой. Каким термином обозначается действие лекарственных препаратов, вызывающее возникновение врожденных уродств у плода

- Тератогенное
- Канцерогенное
- Аллергия
- Местное
- Резорбтивное

= В наркологическое отделение поступил больной с синдромом зависимости от опиоидов (код МКБ F11.2) Врач отметил снижение фармакологической активности морфина. Как называется явление, характеризующее снижением эффективности препарата при его повторном введении

- Привыкание
- Антагонизм
- Материальная кумуляция
- Суммация
- Функциональная кумуляция

= После длительного применения изосорбида мононитрата для профилактики приступов стенокардии, больной обратил внимание на снижение эффекта последнего. Какое явление имело место

- Толерантность
- Аллергия
- Кумуляция
- Потенцирование
- Физическая зависимость

= У наркоманов после завершения действия наркотического средства развиваются тяжелые психические, неврологические и соматические нарушения. Как называется данный симптомокомплекс

- Абстинентный синдром
- Кумуляция
- Идиосинкразия
- Сенсибилизация
- Толерантность

= При одновременном применении антибиотиков из группы тетрациклинов с антацидными средствами уменьшается их всасывание. Какой тип несовместимости наблюдается в данной ситуации

- Фармакокинетическая несовместимость
- Синергизм препаратов
- Фармакодинамическая несовместимость
- Фармацевтическая несовместимость
- Функциональный антагонизм препаратов

= Проконсультируйте врача-интерна, почему одновременно с препаратами железа нецелесообразно применять антацидные средства

- Ухудшается всасывание препаратов железа
- Увеличивается связывание с белками крови
- Нарушается депонирование железа в организме
- Усиливается интоксикация препаратами железа
- Ускоряется элиминация препаратов железа

= Ребенку 10 лет с респираторным заболеванием назначили парацетамол для снижения температуры тела. К какому виду фармакотерапии следует отнести это лечение

- Симптоматическое
- Адаптационное
- Этиотропное
- Патогенетическое
- Заместительное

= При отпуске лекарственных средств в аптеке провизор обратил внимание больного на нецелесообразность одновременного использования цианкобаламина и тиамин хлорида. Как называют тип взаимодействия этих лекарств

- Фармацевтический
- Синергизм
- Фармакокинетический
- Фармакодинамический
- Антагонизм

= В аптеку обратился больной, который в течение месяца принимал феназепам. Больной настаивал на приобретении еще двух упаковок этого препарата, объясняя это тем, что без феназепама себя плохо чувствует. Что лежит в основе побочного действия препарата, развившегося у больного

- Лекарственная зависимость
- Синдром послействия
- Толерантность
- Идиосинкразия
- Кумуляция

= Больному аллергическим ринитом назначили эфедрин в каплях для носа. Закапывания в нос значительно ухудшило состояния больного, что побудило к использованию этого средства каждые 2 часа, но эффекта не было. Как называется развившееся явление

- Тахифилаксия
- Кумуляция
- Лекарственная зависимость
- Аллергия
- Идиосинкразия

= Как называется относительное количество лекарственного вещества, которое поступает в системное кровообращение из места введения

- Биодоступность
- Период полуэлиминации
- Период полувыведения
- Объем распределения
- Период полубсорбции

= При отравлении фосфорорганическими соединениями используют атропин. Какое явление лежит в основе антидотного действия

- Привыкание
- Синергизм
- Антагонизм
- Потенцирование
- Химическая несовместимость

= Во время оперативного вмешательства с применением миорелаксанта тубокурарина у пациента развилось нарушение дыхания, которое было ликвидировано после введения прозерина. Какому термину соответствует указанное взаимодействие между лекарствами

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Несовместимость

= Больному, который длительное время принимает фенобарбитал, врач назначил диклофенак натрия. Однако, противовоспалительный эффект диклофенака оказался слабее ожидаемого вследствие фармакокинетического взаимодействия этих препаратов. Результатом каких процессов могло быть такое взаимодействие препаратов

- Увеличение скорости метаболизма препарата в печени
- Изменение чувствительности рецептора
- Снижение скорости метаболизма препарата в печени
- Снижение концентрации белка в плазме
- Увеличение дозы лекарственных средств

= **Что характерно для ионизированных соединений**

- плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо реабсорбируются в почечных канальцах
- транспортируются так же, как неионизированные
- легко проникают через гематоэнцефалический барьер

= **Какая особенность характерна для лекарств, которые назначаются при функциональной недостаточности печени и почек**

- повышается риск токсического действия лекарственных веществ
- биотрансформация лекарственных веществ ускоряется
- активность лекарственных веществ снижается
- продолжительность действия лекарственных веществ увеличивается
- отмечается более быстрое выведение лекарственных веществ из организма

= Как называется вещество, которое соединяется с одним подтипом рецепторов как агонист, в другом как антагонист

- агонист –антагонист
- конкурентный антагонист
- необратимый антагонист
- обратный агонист
- нейтральный антагонист

= FDA обозначает буквами А,В,С,Д и Х лекарства, назначаемые человеку. Для чего нужна эта классификация

- риск для плода, если назначается беременной женщине

- количество дозы препарата необходимое для уменьшения, в случае снижения плазменного клиренса креатинина
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции печени
- относительная степень безопасности
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции почек

= В диапазоне каких доз проявляется побочное действие лекарственных средств

- терапевтических
- суточных
- токсических
- летальных
- курсовых

= Какие молекулярные изменения делают мембрану нервных клеток более чувствительной к действию местных анестетиков

- увеличение внеклеточной концентрации K^+
- увеличение внеклеточной концентрации Ca^{++}
- увеличение внеклеточной концентрации Na^+
- уменьшение внеклеточной концентрации Cl^-
- увеличение внеклеточной концентрации Mg^{++}

= С какой целью местные анестетики выпускаются в виде солянокислых солей

- для большей стабильности и увеличения водорастворимости
- для уменьшения токсичности
- повышения стабильности и увеличения липофильности
- уменьшения повреждения тканей и большей активности
- увеличения активности

= Почему прокаин нельзя комбинировать с сульфаниламидами

- является антагонистом сульфаниламидов
- является синергистом сульфаниламидов
- способствует избыточной кумуляции сульфаниламидов
- блокирует сульфаниламидные группы
- препятствует проникновению сульфаниламидов через мембраны

= **Какова** причина низкой активности местных анестетиков при воспалении

- кислая среда в очаге воспаления и невозможность перейти в основание
- щелочная среда в очаге воспаления и инактивация анестетиков
- ишемизация тканей и уменьшение всасывания анестетиков
- уменьшение растворимости анестетиков в воде
- усиление липофильности

= Данный препарат относится к группе препаратов сульфонилмочевины. Недостатки его применения при сахарном диабете - быстрое развитие резистентности. О каком препарате идет речь

- глибенкламид
- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= При введении фармакологической дозы эpineфрина наблюдается (среди прочих эффектов) прямое увеличение частоты ритма сердца, сократимости и проводимости. Какой адренорецептор ответственен за эти сердечные эффекты

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Существуют различные офтальмологические препараты, с разными механизмами действия, используемые для лечения хронической открыто-угольной глаукомы. Какой из них снижает внутриглазное давление за счет уменьшения образования внутриглазной жидкости

- тимолол
- эxотиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Высоко селективные ингибиторы ЦОГ-2 имеет противовоспалительный эффект и незначительное побочное действие на слизистую желудка по сравнению с аспирином. Какой эффект отсутствует у этих препаратов и имеется у аспирина

- антиагрегантный
- анальгетический
- противовоспалительный
- жаропонижающий
- угнетение ЦОГ

= Какой снотворный препарат при аллостерическом взаимодействии с макромолекулярным комплексом ГАМК_A приводит к более частому открытию ионофоров хлора

- феназепам
- этамнал-натрия
- натрия оксибутират
- золпидем
- мелатонин

= Какой препарат, применяемые для лечения подагрического артрита, используется также для закрытия ductus arteriosus у недоношенных детей

- индометацин
- препараты золота
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= НПВС, такие как аспирин, могут вызвать аллергические реакции у некоторых пациентов. Что нужно заблокировать, чтобы предупредить лекарственную аллергию

- липооксигеназу
- фосфолипазу А-2
- ЦОГ-1
- ЦОГ-2

-лейкотриеновые рецепторы

= Какой препарат применяется для обезболивания и периферической вазодилатации

- морфин
- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Что относится к диагностической триаде при передозировке наркотическими анальгетиками

- миоз, коленный рефлекс, следы инъекций
- мидриаз, кома и гипервентиляция
- мидриаз, лихорадка, абдоминальные боли
- миоз, тремор, рвота
- мидриаз, рвота

= Как изменится действие морфина при комбинации его с наркозными средствами

- усилится
- уменьшится
- не изменится
- замедлится всасывание
- усилится метаболизм

= Какой диуретик вызывает гиперурикемию и гипомагниемию

- гидрохлортиазид
- триамтерен
- спиронолактон
- ацетазоламид
- амилорид

= Какое пероральное производное имидазола используется для лечения поверхностных и системных микозов. Препарат очень гепатотоксичен

- кетоконазол
- микогептин
- амфотерицин Б
- тербинафин
- нистатин

= Где находится $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$ ко-транспортер, который угнетается фуросемидом

- восходящая часть петли Генле
- собирательные трубочки
- нисходящая часть петли
- проксимальный отдел канальца
- дистальный отдел канальца

= 10-летней девочке с аллергической астмой назначен натрия кромогликат. Каков механизм действия препарата

- угнетение высвобождения медиаторов
- угнетение мускариновых рецепторов
- угнетение 5-липоксигеназы
- угнетение фосфодиэстеразы

-активация β -адренергических рецепторов

= 16 – летней девочке был назначен препарат для лечения бронхиальной астмы, который индуцировал сокращения скелетных мышц (тремор). Какой препарат вызывает подобные эффекты

- сальбутамол
- беклометазон
- кромолин
- ипратропиум
- монтелукаст

= FDA отмечает, что после длительного применения селективных бронходилататоров типа сальметерол, увеличилось число смертельных исходов у больных с бронхиальной астмой. Какой из ниже следующих феноменов объясняет этот фатальный побочный эффект

- толерантность бета-2-рецепторов - спазм бронхиол вязкой мокротой
- анафилактический шок
- гипертонический криз
- угнетение синтеза, освобождения кортизона
- спазм бронхиол вязкой мокротой

= Глюкокортикоиды широко используются для лечения различных воспалительных заболеваний. Что является главной мишенью действия при назначении глюкокортикоидов в фармакологической дозе

- фосфолипаза A2
- циклооксигеназа
- гистидин декарбоксилаза
- 5 –липооксигеназа
- ксантин оксигеназа

= Многие виды патологических реакций (воспаление, отек легкого, шок) сопровождаются повышением проницаемости сосудов. Какой из перечисленных веществ можно использовать для устранения данных явлений

- Преднизолон
- Ацетилсалициловая кислота
- Дифенгидрамин
- Прометазин
- Индометацин

= Ребенок в возрасте 12 лет поступил в клинику по поводу бронхопневмонии. Страдает хроническим отитом. Какая группа антибиотиков противопоказана в данной ситуации

- аминогликозиды
- пенициллины
- макролиды
- линкозамиды
- цефалоспорины

= В инфекционное отделение больницы госпитализирован больной с диагнозом менингит. Лабораторными исследованиями установлено, что возбудитель чувствителен ко многим противомикробным средствам, но у больного обнаружены явления анемии. Какой препарат противопоказан больному

- Хлорамфеникол

- Гентамицина сульфат
- Ампициллина тригидрат
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Почему имипенем вводится вместе с циластатином

- циластатин угнетает фермент в почках, разрушающий имипенем
- циластатин усиливает эффект
- циластатин предупреждает побочные эффекты
- циластатин улучшает всасывание
- циластатин усиливает метаболизм

= У 16-летнего пациента получающего лечение по поводу лейкемии появилась лихорадка. Врач назначил несколько препаратов, обладающих антибактериальным, противовирусным и противогрибковым свойствами. Через 2 дня у него развилась острая почечная недостаточность. Какой препарат мог стать причиной развития ОПН?

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Пациенту с туберкулезом назначили изониазид как часть комбинированной терапии. Врач решил назначить дополнительно витамин В₆. Какова главная причина для назначения витамина В₆

- предупреждает побочные эффекты изониазида
- усиливает противотуберкулезный эффект
- усиливает всасывание
- усиливает экскрецию
- усиливает метаболизм

= Метаболизм какого противотуберкулезного препарата находится под генетическим контролем

- Изониазид
- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= У пациента диагностирован острый тонзиллит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком. Какой из перечисленных антибактериальных средств целесообразно назначить с учетом этиологического фактора развития данного заболевания

- амоксициллин
- гентамицин
- цефтазидим
- линкомицин
- ко-тримоксазол

= У пациента диагностирована внебольничная пневмония легкой степени тяжести. Сопутствующей патологии не выявлено. Какое лекарственное средство наиболее целесообразно для проведения эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента

- амоксициллин/клавуланат
- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- эритромицин

= У пациента выявлена пневмония средней тяжести; в амбулаторных условиях назначен амоксициллин\клавуланат внутрь по 625 мг 3 р\с. На 2-е сутки у больного развилась крапивница, бронхоспазм. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- азитромицин в/в
- азтреонам в/в
- бензилпенициллин в/м
- гентамицин в/м
- ампициллин в/м

= Пациенту по поводу внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях был назначен спирамицин внутрь по 3 млн. МЕ 2 р\с, на 2-е сутки лечения отмечались интенсивные гастралгии, тошнота, однократная рвота. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- азитромицин
- кларитромицин
- амикацин
- клиндамицин

= Больная, беременность 9-10 недель, обратилась к семейному врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, боль в правой половине грудной клетки, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, слабость, головную боль. Заболела остро после переохлаждения. При объективном осмотре состояние больной относительно удовлетворительное, страдает за счет симптомов интоксикации. При перкуссии в нижних отделах справа укорочение легочного звука, аускультативно выслушивается крепитация. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 35мм/ч. Назначение какого лекарственного средства наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- амоксициллин
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем
- оксациллин

= На фоне бесконтрольного приема бронходилатирующего препарата в ингаляционной форме у пациента развилось резкое ухудшение бронхиальной проводимости «синдром рикошета». Прием какого лекарственного средства могло спровоцировать развитие побочного эффекта в данной клинической ситуации

- сальбутамол
- теофиллин
- беклометазон
- кромоглициевая кислота
- зафирлукаст

= У пациентки В., 26 лет диагностирована бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза ремиссии, ДН II. С учетом ступенчатого подхода в терапии бронхиальной астмы данной пациентке показана комбинированная терапия. Назначение какой комбинации лекарственных средств является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

- формотерол + будесонид
- сальметерол + формотерол
- формотерол + сальбутамол
- будесонид + кетотифен
- фенотерол + сальбутамол

= Пациент В, 56 лет с диагнозом Бронхиальная астма, атопическая форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза обострения ДН II. На фоне лечения будесонидом в дозе 500мкг/сут + сальметерола 100мкг/сут + сальбутамола 100мкг по требованию отмечается стойкая ремиссия в течение 5 месяцев. Какая дальнейшая тактика ведения пациента наиболее целесообразна в данной клинической ситуации

- уменьшение дозы глюкокортикостероидного препарата
- увеличение дозы бронходилатирующего препарата
- продолжение наблюдения за пациентом без коррекции терапии
- замена бронходилатирующего препарата
- назначение дополнительного бронходилатирующего препарата

= У больного А., 30 лет отмечаются ежедневные симптомы астмы, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю, во время обострений нарушена работоспособность и сон, ежедневно использует сальбутамол. ОФВ1 60-80% от должного, суточные колебания ПСВ >30%. Назначение какой комбинации лекарственных средств для базисной терапии является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

- β2-адреномиметики длительного действия +иГКС в средних дозах
- блокаторы лейкотриеновых рецепторов + β2-адреномиметики короткого действия
- иГКС в высоких дозах + стабилизаторы мембран тучных клеток
- М-холинолитики + блокаторы лейкотриеновых рецепторов
- метилксаниты + β2-адреномиметики короткого действия

= Механизм бронходилатирующего действия данного лекарственного средства обусловлен ослаблением или прекращением взаимодействия ацетилхолина с М-холинорецепторами на уровне постсинаптической мембраны. О каком лекарственном средстве идет речь

- Ипратропия бромид
- Монтелукаст
- Сальбутамол
- Формотерол
- Теофиллин

= У пациентки А., 34 лет имеются признаки диареи, неинфекционного происхождения вследствие погрешности в диете и нервно-психического расстройства. Назначение какого обстипационного средства показано в данной клинической ситуации

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин
- метоклопрамид

-бисакодил

= Больной 50 лет с диагнозом: Цирроз печени. Назначение какого лекарственного средства наиболее рационально для профилактики печеночной энцефалопатии

- лактоулоза
- эссенциале
- адиметионин
- силимарин
- урсодезоксихолевая кислота

= Пациенту 45 лет с диагнозом Хронический бескаменный холецистит стадия обострения в лечении участковым врачом назначено: амоксициллин 2000мг/сут, омепразол 40мг/сут, платифиллина гидротартрат 0,2% 2,0мл/сут, панкреатин 40000ЕД\сут, аллохол 4табл/сут. Определите назначение какого лекарственного средства является нерациональным в данной клинической ситуации

- аллохол
- амоксициллин
- омепразол
- платифиллинагидротартрат
- панкреатин

= Данное лекарственное средство является противорвотным средством. Механизм действия обусловлен конкурентной высокоселективной блокадой центральных и периферических 5HT₃-рецепторов серотонина. Применяется для предупреждения тошноты и рвоты при применении цитотоксических химиотерапевтических средств, лучевой терапии. О каком препарате идет речь

- ондасетрон
- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= У пациента В., 33 лет с диагнозом: Язвенная болезнь. Язва ДПК, стадия обострения установлено, что причиной развития является Н.pylori. Назначение какой комбинации лекарственных средств наиболее рационально в данной клинической ситуации

- рабепразол+кларитромицин+амоксициллин
- омепразол+эритромицин+ампициллин
- рабепразол+тетрациклин+азитромицин
- ранитидин+ амоксициллин+субцитрат висмута
- фамотидин+ ампициллин+метронидазол

= Данная группа лекарственных средств нейтрализует находящуюся в желудке соляную кислоту, не влияя на её продукцию, уменьшая протеолитическую активность желудочного сока. О какой группе ЛС идет речь

- антациды
- гастроцитопротекторы
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- ферментные препараты

= У пациентки 29 лет, в сроке беременности 18 недель, диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита. Какие препараты допустимо назначить в данной ситуации, с целью симптоматической фармакотерапии

- антациды, алгинаты
- антибиотики
- ингибиторы протонной помпы
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- прокинетики

= Больной 50 лет с диагнозом: Цирроз печени, токсической этиологии, активная фаза, умеренной степени активности, стадия декомпенсации. Спленомегалия. Асцит напряженный. Варикозное расширение вен пищевода I-II степени. Гепатоцеллюлярная недостаточность стадия декомпенсации. Назначение какой комбинации лекарственных средств наиболее рационально для фармакотерапии отечно-асцитического синдрома

- фуросемид+спиронолактон
- индапамид+спиронолактон
- гидрохлортиазид+ацетазоламид
- фуросемид+гидрохлортиазид
- триамтерен+ацетазоламид

= У пациента В., 44 лет выявлены признаки синдрома гиперкоагуляции. Врачом назначены эноксапарин натрия 20 мг/сут в сочетании с дипиридамолом 150мг/сут. Развитие какого вида взаимодействия возможно в данном клиническом случае

- усиление антикоагулянтного действия
- ослабление антитромбического действия
- повышение экскреции дипиридамола
- ускорение абсорбции дипиридамола
- замедление распределения эноксапарина натрия

= У пациентки В., 45 лет с хронической почечной недостаточностью диагностирована железодефицитная анемия 3 степени. На фоне начатой терапии препаратом сульфат железа 200мг/сут отмечает выраженную тошноту, рвоту, не позволяющую продолжить дальнейшее лечение. Какова дальнейшая тактика ведения пациента в данном клиническом случае

- назначение парентеральной формы препарата
- снижение дозы препарата
- увеличение кратности приема препарата
- замена на другой препарат в пероральной форме
- дополнительное назначение противорвотного средства

= Данный препарат является высокоактивным гемопоэтическим, метаболическим средством, являющимся основой заместительной терапии дефицита витамина В₁₂. О каком препарате идет речь

- цианокобаламин
- эритропоэтин
- железа сульфат
- фитоменадион
- никотиновая кислота

= Механизм гипотензивного действия данного лекарственного средства обусловлен активацией имидазолиновых рецепторов в ЦНС. О каком препарате идет речь

- моксонидин

- празозин
- метилдопа
- клонидин
- гуанфацин

= Пациент 60 лет, диагноз: ИБС Стенокардия напряжения ФК III. Синусовая тахикардия. Атеросклероз аорты. Вторичная артериальная гипертония 2 степени, риск 3 (ГЛЖ, стенокардия, ангиопатия сетчатки) НК I. ХОБЛ, стадия обострения, средней степени тяжести. ДН II. Назначена терапия – атенолол 50 мг/сут, лизиноприл 10мг/сут, ацетилсалициловая кислота 250 мг/сут, симвастатин 20мг/сут, ипратропиум бромид 160 мкг/сут. Назначение какого препарата является нецелесообразным

- атенолол
- лизиноприл
- ацетилсалициловая кислота
- симвастатин
- ипратропиум бромид

= У пациента 68 лет с ИБС отмечается прогрессирование признаков сердечной недостаточности. Сопутствующий диагноз – сахарный диабет 2 типа. Назначение какого диуретика наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- индапамид
- фуросемид
- ацетазоламид
- спиронолактон
- триамтерен

= У пациента В., 65 лет на фоне приема диуретика с целью купирования отечного синдрома на фоне сердечной недостаточности появились дополнительные жалобы на снижение остроты слуха. Назначение какого диуретика способствовало развитию данного побочного эффекта

- фуросемид
- спиронолактон
- индапамид
- ацетазоламид
- гидрохлортиазид

= Пациентка 34 года, Беременность 12-13 недель. Диагностирован хронический вторичный пиелонефрит на фоне двухстороннего нефроптоза, латентное лечение, активность 0. ХПН I. Вторичная артериальная гипертония 2 степени, риск 3 (ГЛЖ), НК I. Какой препарата наиболее целесообразно назначить с гипотензивной целью

- метилдопа
- лизиноприл
- эпросартан
- спиронолактон
- празозин

= Больному 55 лет с диагнозом Эссенциальная гипертензия 3 степени риск 3 (ГЛЖ, ангиопатия сетчатки) НК I с гипотензивной целью назначено атенолол 50 мг/сут + верапамил 240мг/сут. Обоснована ли комбинация антигипертензивных препаратов в данной клинической ситуации

- нет, данная комбинация не является рациональной
- да, взаимодействие препаратов усиливает гипотензивный эффект

- да, препараты обладают гипотензивным действием
- нет, верапамил не обладает гипотензивным действием
- нет, недостаточна дозировка атенолола

= У пациента на фоне приема препарата с гипотензивной целью появились жалобы на покраснения лица, головную боль, головокружение. Прием какого лекарственного средства наиболее вероятно спровоцировал развитие данных побочных эффектов

- нифедипин
- эналаприл
- фуросемид
- бисопролол
- ацетазоламид

= У пациента 50 лет выявлены артериальная гипертензия в сочетании с сахарным диабетом и прогрессирующая диабетическая нефропатия. Раннее назначение какой группы гипотензивных лекарственных средств могло бы предупредить развитие осложнений со стороны почек

- ингибиторов АПФ
- альфа-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов
- диуретиков
- симпатолитиков

= У пациентки 45 лет диагностированы ИБС, стенокардия напряжения ФК II, желудочковая экстрасистолия. Также выявлено наличие гипертиреоза. Назначение какого из указанных антиаритмических средств может повлиять на функцию щитовидной железы

- амиодарон
- этазицин
- хинидин
- дигоксин
- лидокаин

= У пациента П., 67 лет проводится терапия варфарином с целью профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий. Контроль какого показателя коагулограммы необходим при терапии варфарином в данной клинической ситуации

- МНО
- АЧТВ
- тромбоциты
- протромбиновое время
- ПТИ

= У пациента 55 лет верифицирована вазоспастическая (вариантная) стенокардия напряжения. Назначение какой из перечисленных лекарственных групп является наиболее целесообразным для предупреждения кардиалгии у данного пациента

- антагонисты кальция
- нитраты
- бета-адреноблокаторы
- метилксантины
- антиагреганты

= Больная 48 лет с диагнозом Эссенциальная артериальная гипертензия 3 степени риск 4 (ГЛЖ, ангиопатия сетчатки, сахарный диабет) НК I Сахарный диабет 2 тип, средней степени тяжести, стадия компенсации. На фоне приема эналаприла отмечает мучительный сухой кашель. Какая дальнейшая тактика ведения пациентки наиболее рациональна

- замена на эпросартан
- снижение дозы эналаприла
- замена на лизиноприл
- дополнительное назначение пропранолола
- замена на фуросемид

= Пациентка Г., 40 лет Диагноз – сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый, средней степени тяжести, фаза компенсации. В течении 5 лет принимает сахароснижающие препараты (ССП). В настоящее время диагностирована беременность. Какая тактика ведения пациента наиболее рациональна в данной клинической ситуации

- перевод на инсулинотерапию
- прием ССП в прежней дозировке
- уменьшение дозировки ССП
- дополнительное назначение ССП
- дополнительное назначение инсулина

= Пациенту Г. с диагнозом – Сахарный диабет 2 типа показана комбинированная терапия сахароснижающими препаратами (ССП). Какая комбинация ССП является наиболее рациональной в данной клинической ситуации

- метформин + саксаглиптин
- эксенатид + репаглинид
- гликлазид + глибенкламид
- ситаглиптин + саксаглиптин
- пиоглиитаон + инсулин

= У пациента Л. ,56 лет верифицирован впервые выявленный сахарный диабет 2 типа с выраженной клинической симптоматикой. Уровень гликозилированного (гликированного) гемоглобина (HbA1- составляет более 9% выше целевого уровня. Какая тактика ведения пациента наиболее рациональна в данной клинической ситуации

- назначение инсулинотерапии
- назначение акарбозы
- динамическое наблюдение
- назначение лираглутида
- назначение комбинации ССП

= У пациентки Ж, 66 лет верифицирован сахарный диабет 2 типа. Врач планирует назначить препарат пиоглитазон. Развитие какого побочного эффекта возможно в данном случае с учетом недостатков данного сахароснижающего препарата

- увеличение риска переломов трубчатых костей у женщин
- высокий риск гипергликемии
- потенциальный риск развития панкреатита
- низкая эффективность
- формирование антител

= У пациентки Ж., 33 лет на фоне беременности 10-11 недель развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефазолин
- метронидазол
- гентамицин

= У пациентки Ж., 33 лет развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- ципрофлоксацин
- цефазолин
- фурагин
- метронидазол
- гентамицин

= У пациента В., 75 лет на догоспитальном этапе развился приступ почечной колики. Назначение какого лекарственного средства с анальгетической целью наиболее рационально при оказании неотложной помощи в данной клинической ситуации

- диклофенак
- ацетаминофен
- ацетилсалициловая кислота
- фентанил
- омнопон

= У пациента В., 72 лет с обострением хронического пиелонефрита на фоне приема данного антибактериального препарата развилась клиника тендовагинита (воспаление и разрывы сухожилия). Использование какого антибактериального средства могло спровоцировать развитие данной побочной реакции

- норфлоксацин
- кларитромицин
- азитромицин
- тикарциллин
- цефуроксим

= У пациента на фоне введения местного анестетика развился анафилактический шок. Назначение какого препарата является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации, согласно клинического протокола «Анафилактический шок»

- эпинефрин
- преднизолон
- дексаметазон
- аминофиллин
- хлоропирамин

= У пациента на приеме у врача появились жалобы на слабость, головную боль, при измерении уровень артериального давления составил 160 и 90 мм рт.ст. Какова тактика ведения пациента в данной клинической ситуации

- каптоприл 25 мг сублингвально
- нитроглицерин 0,5 мг сублингвально
- магния сульфат 4г внутривенно
- эналаприлат 0,625 мг внутривенно
- клонидин 0,15 мг перорально

= У пациента диагностирован неосложненный гипертонический криз. Какой препарат является препаратом выбора в данной клинической ситуации для купирования гипертонического криза

- нифедипин
- фентоламин
- эналаприлат
- пропранолол
- клонидин

= К какому из нижеперечисленных терминов соответствует следующее определение: «систематически разработанные утверждения или рекомендации для оказания помощи практическому врачу при выборе подходящего метода диагностики и лечения в специфических клинических обстоятельствах

- клиническое руководство
- клинический протокол
- стандарт лечения
- карта ухода
- медицинский алгоритм

= В клинических испытаниях нового препарата для снижения уровня триглицеридов крови пациенты случайным образом были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали препарат, второй группы – плацебо. Пациенты знали свою принадлежность к группе. Какой дизайн исследования описан

- открытое РКИ
- когортное исследование
- простое слепое РКИ
- двойное слепое РКИ
- тройное слепое РКИ

= В больнице были зафиксированы случаи рождения детей с врожденной патологией. Врачами выдвинута гипотеза о связи между приемом матерями во время беременности препарата бендектина и развитием тератогенного эффекта. Какой дизайн исследования описан

- описание случая или серии случаев
- когортное исследование
- исследование «случай-контроль»
- контролируемое исследование без рандомизации
- мета-анализ

= С целью определения влияния длительной (не менее 1 мес) антиагрегантной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений, анализировали результаты 145

рандомизированных испытаний, в которых сравнивали эффект длительной антиагрегантной терапии и плацебо, и 29 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали разные схемы антиагрегантной терапии. Какой дизайн исследования описан

- систематический обзор РКИ
- рандомизированное клиническое испытание
- когортное исследование
- описание серии случаев
- исследование «случай-контроль»

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «доказательства убедительны: есть веские доказательства в пользу применения данного метода

- А
- В
- С
- D
- Е

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного метода в определенной ситуации

- D
- А
- В
- С
- Е

= Какой препарат применяется при заболеваниях, вызываемых РНК-содержащими вирусами

- зидовудин
- ацикловир
- метисазон
- валцикловир
- видарабин

= Какой механизм действия лежит в основе противовирусного действия ацикловира

- ингибирует ДНК-полимеразу и применяется при герпетических заболеваниях
- угнетает синтез РНК и применяется при гриппе
- ингибирует обратную транскриптазу ДНК вирусов и применяется при СПИДе
- ингибирует виropексис и применяется при ОРВИ
- угнетают синтез нуклеиновых кислот вируса
- угнетают синтез нуклеиновых кислот вируса

= В отделение интенсивной терапии поступил ребенок с необычной реакцией на препарат. Как называется явление, характеризующее повышением чувствительности и изменением реакции на лекарственные вещества, обусловленное наследственными ферментопатиями

- Идиосинкразия
- Пристрастие
- Привыкание
- Суммация
- Кумуляция

= В родильном отделении родился ребенок с недоразвитой рукой. Каким термином обозначается действие лекарственных препаратов, вызывающее возникновение врожденных уродств у плода

- Тератогенное
- Канцерогенное
- Аллергия
- Местное
- Резорбтивное

= При одновременном применении антибиотиков из группы тетрациклинов с антацидными средствами уменьшается их всасывание. Какой тип несовместимости наблюдается в данной ситуации

- Фармакокинетическая несовместимость
- Синергизм препаратов
- Фармакодинамическая несовместимость
- Фармацевтическая несовместимость
- Функциональный антагонизм препаратов

= Проконсультируйте врача-интерна, почему одновременно с препаратами железа нецелесообразно применять антацидные средства

- Ухудшается всасывание препаратов железа
- Увеличивается связывание с белками крови
- Нарушается депонирование железа в организме
- Усиливается интоксикация препаратами железа
- Ускоряется элиминация препаратов железа

= Ребенку 10 лет с респираторным заболеванием назначили парацетамол для снижения температуры тела. К какому виду фармакотерапии следует отнести это лечение

- Симптоматическое
- Адаптационное
- Этиотропное
- Патогенетическое
- Заместительное

= При отпуске лекарственных средств в аптеке провизор обратил внимание на нецелесообразность одновременного использования цианокобаламина и тиамин хлорида. Как называют тип взаимодействия этих лекарств

- Фармацевтический
- Синергизм
- Фармакокинетический
- Фармакодинамический
- Антагонизм

= Как называется относительное количество лекарственного вещества, которое поступает в системное кровообращение из места введения

- Биодоступность
- Период полуэлиминации
- Период полувыведения
- Объем распределения
- Период полуабсорбции

= При отравлении фосфорорганическими соединениями используют атропин. Какое явление лежит в основе антидотного действия

- Антагонизм
- Привыкание
- Синергизм
- Потенцирование
- Химическая несовместимость

= Во время оперативного вмешательства с применением миорелаксанта тубокурарина у пациента развилось нарушение дыхания, которое было ликвидировано после введения прозерина. Какому термину соответствует указанное взаимодействие между лекарствами

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Несовместимость

= **Что характерно для ионизированных соединений**

- плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо реабсорбируются в почечных канальцах
- транспортируются так же, как неионизированные
- легко проникают через гематоэнцефалический барьер

= **Какая особенность характерна для лекарств, которые назначаются при функциональной недостаточности печени и почек**

- при почечной недостаточности снижаются суммарный клиренс многих препаратов и скорость их удаления, поэтому обычные режимы введения ЛС могут привести к накоплению препаратов и повышению их токсичности. Также при печеночной недостаточности изменяется метаболизм, может замедляться – тогда накопление или быстро, то резкий скачок активных метаболитов, или видоизменяется взаимодействие - что также может привести к токсичности
- биотрансформация лекарственных веществ ускоряется
- активность лекарственных веществ снижается
- продолжительность действия лекарственных веществ увеличивается
- отмечается более быстрое выведение лекарственных веществ из организма

= Как называется вещество, которое соединяется с одним подтипом рецепторов как агонист, в другом как антагонист

- агонист –антагонист
- конкурентный антагонист
- необратимый антагонист
- обратный агонист
- нейтральный антагонист

= FDA обозначает буквами А,В,С,Д и Х лекарства, назначаемые человеку. Для чего нужна эта классификация

- риск для плода, если назначается беременной женщине
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения, в случае снижения плазменного клиренса креатинина
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции печени
- относительная степень безопасности
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции почек

= В диапазоне каких доз проявляется побочное действие лекарственных средств

- терапевтических
- суточных
- токсических

- летальных
- курсовых

= Какие молекулярные изменения делают мембрану нервных клеток более чувствительной к действию местных анестетиков

- увеличение внеклеточной концентрации K^+
- увеличение внеклеточной концентрации Ca^{++}
- увеличение внеклеточной концентрации Na^+
- уменьшение внеклеточной концентрации Cl^-
- увеличение внеклеточной концентрации Mg^{++}

= С какой целью местные анестетики выпускаются в виде солянокислых солей

- для большей стабильности и увеличения водорастворимости
- для уменьшения токсичности
- повышения стабильности и увеличения липофильности
- уменьшения повреждения тканей и большей активности
- увеличения активности

= Почему прокаин нельзя комбинировать с сульфаниламидами

- является антагонистом сульфаниламидов
- является синергистом сульфаниламидов
- способствует избыточной кумуляции сульфаниламидов
- блокирует сульфаниламидные группы
- препятствует проникновению сульфаниламидов через мембраны

= Какова причина низкой активности местных анестетиков при воспалении

- кислая среда в очаге воспаления и невозможность перейти в основание
- щелочная среда в очаге воспаления и инактивация анестетиков
- ишемизация тканей и уменьшение всасывания анестетиков
- уменьшение растворимости анестетиков в воде
- усиление липофильности

= Какой из ниже представленных препаратов может маскировать симптомы гипогликемии при лечении больных сахарным диабетом

- бета-адренергический антагонист
- альфа –адренергический агонист
- адренергический антагонист
- бета- адренергический агонист
- холинергический агонист

= Данный препарат относится к группе препаратов сульфонилмочевины. Недостатки его применения при сахарном диабете - быстрое развитие резистентности. О каком препарате идет речь

- глибенкламид
- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= При введении фармакологической дозы эpineфрина наблюдается (среди прочих эффектов) прямое увеличение частоты ритма сердца, сократимости и проводимости. Какой адренорецептор ответственен за эти сердечные эффекты

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Существуют различные офтальмологические препараты, с разными механизмами действия, используемые для лечения хронической открыто-угольной глаукомы. Какой из них снижает внутриглазное давление за счет уменьшения образования внутриглазной жидкости

- тимолол
- эхотиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Высоко селективные ингибиторы ЦОГ-2 имеет противовоспалительный эффект и незначительное побочное действие на слизистую желудка по сравнению с аспирином. Какой эффект отсутствует у этих препаратов и имеется у аспирина

- антиагрегантный
- анальгетический
- противовоспалительный
- жаропонижающий
- угнетение ЦОГ

= Какой снотворный препарат при аллостерическом взаимодействии с макромолекулярным комплексом ГАМК_A приводит к более частому открытию ионофоров хлора

- феназепам
- этаминал-натрия
- натрия оксибутират
- золпидем
- мелатонин

= **Какой** препарат, применяемые для лечения подагрического артрита, используется также для закрытия ductus arteriosus у недоношенных детей

- индометацин
- препараты золота
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= НПВС, такие как аспирин, могут вызвать аллергические реакции у некоторых пациентов. Что нужно заблокировать, чтобы предупредить лекарственную аллергию

- липооксигеназу
- фосфолипазу А-2
- ЦОГ-1
- ЦОГ-2
- лейкотриеновые рецепторы

= Какой препарат применяется для обезболивания и периферической вазодилатации

- морфин

- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Что относится к диагностической триаде при передозировке наркотическими анальгетиками

- миоз, коленный рефлекс, следы инъекций
- мидриаз, кома и гипервентиляция
- мидриаз, лихорадка, абдоминальные боли
- миоз, тремор, рвота
- мидриаз, рвота

= Как изменится действие морфина при комбинации его с наркозными средствами

- усилится
- уменьшится
- не изменится
- замедлится всасывание
- усилится метаболизм

= Какой диуретик вызывает гиперурикемию и гипомагниемия

- гидрохлортиазид
- триамтерен
- спиронолактон
- ацетазоламид
- амилорид

= В ходе проведения деэскалационной фармакотерапии сепсиса произошло «накопление» фармакологического эффекта антибактериального препарата. Какое явление имеет место в данной клинической ситуации

- функциональная кумуляция
- потенцирование
- тахифилаксия
- абстиненция
- синергизм

= Какое пероральное производное имидазола используется для лечения поверхностных и системных микозов. Препарат очень гепатотоксичен

- кетоназол
- микогептин
- амфотерицин Б
- тербинафин
- нистатин

= Где находится $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$ ко-транспортер, который угнетается фуросемидом

- восходящая часть петли Генле
- собирательные трубочки
- нисходящая часть петли
- проксимальный отдел канальца
- дистальный отдел канальца

= 10-летней девочке с аллергической астмой назначен натрия кромогликат. Каков механизм действия препарата

- угнетение высвобождения медиаторов
- угнетение мускариновых рецепторов
- угнетение 5-липоксигеназы
- угнетение фосфодиэстеразы
- активация β -адренергических рецепторов

= 16 – летней девочке был назначен препарат для лечения бронхиальной астмы, который индуцировал сокращения скелетных мышц (тремор). Какой препарат вызывает подобные эффекты

- сальбутамол
- беклометазон
- кромоллин
- ипратропиум
- монтелукаст

= FDA отмечает, что после длительного применения селективных бронходилататоров типа сальметерол, увеличилось число смертельных исходов у больных с бронхиальной астмой. Какой из ниже следующих феноменов объясняет этот фатальный побочный эффект

- толерантность бета-2-рецепторов - спазм бронхиол вязкой мокротой
- анафилактический шок
- гипертонический криз
- угнетение синтеза, освобождения кортизона
- спазм бронхиол вязкой мокротой

= Глюкокортикоиды широко используются для лечения различных воспалительных заболеваний. Что является главной мишенью действия при назначении глюкокортикоидов в фармакологической дозе

- фосфолипаза A2
- циклооксигеназа
- гистидин декарбоксилаза
- 5 –липооксигеназа
- ксантин оксигеназа

= Многие виды патологических реакций (воспаление, отек легкого, шок) сопровождаются повышением проницаемости сосудов. Какой из перечисленных веществ можно использовать для устранения данных явлений

- Преднизолон
- Ацетилсалициловая кислота
- Дифенгидрамин
- Прометазин
- Индометацин

= Ребенок в возрасте 12 лет поступил в клинику по поводу бронхопневмонии. Страдает хроническим отитом. Какая группа антибиотиков противопоказана в данной ситуации

- аминогликозиды
- пенициллины
- макролиды
- линкозамиды
- цефалоспорины

= В инфекционное отделение больницы госпитализирован ребенок с диагнозом менингит. Лабораторными исследованиями установлено, что возбудитель чувствителен ко многим противомикробным средствам, но у больного обнаружены явления анемии. Какой препарат противопоказан больному

- Хлорамфеникол
- Гентамицина сульфат
- Ампициллина тригидрат
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Почему имипенем вводится вместе с циластатином

- циластатин угнетает фермент в почках, разрушающий имипенем
- циластатин усиливает эффект
- циластатин предупреждает побочные эффекты
- циластатин улучшает всасывание
- циластатин усиливает метаболизм

= У 16-летнего пациента получающего лечение по поводу лейкемии появилась лихорадка. Врач назначил несколько препаратов, обладающих антибактериальным, противовирусным и противогрибковым свойствами. Через 2 дня у него развилась острая почечная недостаточность. Какой препарат ответственен за это

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Ребенку с туберкулезом назначили изониазид как часть комбинированной терапии. Врач решил назначить дополнительно витамин В₆. Какова главная причина для назначения витамина В₆

- предупреждает побочные эффекты изониазида
- усиливает противотуберкулезный эффект
- усиливает всасывание
- усиливает экскрецию
- усиливает метаболизм

= Метаболизм какого противотуберкулезного препарата находится под генетическим контролем

- Изониазид
- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= Пациенту Б., 16 лет с диагнозом: Язвенная болезнь. Язва ДПК, стадия обострения назначена эрадикационная терапия: омепразол 40 мг/сут + кларитромицин 1000мг/сут + амоксициллин 1000мг/сут. Выбор какого лекарственного средства и его режима дозирования является нерациональным в данной клинической ситуации

- амоксициллина в недостаточной дозировке
- омепразола в недостаточной дозировке
- кларитромицина в высокой дозировке

- омепразола в высокой дозировке
- кларитромицина в недостаточной дозировке

= У пациентки К., 10 лет на фоне лечения ДЖВП развились клинические проявления диспепсического синдрома (изжога). Назначение какого лекарственного средства для купирования изжоги наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- гидроксид магния
- омепразол
- ранитидин
- мизопростол
- висмута субцитрат

= Пациенту И., 16 лет с впервые диагностированной язвенной болезнью ДПК в стадии обострения показана эрадикационная терапия. Назначение какой схемы лечения является наиболее рациональной в данной клинической ситуации

- омепразол +кларитромицин +амоксициллин
- рабепразол+метронидазол +амоксициллин
- омепразол+кларитромицин +ампициллин
- лансопразол +метронидазол +субцитрат висмута
- рабепразол +кларитромицин +ранитидин

= Ребенок 6 лет с диагнозом Хронический пиелонефрит, латентное течение, активность I, стадия обострения, ХПН 0. Использование какого антибактериального препарата противопоказано в данной клинической ситуации

- ципрофлоксацин
- цефаклор
- амоксициллин/клавуланат
- цефуроксим
- нитрофурантоин

= У пациентки М., 14 лет развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- цефазолин
- цефепим
- метронидазол
- гентамицин

= У пациентки У., 6 лет с клиникой острого пиелонефрита на фоне приема антибактериального средства без назначения врача (по совету соседки) появились признаки гипоплазии и изменения цвета зубной эмали, замедление линейного роста костей. Применение какого антибактериального средства спровоцировало развитие нежелательных побочных эффектов в данной клинической ситуации

- тетрациклин
- бензилпенициллин
- эритромицин
- гентамицин
- линкомицин

= У пациента Д., 15 лет на догоспитальном этапе развился приступ почечной колики. Назначение какого лекарственного средства с анальгетической целью наиболее рационально при оказании неотложной помощи в данной клинической ситуации

- ибупрофен
- ацетаминофен
- ацетилсалициловая кислота
- фентанил
- омнопон

= У пациента А., 14 лет диагностирован хронический вторичный пиелонефрит, стадия обострения, активность II, ХПН I. Назначение какого лекарственного препарата для эмпирической терапии является нецелесообразным в данной клинической ситуации

- азитромицин
- ципрофлоксацин
- амоксциллин/клавуланат
- цефуроксим
- цефтриаксон

= У пациента Е., 5 лет появились клинические симптомы острого цистита. Назначение какого антибактериального средства не рационально в данной клинической ситуации

- эритромицин
- цефтазидим
- фосфомицин
- цефуроксим
- нитрофурантоин

= У пациента В., 15 лет диагностирован острый пиелонефрит. В анамнезе имеется непереносимость препаратов пенициллинового ряда. Назначение какого антибактериального препарата с эмпирической целью наиболее рационально в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефтазидим
- хлорамфеникол
- амикацин

= У ребенка 6 лет диагностирована внебольничная пневмония легкой степени тяжести. Сопутствующей патологии не выявлено. Какое лекарственное средство наиболее целесообразно для проведения эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента

- амоксциллин
- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- хлорамфеникол

= К врачу педиатру обратился ребенок 10 лет с клиническими признаками острой пневмонии. Какие группы антибактериальных препаратов разрешены к применению у детей

- цефалоспорины
- аминогликазиды
- фторхинолоны

- сульфаниламиды
- тетрациклины

= У ребенка 15 лет с хроническим бронхитом выявлена пневмония средней тяжести; в амбулаторных условиях назначен амоксициллин\клавуланат внутрь по 625 мг 2 р\с. На 2-е сутки у больного ребенка развилась зуд, крапивница. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- азитромицин внутрь
- цефуроксим внутрь
- бензилпенициллин в\м
- моксифлоксацин внутрь
- ампициллин в\м

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Назначен препарат в течение 3 суток, обладающий постантибиотическим эффектом. Какой антибактериальный препарат был назначен в данной клинической ситуации

- Азитромицин
- Ампициллин
- Цефтриаксон
- Цефазолин
- Эритромицин

= Больной ребенок 15 лет, наблюдается у врача педиатра амбулаторно с диагнозом: Острая правосторонняя очаговая пневмония. Пациенту в качестве эмпирической терапии врач назначил гентамицин 160мг/сут. Является ли назначение гентамицина обоснованным в данной клинической ситуации

- нет, так как гентамицин не является препаратом выбора для лечения внебольничной пневмонии
- да, так как аминогликозиды обладают широким спектром действия
- нет, так как снижена рекомендуемая суточная доза
- нет, так как прием препарат может вызвать нежелательные побочные эффекты
- да, так как аминогликозиды применяются для лечения внебольничной пневмонии

= Больной ребенок 14 лет, обратился к детскому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, боль в правой половине грудной клетки, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, слабость, головную боль. Заболел остро после переохлаждения. При объективном осмотре состояние больной относительно удовлетворительное, страдает за счет симптомов интоксикации. При перкуссии в нижних отделах справа укорочение легочного звука, аускультативно - выслушивается крепитация. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 30мм/ч. Назначение какого лекарственного средства наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- амоксициллин/клавуланат
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем
- оксациллин

= У больного ребенка 10 лет с диагнозом правосторонняя пневмония на фоне антибактериальной терапии в течение 3-ех суток амоксициллином/клавуланатом,

отхаркивающих препаратов, дезинтоксикационной терапии состояние без улучшения, сохраняется гипертермия. Какая тактика наиболее целесообразна в данной клинической ситуации

- смена антибактериального препарата
- увеличение дозы антибактериального препарата
- переход на пероральную форму препарата
- уменьшение дозы антибактериального препарата
- назначение дополнительного антибактериального препарата

= У пациента А., 15 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза обострения, ДН II на фоне лечения появились дополнительные жалобы на чувство сухости и жжения во рту, першение в горле. При осмотре – слизистая ротовая полость гиперемирована, имеются белесоватые высыпания. Применение какой группы лекарственных средств могло спровоцировать развитие нежелательного побочного эффекта в данной клинической ситуации

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- блокаторы лейкотриеновых рецепторов
- β 2-адреномиметики длительного действия
- M-холинолитики
- β 2-адреномиметики короткого действия

= Это устройство для проведения [ингаляции](#), использующее сверхмалое дисперсное распыление ЛС. Является оптимальным средством доставки ЛС при [бронхиальной астме](#) и других [респираторных заболеваниях](#) у детей в специализированных отделениях и отделениях интенсивной терапии, а также при оказании неотложной помощи. О каком устройстве идет речь

- небулайзер
- дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ)
- порошковый ингалятор (ПИ)
- спейсер
- спинхалер

= Какой наиболее частый побочный эффект наблюдается у детей при применении ингаляционных глюкокортикостероидов

- кандидоз ротовой полости
- остеопороз
- надпочечниковая недостаточность
- диарея
- отеки

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какой антипиретик является наиболее безопасным в детской практике

- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота
- диклофенак натрий
- индометацин
- метамизол натрий

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какой препарат является альтернативным жаропонижающим средством в детской практике

- ибупрофен
- парацетамол
- мелноксикам
- нимесулид
- индометацин

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какая рекомендуемая доза ибупрофена для детей при гипертермии

- 6-10 мг/кг
- 10-20 мг/кг
- 1-2 мг/кг
- 30-50 мг/кг
- 24-32 мг/кг

= У врача на приеме больной ребенок с жалобами на кашель, повышение температуры до 39 С, боли в грудной клетке. Диагностирована правосторонняя пневмония. Какая рекомендуемая доза парацетамола для детей при гипертермии

- 10-15 мг/кг
- 20-25 мг/кг
- 30-35 мг/кг
- 40-45 мг/кг
- 50-55 мг/кг

= Пациент С., 10 лет принимает препарат железа. Одновременное употребление какого продукта может уменьшить всасывание железа

- чай
- фрукты
- мясо
- крупы
- шоколад

= Пациентка С., 15 лет принимает препарат железа. При превышении какой суточной дозы препаратов железа можно ожидать развития дозозависимых побочных эффектов

- 100мг/сут
- 50мг/сут
- 40мг/сут
- 60мг/сут
- 70мг/сут

= У ребенка на фоне ОРВИ высокая температура, педиатр назначил парацетамол. Какая суточная дозировка парацетамола является максимально допустимой у детей

- 60 мг/кг
- 100 мг/кг
- 15 мг/кг
- 120 мг/кг
- 150 мг/кг

= Пациентка С., 5 лет принимает препарат железа. Для лечения железодефицитной анемии у детей до 5 лет предпочтительно назначать препараты железа в какой форме выпуска

- раствор для приема внутрь или сиропа
- таблетки или драже
- таблетки или капсулы
- таблетки или гранулы
- таблетки или леденцы для рассасывания

= У пациента 15 лет диагностирована подростковая артериальная гипертензия. Сопутствующая патология не выявлена. Назначение какой группы гипотензивных препаратов из перечисленных является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

- блокаторов кальциевых каналов
- бета-адреноблокаторов
- диуретиков
- симпатолитиков
- Альфа-2-агонисты

= У подростка 17 лет диагностирована артериальная гипертензия. Также имеется фоновая патология – сахарный диабет 1 типа. Назначение гипотензивных препаратов какой из перечисленных лекарственных групп является наиболее целесообразным с учетом сопутствующей патологии

- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- альфа-адреноблокаторов
- диуретиков
- симпатолитиков

= У ребенка диагностирована артериальная гипертензия. Какая группа препаратов наиболее часто используется для контроля артериальной гипертензии у детей

- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы
- петлевые диуретики
- симпатолитики
- вазодилататоры

= У пациентки диагностирован ювенильный ревматоидный артрит. На фоне терапии сульфасалазином развился побочный эффект, развитие которого обусловлено режимом дозирования препарата. Какие из нижеперечисленных нежелательных побочных реакций при приеме сульфасалазина относятся к дозозависимым

- диспептические явления
- крапивница
- фиброзный альвеолит
- агранулоцитоз
- экссудативный дерматит

= К какому из нижеперечисленных терминов соответствует следующее определение: «систематически разработанные утверждения или рекомендации для оказания помощи практическому врачу при выборе подходящего метода диагностики и лечения в специфических клинических обстоятельствах

- клиническое руководство

- клинический протокол
- стандарт лечения
- карта ухода
- медицинский алгоритм

= В клинических испытаниях нового препарата для снижения уровня триглицеридов крови пациенты случайным образом были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали препарат, второй группы – плацебо. Пациенты знали свою принадлежность к группе. Какой дизайн исследования описан

- открытое РКИ
- когортное исследование
- простое слепое РКИ
- двойное слепое РКИ
- тройное слепое РКИ

= В больнице были зафиксированы случаи рождения детей с врожденной патологией. Врачами выдвинута гипотеза о связи между приемом матерями во время беременности препарата бендектина и развитием тератогенного эффекта. Какой дизайн исследования описан

- описание случая или серии случаев
- когортное исследование
- исследование «случай-контроль»
- контролируемое исследование без рандомизации
- мета-анализ

= С целью определения влияния длительной (не менее 1 мес) антиагрегантной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений, анализировали результаты 145 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали эффект длительной антиагрегантной терапии и плацебо, и 29 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали разные схемы антиагрегантной терапии. Какой дизайн исследования описан

- систематический обзор РКИ
- рандомизированное клиническое испытание
- когортное исследование
- описание серии случаев
- исследование «случай-контроль»

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «доказательства убедительны: есть веские доказательства в пользу применения данного метода

- А
- В
- С
- D
- Е

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение

- В
- А
- С
- D

-Е

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

-С

-А

-В

-D

-Е

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного метода в определенной ситуации

-D

-А

-В

-С

-Е

= С противовоспалительной целью пациенту назначен препарат из группы НПВС. Какой основной побочный эффект может развиваться при использовании препаратов данной группы

-кровотечение

-синдром отмены

-угнетение ЦНС

-дизурия

-контрактура сустава

= Данный препарат относится к группе нестероидных противовоспалительных средств. Является селективным в отношении ЦОГ1. О каком препарате идет речь

-целекоксиб

-парацетамол

-диклофенак натрия

-ацетилсалициловая кислота

-ибупрофен

= Во время изучения фармакокинетики нового лекарственного препарата, был рассчитан общий клиренс. Для определения каких параметров препарата необходима полученная информация, в случае его применения в клинической практике

-подбора поддерживающей дозы

-прогнозирования клинической эффективности

-токсичности, терапевтического индекса

-режима дозирования, интервала между дозами

-прогнозирования побочных эффектов

= Во время проведения ретроспективной клинико-фармакологической экспертизы медицинской карты, врач клинический фармаколог отметил одновременное использование слишком большого числа ЛС (зачастую необоснованно) у одного пациента при лечении основного заболевания. Какое явление имеет место в данной ситуации

- полипрагмазия
- потенцирование
- суммация эффектов
- синергизм
- антагонизм

= Пациенту предстоит фармакотерапия препаратом с малой широтой терапевтического действия. Какой путь введения необходимо выбрать врачу, для того что бы снизить опасность передозировки

- внутривенный
- ректальный
- пероральный
- накожный
- сублингвальный

= Данный антибактериальный препарата имеет широкий спектр действия, включающий грам(+) и грамм (-) бактерии, анаэробы, спирохеты, риккетсии. Однако клиническое применение данного ЛС ограничено из-за опасности тяжелых нарушений кроветворения (апластическая анемия). О каком препарате идет речь

- хлорамфеникол
- азтреонам
- гентамицин
- оксациллин
- фуразолидон

= Механизм бронходилатирующего действия данного лекарственного средства обусловлен ослаблением или прекращением взаимодействия ацетилхолина с М-холинорецепторами на уровне постсинаптической мембраны. О каком лекарственном средстве идет речь

- Ипратропия бромид
- Монтелукаст
- Сальбутамол
- Формотерол
- Теofilлин

= У пациента 3 лет выявлена внебольничная пневмония легкой степени тяжести. В анамнезе наличие аллергии к препаратам группы пенициллинов и цефалоспоринов. Назначение каких групп лекарственных средств для эмпирической антибактериальной терапии наиболее приемлемо в данной ситуации

- макролидов
- нитроимидазолов
- аминогликозидов
- карбапенемов
- монобактамов

= На фоне бесконтрольного приема бронходилатирующего препарата в ингаляционной форме у пациента развилась гипокалиемия. Прием какого лекарственного средства могло спровоцировать развитие побочного эффекта в данной клинической ситуации

- сальбутамол
- теofilлин
- беклометазон
- кромоглициевая кислота

-зафирлукаст

= У пациентки А., 10 лет имеются признаки диареи, неинфекционного происхождения вследствие погрешности в диете и нервно-психического расстройства. Назначение какого обстипационного средства показано в данной клинической ситуации

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин
- метоклопрамид
- бисакодил

= Данное лекарственное средство является противорвотным средством. Механизм действия обусловлен конкурентной высокоселективной блокадой центральных и периферических 5HT₃-рецепторов серотонина. Применяется для предупреждения тошноты и рвоты при применении цитотоксических химиотерапевтических средств, лучевой терапии. О каком препарате идет речь

- ондасетрон
- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= Данная группа лекарственных средств нейтрализует находящуюся в желудке соляную кислоту, не влияя на её продукцию, уменьшая протеолитическую активность желудочного сока. О какой группе ЛС идет речь

- антациды
- гастроцитопротекторы
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- ферментные препараты

= Данный препарат является высокоактивным гемопоэтическим, метаболическим средством, являющимся основой заместительной терапии дефицита витамина В₁₂. О каком препарате идет речь

- цианокобаламин
- эритропоэтин
- железа сульфат
- фитоменадион
- никотиновая кислота

= Антиаритмическое действие данного препарата обусловлено избирательным блокированием кальциевых каналов на мембранах клеток, что приводит к угнетению деполяризации и замедлению проведения в тканях с "медленным ответом", прежде всего в атриовентрикулярном узле. О каком препарате идет речь

- дилтиазем
- амиоадарон
- бисопролол
- лидокаин
- пропафенон

= Механизм действия данного антиагрегантного лекарственного средства обусловлен влиянием на метаболизм арахидоновой кислоты. О каком препарате идет речь

- ацетилсалициловая кислота
- теофиллин
- клопидогрель
- абциксимаб
- дипиридамол

= Какой механизм действия лежит в основе противовирусного действия ацикловира

- ингибирует ДНК-полимеразу и применяется при герпетических заболеваниях
- угнетает синтез РНК и применяется при гриппе
- ингибирует обратную транскриптазу ДНК вирусов и применяется при СПИДе
- ингибирует виropексис и применяется при ОРВИ

= В отделение интенсивной терапии поступил больной с необычной реакцией на препарат, Как называется явление, характеризующее повышением чувствительности и изменением реакции на лекарственные вещества, обусловленное наследственными ферментопатиями

- Идиосинкразия
- Пристрастие
- Привыкание
- Суммация
- Кумуляция

= В родильном отделении родился ребенок с недоразвитой рукой. Каким термином обозначается действие лекарственных препаратов, вызывающее возникновение врожденных уродств у плода

- Тератогенное
- Канцерогенное
- Аллергия
- Местное
- Резорбтивное

= В наркологическое отделение поступил больной с синдромом зависимости от опиоидов (код МКБ F11.2) Врач отметил снижение фармакологической активности морфина. Как называется явление, характеризующее снижением эффективности препарата при его повторном введении

- Привыкание
- Антагонизм
- Материальная кумуляция
- Суммация
- Функциональная кумуляция

= После длительного применения изосорбида мононитрата для профилактики приступов стенокардии, больной обратил внимание на снижение эффекта последнего. Какое явление имело место

- Толерантность
- Аллергия
- Кумуляция
- Потенцирование
- Физическая зависимость

= У наркоманов после завершения действия наркотического средства развиваются тяжелые психические, неврологические и соматические нарушения. Как называется данный симптомокомплекс

- Абстинентный синдром
- Кумуляция
- Идиосинкразия
- Сенсибилизация
- Толерантность

= При одновременном применении антибиотиков из группы тетрациклинов с антацидными средствами уменьшается их всасывание. Какой тип несовместимости наблюдается в данной ситуации

- Фармакокинетическая несовместимость
- Синергизм препаратов
- Фармакодинамическая несовместимость
- Фармацевтическая несовместимость
- Функциональный антагонизм препаратов

= Проконсультируйте врача-интерна, почему одновременно с препаратами железа нецелесообразно применять антацидные средства

- Ухудшается всасывание препаратов железа
- Увеличивается связывание с белками крови
- Нарушается депонирование железа в организме
- Усиливается интоксикация препаратами железа
- Ускоряется элиминация препаратов железа

= Ребенку 10 лет с респираторным заболеванием назначили парацетамол для снижения температуры тела. К какому виду фармакотерапии следует отнести это лечение

- Симптоматическое
- Адаптационное
- Этиотропное
- Патогенетическое
- Заместительное

= При отпуске лекарственных средств в аптеке провизор обратил внимание больного на нецелесообразность одновременного использования цианокобаламина и тиамин хлорида. Как называют тип взаимодействия этих лекарств

- Фармацевтический
- Синергизм
- Фармакокинетический
- Фармакодинамический
- Антагонизм

= В аптеку обратился больной, который в течение месяца принимал феназепам. Больной настаивал на приобретении еще двух упаковок этого препарата, объясняя это тем, что без феназепама себя плохо чувствует. Что лежит в основе побочного действия препарата, развившегося у больного

- Лекарственная зависимость
- Синдром последствия
- Толерантность
- Идиосинкразия
- Кумуляция

= Больному аллергическим ринитом назначили эфедрин в каплях для носа. Закапывания в нос значительно ухудшило состояния больного, что побудило к использованию этого средства каждые 2 часа, но эффекта не было. Как называется развившееся явление

- Тахифилаксия
- Кумуляция
- Лекарственная зависимость
- Аллергия
- Идиосинкразия

= Как называется относительное количество лекарственного вещества, которое поступает в системное кровообращение из места введения

- Биодоступность
- Период полуэлиминации
- Период полувыведения
- Объем распределения
- Период полуабсорбции

= При отравлении фосфорорганическими соединениями используют атропин. Какое явление лежит в основе антидотного действия

- Привыкание
- Синергизм
- Антагонизм
- Потенцирование
- Химическая несовместимость

= Во время оперативного вмешательства с применением миорелаксанта тубокурарина у пациента развилось нарушение дыхания, которое было ликвидировано после введения прозерина. Какому термину соответствует указанное взаимодействие между лекарствами

- Антагонизм
- Кумуляция
- Синергизм
- Тахифилаксия
- Несовместимость

= Больному, который длительное время принимает фенобарбитал, врач назначил диклофенак натрия. Однако, противовоспалительный эффект диклофенака оказался слабее ожидаемого вследствие фармакокинетического взаимодействия этих препаратов.

Результатом каких процессов могло быть такое взаимодействие препаратов

- Увеличение скорости метаболизма препарата в печени
- Изменение чувствительности рецептора
- Снижение скорости метаболизма препарата в печени
- Снижение концентрации белка в плазме
- Увеличение дозы лекарственных средств

= **Что характерно для ионизированных соединений**

- плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте
- хорошо реабсорбируются в почечных канальцах
- транспортируются так же, как неионизированные
- легко проникают через гематоэнцефалический барьер

= **Какая особенность характерна для лекарств, которые назначаются при функциональной недостаточности печени и почек**

- повышается риск токсического действия лекарственных веществ
- биотрансформация лекарственных веществ ускоряется
- активность лекарственных веществ снижается
- продолжительность действия лекарственных веществ увеличивается
- отмечается более быстрое выведение лекарственных веществ из организма

= **Как называется вещество, которое соединяется с одним подтипом рецепторов как агонист, в другом как антагонист**

- агонист –антагонист
- конкурентный антагонист
- необратимый антагонист
- обратный агонист
- нейтральный антагонист

= **FDA обозначает буквами A,B,C,D и X лекарства, назначаемые человеку. Для чего нужна эта классификация**

- риск для плода, если назначается беременной женщине
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения, в случае снижения плазменного клиренса креатинина
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции печени
- относительная степень безопасности
- количество дозы препарата необходимое для уменьшения в случае нарушения функции почек

= **В диапазоне каких доз проявляется побочное действие лекарственных средств**

- терапевтических
- суточных
- токсических
- летальных
- курсовых

= **Какие молекулярные изменения делают мембрану нервных клеток более чувствительной к действию местных анестетиков**

- увеличение внеклеточной концентрации K^+
- увеличение внеклеточной концентрации Ca^{++}
- увеличение внеклеточной концентрации Na^+
- уменьшение внеклеточной концентрации Cl^-
- увеличение внеклеточной концентрации Mg^{++}

= **С какой целью местные анестетики выпускаются в виде солянокислых солей**

- для большей стабильности и увеличения водорастворимости
- для уменьшения токсичности
- повышения стабильности и увеличения липофильности
- уменьшения повреждения тканей и большей активности
- увеличения активности

= **Почему прокаин нельзя комбинировать с сульфаниламидами**

- является антагонистом сульфаниламидов
- является синергистом сульфаниламидов

- способствует избыточной кумуляции сульфаниламидов
- блокирует сульфаниламидные группы
- препятствует проникновению сульфаниламидов через мембраны

= **Какова** причина низкой активности местных анестетиков при воспалении

- кислая среда в очаге воспаления и невозможность перейти в основание
- щелочная среда в очаге воспаления и инактивация анестетиков
- ишемизация тканей и уменьшение всасывания анестетиков
- уменьшение растворимости анестетиков в воде
- усиление липофильности

= Данный препарат относится к группе препаратов сульфонилмочевины. Недостатки его применения при сахарном диабете - быстрое развитие резистентности. О каком препарате идет речь

- глибенкламид
- лираглутид
- пиоглитазон
- ситаглиптин
- репаглинид

= При введении фармакологической дозы эpineфрина наблюдается(среди прочих эффектов) прямое увеличение частоты ритма сердца, сократимости и проводимости. Какой адренорецептор ответственен за эти сердечные эффекты

- бета1
- альфа1
- альфа2
- бета2
- бета3

= Существуют различные офтальмологические препараты, с разными механизмами действия, используемые для лечения хронической открыто-угольной глаукомы. Какой из них снижает внутриглазное давление за счет уменьшения образования внутриглазной жидкости

- тимолол
- эхотиофат
- изофлуорофат
- неостигмин
- пилокарпин

= Высоко селективные ингибиторы ЦОГ-2 имеет противовоспалительный эффект и незначительное побочное действие на слизистую желудка по сравнению с аспирином. Какой эффект отсутствует у этих препаратов и имеется у аспирина

- антиагрегантный
- анальгетический
- противовоспалительный
- жаропонижающий
- угнетение ЦОГ

= Какой спазмолитический препарат при аллостерическом взаимодействии с макромолекулярным комплексом ГАМК_A приводит к более частому открытию ионных каналов хлора

- феназепам

- этаминал-натрия
- натрия оксibuтират
- золпидем
- мелатонин

= **Какой** препарат, применяемые для лечения подагрического артрита, используется также для закрытия ductus arteriosus у недоношенных детей

- индометацин
- препараты золота
- кеторолак
- фенилбутазон
- метотрексат

= НПВС, такие как аспирин, могут вызвать аллергические реакции у некоторых пациентов. Что нужно заблокировать, чтобы предупредить лекарственную аллергию

- липооксигеназу
- фосфолипазу А-2
- ЦОГ-1
- ЦОГ-2
- лейкотриеновые рецепторы

= Какой препарат применяется для обезболивания и периферической вазодилатации

- морфин
- налоксон
- налтрексон
- лоперамид
- кодеин

= Что относится к диагностической триаде при передозировке наркотическими анальгетиками

- миоз, коленный рефлекс, следы инъекций
- мидриаз, кома и гипервентиляция
- мидриаз, лихорадка, абдоминальные боли
- миоз, тремор, рвота
- мидриаз, рвота

= Как изменится действие морфина при комбинации его с наркозными средствами

- усилится
- уменьшится
- не изменится
- замедлится всасывание
- усилится метаболизм

= **Какой** диуретик вызывает гиперурикемию и гипомагниемия

- гидрохлортиазид
- триамтерен
- спиронолактон
- ацетазоламид
- амилорид

= Какое пероральное производное имидазола используется для лечения поверхностных и системных микозов. Препарат очень гепатотоксичен

- кетоконазол
- микогептин
- амфотерицин Б
- тербинафин
- нистатин

= Где находится $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$ ко-транспортер, который угнетается фуросемидом

- восходящая часть петли Генле
- собирательные трубочки
- нисходящая часть петли
- проксимальный отдел канальца
- дистальный отдел канальца

= 10-летней девочке с аллергической астмой назначен натрия кромогликат. Каков механизм действия препарата

- угнетение высвобождения медиаторов
- угнетение мускариновых рецепторов
- угнетение 5-липоксигеназы
- угнетение фосфодиэстеразы
- активация β -адренергических рецепторов

= 16 – летней девочке был назначен препарат для лечения бронхиальной астмы, который индуцировал сокращения скелетных мышц (тремор). Какой препарат вызывает подобные эффекты

- сальбутамол
- беклометазон
- кромоллин
- ипратропиум
- монтелукаст

= FDA отмечает, что после длительного применения селективных бронходилататоров типа сальметерол, увеличилось число смертельных исходов у больных с бронхиальной астмой. Какой из ниже следующих феноменов объясняет этот фатальный побочный эффект

- толерантность бета-2-рецепторов - спазм бронхиол вязкой мокротой
- анафилактический шок
- гипертонический криз
- угнетение синтеза, освобождения кортизона
- спазм бронхиол вязкой мокротой

= Глюкокортикоиды широко используются для лечения различных воспалительных заболеваний. Что является главной мишенью действия при назначении глюкокортикоидов в фармакологической дозе

- фосфолипаза A2
- циклооксигеназа
- гистидин декарбоксилаза
- 5 –липооксигеназа
- ксантин оксигеназа

= Многие виды патологических реакций (воспаление, отек легкого, шок) сопровождаются повышением проницаемости сосудов. Какой из перечисленных веществ можно использовать для устранения данных явлений

- Преднизолон
- Ацетилсалициловая кислота
- Дифенгидрамин
- Прометазин
- Индометацин

= Ребенок в возрасте 12 лет поступил в клинику по поводу бронхопневмонии. Страдает хроническим отитом. Какая группа антибиотиков противопоказана в данной ситуации

- аминогликозиды
- пенициллины
- макролиды
- линкозамиды
- цефалоспорины

= В инфекционное отделение больницы госпитализирован больной с диагнозом менингит. Лабораторными исследованиями установлено, что возбудитель чувствителен ко многим противомикробным средствам, но у больного обнаружены явления анемии. Какой препарат противопоказан больному

- Хлорамфеникол
- Гентамицина сульфат
- Ампициллина тригидрат
- Амоксициллин
- Ванкомицин

= Почему имипенем вводится вместе с циластатином

- циластатин угнетает фермент в почках, разрушающий имипенем
- циластатин усиливает эффект
- циластатин предупреждает побочные эффекты
- циластатин улучшает всасывание
- циластатин усиливает метаболизм

= У 16-летнего пациента получающего лечение по поводу лейкемии появилась лихорадка. Врач назначил несколько препаратов, обладающих антибактериальным, противовирусным и противогрибковым свойствами. Через 2 дня у него развилась острая почечная недостаточность. Какой препарат мог стать причиной развития ОПН?

- амфотерицин В
- флуконазол
- нистатин
- итраконазол
- леворин

= Пациенту с туберкулезом назначили изониазид как часть комбинированной терапии. Врач решил назначить дополнительно витамин В₆. Какова главная причина для назначения витамина В₆

- предупреждает побочные эффекты изониазида
- усиливает противотуберкулезный эффект
- усиливает всасывание
- усиливает экскрецию
- усиливает метаболизм

= Метаболизм какого противотуберкулезного препарата находится под генетическим контролем

- Изониазид
- Рифампицин
- Стрептомицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

= У пациента диагностирован острый тонзиллит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком. Какой из перечисленных антибактериальных средств целесообразно назначить с учетом этиологического фактора развития данного заболевания

- амоксциллин
- гентамицин
- цефтазидим
- линкомицин
- ко-тримоксазол

= У пациента диагностирована внебольничная пневмония легкой степени тяжести. Сопутствующей патологии не выявлено. Какое лекарственное средство наиболее целесообразно для проведения эмпирической антибактериальной терапии у данного пациента

- амоксциллин/клавуланат
- гентамицин
- ко-тримоксазол
- левофлоксацин
- эритромицин

= У пациента выявлена пневмония средней тяжести; в амбулаторных условиях назначен амоксициллин\клавуланат внутрь по 625 мг 3 р\с. На 2-е сутки у больного развилась крапивница, бронхоспазм. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- азитромицин в/в
- азтреонам в/в
- бензилпенициллин в/м
- гентамицин в/м
- ампициллин в/м

= Пациенту по поводу внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях был назначен спирамицин внутрь по 3 млн. МЕ 2 р\с, на 2-е сутки лечения отмечались интенсивные гастралгии, тошнота, однократная рвота. Какое антибактериальное средство является альтернативным для лечения пневмонии с учетом развития нежелательных побочных реакций в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- азитромицин
- кларитромицин
- амикацин
- клиндамицин

= Больная, беременность 9-10 недель, обратилась к семейному врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, боль в правой половине грудной клетки, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, слабость, головную боль. Заболела остро после переохлаждения. При объективном осмотре состояние больной относительно удовлетворительное, страдает за счет симптомов интоксикации. При перкуссии в нижних

отделах справа укорочение легочного звука, аускультативно выслушивается крепитация. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 35 мм/ч. Назначение какого лекарственного средства наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- амоксициллин
- гентамицин
- кларитромицин
- имипенем
- оксациллин

= На фоне бесконтрольного приема бронходилатирующего препарата в ингаляционной форме у пациента развилось резкое ухудшение бронхиальной проводимости «синдром рикошета». Прием какого лекарственного средства могло спровоцировать развитие побочного эффекта в данной клинической ситуации

- сальбутамол
- теофиллин
- беклометазон
- кромоглициевая кислота
- зафирлукаст

= У пациентки В., 26 лет диагностирована бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза ремиссии, ДН II. С учетом ступенчатого подхода в терапии бронхиальной астмы данной пациентке показана комбинированная терапия. Назначение какой комбинации лекарственных средств является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

- формотерол + будесонид
- сальметерол + формотерол
- формотерол + сальбутамол
- будесонид + кетотифен
- фенотерол + сальбутамол

= Пациент В, 56 лет с диагнозом Бронхиальная астма, атопическая форма, персистирующее течение, средней степени тяжести, фаза обострения ДН II. На фоне лечения будесонидом в дозе 500 мкг/сут + сальметерола 100 мкг/сут + сальбутамола 100 мкг по требованию отмечается стойкая ремиссия в течение 5 месяцев. Какая дальнейшая тактика ведения пациента наиболее целесообразна в данной клинической ситуации

- уменьшение дозы глюкокортикостероидного препарата
- увеличение дозы бронходилатирующего препарата
- продолжение наблюдения за пациентом без коррекции терапии
- замена бронходилатирующего препарата
- назначение дополнительного бронходилатирующего препарата

= У больного А., 30 лет отмечаются ежедневные симптомы астмы, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю, во время обострений нарушена работоспособность и сон, ежедневно использует сальбутамол. ОФВ1 60-80% от должного, суточные колебания ПСВ >30%. Назначение какой комбинации лекарственных средств для базисной терапии является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации

- β_2 -адреномиметики длительного действия + иГКС в средних дозах
- блокаторы лейкотриеновых рецепторов + β_2 -адреномиметики короткого действия
- иГКС в высоких дозах + стабилизаторы мембран тучных клеток
- М-холинолитики + блокаторы лейкотриеновых рецепторов

-метилксаниты + β_2 -адреномиметики короткого действия

= Механизм бронходилатирующего действия данного лекарственного средства обусловлен ослаблением или прекращением взаимодействия ацетилхолина с М-холинорецепторами на уровне постсинаптической мембраны. О каком лекарственном средстве идет речь

- Иpratропия бромид
- Монтелукаст
- Сальбутамол
- Формотерол
- Теofilлин

= У пациентки А., 34 лет имеются признаки диареи, неинфекционного происхождения вследствие погрешности в диете и нервно-психического расстройства. Назначение какого обстипационного средства показано в данной клинической ситуации

- лоперамид
- макрогол
- панкреатин
- метоклопрамид
- бисакодил

= Больной 50 лет с диагнозом: Цирроз печени. Назначение какого лекарственного средства наиболее рационально для профилактики печеночной энцефалопатии

- лактолоза
- эссенциале
- адиметионин
- силимарин
- урсодезоксихолевая кислота

= Пациенту 45 лет с диагнозом Хронический бескаменный холецистит стадия обострения в лечении участковым врачом назначено: амоксициллин 2000мг/сут, омепразол 40мг/сут, платифиллина гидротартрат 0,2% 2,0мл/сут, панкреатин 40000ЕД/сут, аллохол 4табл/сут. Определите назначение какого лекарственного средства является нерациональным в данной клинической ситуации

- аллохол
- амоксициллин
- омепразол
- платифиллинагидротартрат
- панкреатин

= Данное лекарственное средство является противорвотным средством. Механизм действия обусловлен конкурентной высокоселективной блокадой центральных и периферических 5HT₃-рецепторов серотонина. Применяется для предупреждения тошноты и рвоты при применении цитотоксических химиотерапевтических средств, лучевой терапии. О каком препарате идет речь

- ондасетрон
- домперидон
- омепразол
- метоклопрамид
- циметидин

= У пациента В., 33 лет с диагнозом: Язвенная болезнь. Язва ДПК, стадия обострения установлено, что причиной развития является *H. pylori*. Назначение какой комбинации лекарственных средств наиболее рационально в данной клинической ситуации

- рабепразол+кларитромицин+амоксициллин
- омепразол+эритромицин+ампициллин
- рабепразол+тетрациклин+азитромицин
- ранитидин+ амоксициллин+субцитрат висмута
- фамотидин+ ампициллин+метронидазол

= Данная группа лекарственных средств нейтрализует находящуюся в желудке соляную кислоту, не влияя на её продукцию, уменьшая протеолитическую активность желудочного сока. О какой группе ЛС идет речь

- антациды
- гастроцитопротекторы
- блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- ферментные препараты

= У пациентки 29 лет, в сроке беременности 18 недель, диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита. Какие препараты допустимо назначить в данной ситуации, с целью симптоматической фармакотерапии

- антациды, алгинаты
- антибиотики
- ингибиторы протонной помпы
- блокаторы гистаминовых H_2 -рецепторов
- прокинетики

= Больной 50 лет с диагнозом: Цирроз печени, токсической этиологии, активная фаза, умеренной степени активности, стадия декомпенсации. Спленомегалия. Асцит напряженный. Варикозное расширение вен пищевода I-II степени. Гепатоцеллюлярная недостаточность стадия декомпенсации. Назначение какой комбинации лекарственных средств наиболее рационально для фармакотерапии отечно-асцитического синдрома

- фуросемид+спиронолактон
- индапамид+спиронолактон
- гидрохлортиазид+ацетазоламид
- фуросемид+гидрохлортиазид
- триамтерен+ацетазоламид

= У пациента В., 44 лет выявлены признаки синдрома гиперкоагуляции. Врачом назначены эноксапарин натрия 20 мг/сут в сочетании с дипиридамолом 150мг/сут. Развитие какого вида взаимодействия возможно в данном клиническом случае

- усиление антикоагулянтного действия
- ослабление антитромбического действия
- повышение экскреции дипиридамола
- ускорение абсорбции дипиридамола
- замедление распределения эноксапарина натрия

= У пациентки В., 45 лет с хронической почечной недостаточностью диагностирована железодефицитная анемия 3 степени. На фоне начатой терапии препаратом сульфат железа 200мг/сут отмечает выраженную тошноту, рвоту, не позволяющую продолжить дальнейшее лечение. Какова дальнейшая тактика ведения пациента в данном клиническом случае

- назначение парентеральной формы препарата
- снижение дозы препарата
- увеличение кратности приема препарата
- замена на другой препарат в пероральной форме
- дополнительное назначение противорвотного средства

= Данный препарат является высокоактивным гемопоэтическим, метаболическим средством, являющимся основой заместительной терапии дефицита витамина В₁₂. О каком препарате идет речь

- цианокобаламин
- эритропоэтин
- железа сульфат
- фитоменадион
- никотиновая кислота

= Механизм гипотензивного действия данного лекарственного средства обусловлен активацией имидазолиновых рецепторов в ЦНС. О каком препарате идет речь

- моксонидин
- празозин
- метилдопа
- клонидин
- гуанфацин

= Пациент 60 лет, диагноз: ИБС Стенокардия напряжения ФК III. Синусовая тахикардия. Атеросклероз аорты. Вторичная артериальная гипертония 2 степени, риск 3 (ГЛЖ, стенокардия, ангиопатия сетчатки) НК I. ХОБЛ, стадия обострения, средней степени тяжести. ДН II. Назначена терапия – атенолол 50 мг/сут, лизинопрол 10мг/сут, ацетилсалициловая кислота 250 мг/сут, симвастатин 20мг/сут, ипратропиум бромид 160 мкг/сут. Назначение какого препарата является нецелесообразным

- атенолол
- лизиноприл
- ацетилсалициловая кислота
- симвастатин
- ипратропиум бромид

= У пациента 68 лет с ИБС отмечается прогрессирование признаков сердечной недостаточности. Сопутствующий диагноз – сахарный диабет 2 типа. Назначение какого диуретика наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- индапамид
- фуросемид
- ацетазоламид
- спиронолактон
- триамтерен

= У пациента В., 65 лет на фоне приема диуретика с целью купирования отечного синдрома на фоне сердечной недостаточности появились дополнительные жалобы на снижение остроты слуха. Назначение какого диуретика способствовало развитию данного побочного эффекта

- фуросемид
- спиронолактон
- индапамид
- ацетазоламид

-гидрохлортиазид

= Пациентка 34 года, Беременность 12-13 недель. Диагностирован хронический вторичный пиелонефрит на фоне двухстороннего нефроптоза, латентное лечение, активность 0. ХПН I. Вторичная артериальная гипертензия 2 степени, риск 3 (ГЛЖ), НКI. Какой препарата наиболее целесообразно назначить с гипотензивной целью

- метилдопа
- лизиноприл
- эпросартан
- спиронолактон
- празозин

= Больному 55 лет с диагнозом Эссенциальная гипертензия 3 степени риск 3 (ГЛЖ, ангиопатия сетчатки) НКI с гипотензивной целью назначено ателолол 50 мг/сут + верапамил 240мг/сут. Обоснована ли комбинация антигипертензивных препаратов в данной клинической ситуации

- нет, данная комбинация не является рациональной
- да, взаимодействие препаратов усиливает гипотензивный эффект
- да, препараты обладают гипотензивным действием
- нет, верапамил не обладает гипотензивным действием
- нет, недостаточна дозировка ателолола

= У пациента на фоне приема препарата с гипотензивной целью появились жалобы на покраснения лица, головную боль, головокружение. Прием какого лекарственного средства наиболее вероятно спровоцировал развитие данных побочных эффектов

- нифедипин
- эналаприл
- фуросемид
- бисопролол
- ацетазоламид

= У пациента 50 лет выявлены артериальная гипертензия в сочетании с сахарным диабетом и прогрессирование диабетической нефропатии. Раннее назначение какой группы гипотензивных лекарственных средств могло бы предупредить развитие осложнений со стороны почек

- ингибиторов АПФ
- альфа-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов
- диуретиков
- симпатолитиков

= У пациентки 45 лет диагностированы ИБС, стенокардия напряжения ФК II, желудочковая экстрасистолия. Также выявлено наличие гипертиреоза. Назначение какого из указанных антиаритмических средств может повлиять на функцию щитовидной железы

- амиодарон
- этазицин
- хинидин
- дигоксин
- лидокаин

= У пациента П., 67 лет проводится терапия варфарином с целью профилактики тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий. Контроль какого

показателя коагулограммы необходим при терапии варфарином в данной клинической ситуации

- МНО
- АЧТВ
- тромбоциты
- протромбиновое время
- ПТИ

= У пациента 55 лет верифицирована вазоспастическая (вариантная) стенокардия напряжения. Назначение какой из перечисленных лекарственных групп является наиболее целесообразным для предупреждения кардиалгии у данного пациента

- антагонисты кальция
- нитраты
- бета-адреноблокаторы
- метилксантины
- антиагреганты

= Больная 48 лет с диагнозом Эссенциальная артериальная гипертензия 3 степени риск 4 (ГЛЖ, ангиопатия сетчатки, сахарный диабет) НК I Сахарный диабет 2 тип, средней степени тяжести, стадия компенсации. На фоне приема эналаприла отмечает мучительный сухой кашель. Какая дальнейшая тактика ведения пациентки наиболее рациональна

- замена на эпросартан
- снижение дозы эналаприла
- замена на лизиноприл
- дополнительное назначение пропранолола
- замена на фуросемид

= Пациентка Г., 40 лет Диагноз – сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый, средней степени тяжести, фаза компенсации. В течении 5 лет принимает сахароснижающие препараты (ССП). В настоящее время диагностирована беременность. Какая тактика ведения пациента наиболее рациональна в данной клинической ситуации

- перевод на инсулинотерапию
- прием ССП в прежней дозировке
- уменьшение дозировки ССП
- дополнительное назначение ССП
- дополнительное назначение инсулина

= Пациенту Г. с диагнозом – Сахарный диабет 2 типа показана комбинированная терапия сахароснижающими препаратами (ССП). Какая комбинация ССП является наиболее рациональной в данной клинической ситуации

- метформин + саксаглиптин
- эксенатид + репаглинид
- гликлазид + глибенкламид
- ситаглиптин + саксаглиптин
- пиоглиитаон + инсулин

= У пациента Л. ,56 лет верифицирован впервые выявленный сахарный диабет 2 типа с выраженной клинической симптоматикой. Уровень гликозилированного (гликированного) гемоглобина (HbA1- составляет более 9% выше целевого уровня. Какая тактика ведения пациента наиболее рациональна в данной клинической ситуации

- назначение инсулинотерапии

- назначение акарбозы
- динамическое наблюдение
- назначение лираглутида
- назначение комбинации ССП

= У пациентки Ж, 66 лет верифицирован сахарный диабет 2 типа. Врач планирует назначить препарат пиоглитазон. Развитие какого побочного эффекта возможно в данном случае с учетом недостатков данного сахароснижающего препарата

- увеличение риска переломов трубчатых костей у женщин
- высокий риск гипергликемии
- потенциальный риск развития панкреатита
- низкая эффективность
- формирование антител

= У пациентки Ж., 33 лет на фоне беременности 10-11 недель развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефазолин
- метронидазол
- гентамицин

= У пациентки Ж., 33 лет развилась клиника острого цистита. Назначение какого препарата для эмпирической терапии наиболее целесообразно в данной клинической ситуации

- ципрофлоксацин
- цефазолин
- фурагин
- метронидазол
- гентамицин

= У пациента В., 75 лет на догоспитальном этапе развился приступ почечной колики. Назначение какого лекарственного средства с анальгетической целью наиболее рационально при оказании неотложной помощи в данной клинической ситуации

- диклофенак
- ацетаминофен
- ацетилсалициловая кислота
- фентанил
- омнопон

= У пациента В., 72 лет с обострением хронического пиелонефрита на фоне приема данного антибактериального препарата развилась клиника тендовагинита (воспаление и разрывы сухожилия). Использование какого антибактериального средства могло спровоцировать развитие данной побочной реакции

- норфлоксацин
- кларитромицин
- азитромицин
- тикарциллин
- цефуроксим

= У пациента на фоне введения местного анестетика развился анафилактический шок. Назначение какого препарата является наиболее целесообразным в данной клинической ситуации, согласно клинического протокола «Анафилактический шок»

- эпинефрин
- преднизолон
- дексаметазон
- аминофиллин
- хлоропирамин

= У пациента на приеме у врача появились жалобы на слабость, головную боль, при измерении уровень артериального давления составил 160 и 90 мм рт.ст. Какова тактика ведения пациента в данной клинической ситуации

- каптоприл 25 мг сублингвально
- нитроглицерин 0,5 мг сублингвально
- магния сульфат 4г внутривенно
- эналаприлат 0,625 мг внутривенно
- клонидин 0,15 мг перорально

= У пациента диагностирован неосложненный гипертонический криз. Какой препарат является препаратом выбора в данной клинической ситуации для купирования гипертонического криза

- нифедипин
- фентоламин
- эналаприлат
- пропранолол
- клонидин

= К какому из нижеперечисленных терминов соответствует следующее определение: «систематически разработанные утверждения или рекомендации для оказания помощи практическому врачу при выборе подходящего метода диагностики и лечения в специфических клинических обстоятельствах

- клиническое руководство
- клинический протокол
- стандарт лечения
- карта ухода
- медицинский алгоритм

= В клинических испытаниях нового препарата для снижения уровня триглицеридов крови пациенты случайным образом были поделены на две группы. Пациенты первой группы получали препарат, второй группы – плацебо. Пациенты знали свою принадлежность к группе. Какой дизайн исследования описан

- открытое РКИ
- когортное исследование
- простое слепое РКИ
- двойное слепое РКИ
- тройное слепое РКИ

= В больнице были зафиксированы случаи рождения детей с врожденной патологией. Врачами выдвинута гипотеза о связи между приемом матерями во время беременности препарата бендехтина и развитием тератогенного эффекта. Какой дизайн исследования описан

- описание случая или серии случаев

- когортное исследование
- исследование «случай-контроль»
- контролируемое исследование без рандомизации
- мета-анализ

= С целью определения влияния длительной (не менее 1 мес) антиагрегантной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений, анализировали результаты 145 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали эффект длительной антиагрегантной терапии и плацебо, и 29 рандомизированных испытаний, в которых сравнивали разные схемы антиагрегантной терапии. Какой дизайн исследования описан

- систематический обзор РКИ
- рандомизированное клиническое испытание
- когортное исследование
- описание серии случаев
- исследование «случай-контроль»

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «доказательства убедительны: есть веские доказательства в пользу применения данного метода

- A
- B
- C
- D
- E

= К какому из нижеперечисленных уровней доказательности соответствует следующее определение: «достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного метода в определенной ситуации

- D
- A
- B
- C
- E

= Какой препарат применяется при заболеваниях, вызываемых РНК-содержащими вирусами

- зидовудин
- ацикловир
- метисазон
- валцикловир
- видарабин

= Какой механизм действия лежит в основе противовирусного действия ацикловира

- ингибирует ДНК-полимеразу и применяется при герпетических заболеваниях
- угнетает синтез РНК и применяется при гриппе
- ингибирует обратную транскриптазу ДНК вирусов и применяется при СПИДе
- ингибирует виropексис и применяется при ОРВИ
- угнетают синтез нуклеиновых кислот вируса
- угнетают синтез нуклеиновых кислот вируса

= Пациентка А., 69 лет, предъявляет жалобы на головные боли преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах. Головные боли беспокоят в течение 20 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось повышение АД до 180/110 мм рт.ст. Ухудшение состояния в течение 2 часов, связывает с эмоциональным перенапряжением. В анамнезе сахарный диабет II типа. Объективно: состояние средней степени тяжести. Тоны сердца ослабленной звучности, ритм правильный. АД 200/110 мм рт. ст., ЧСС – 112 уд/мин.

Предварительный диагноз

-АГ III ст. риск IV. Криз II типа

-АГ II ст. риск IV. Криз II типа

-АГ III ст. риск III. Криз II типа

-АГ II ст. риск III. Криз I типа

-АГ II ст. риск II. Криз II типа

= Пациентка, 40 лет, по приезду бригады СП, предъявляла жалобы на внезапно возникшую головную боль, тошноту, рвоту, стягивание мышц конечностей, подъем артериального давления до 300/110 мм рт.ст. Ухудшение состояния связывала с нервно-эмоциональным перенапряжением. В течение года, сильно похудела, периодически отмечала возникновение подобных приступов после психо-эмоциональных нагрузок.

Предварительный диагноз

-гипертонический криз при феохромоцитоме

-тиреотоксический криз

-гипертоническая энцефалопатия

-нейровегетативный вариант гипертонического криза

-судорожный вариант гипертонического криза

= Пациент Л., 47 лет. Жалобы на сильную боль в груди, возникшую 20-25 минут назад, одышку, головокружение, боль в правом подреберье, вздутие живота, рвоту, резкую слабость. Объективно: Состояние тяжелое. Выраженный цианоз кожи верхней половины туловища, набухшие шейные вены, пульсация в надчревной области, отеки на ногах. Дыхание редкое, аритмичное, при аускультации - справа дыхание ослабленное. Тоны сердца ослабленной звучности, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, там же систолический шум. ЧСС 120 в 1мин. АД 80/50мм рт.ст. Живот вздут, болезненный в правом подреберье. Печень +4 см, болезненна.

Предварительный диагноз

-ТЭЛА

-отек легких

-острый инфаркт миокарда

-внебольничная пневмония

-астматический статус

= У пожилого пациента внезапно появилась острая боль за грудиной, затем сухой кашель, головокружение. Чуть позже развилась одышка инспираторного типа и цианоз в сочетании с бледностью кожи. Визуально определяется патологическая пульсация в эпигастральной области. Перкуторно - расширение правой границы сердца, аускультативно - акцент II тона и раздвоение его над легочной артерией.

Предварительный диагноз

-ТЭЛА

-астматический статус

-инфаркт пневмония

-интерстициальный отек легких

-крупозная пневмония

= Мужчина 32 года, подвергся воздействию электрического тока. Объективно: сознание отсутствует. Кожа бледная, на ощупь холодная. Дыхание отсутствует. Пульс на сонных артериях не определяется. Зрачки на свет не реагируют.

Укажите вероятное нарушение сердечного ритма

- фибрилляция желудочков
- электромеханическая диссоциация
- асистолия
- желудочковая тахикардия
- АВ блокада

= Пациент С., 54 года, страдает сахарным диабетом в течение 17 лет. На момент осмотра: больной без сознания. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Зрачки узкие, пульс нитевидный, запах ацетона изо рта. Дыхание патологическое, типа Куссмауля. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД 100/60 мм рт.ст., глюкоза в крови 35 ммоль/л.

Определите вид комы

- кетоацидотическая
- гиперлактацидемическая
- гиперосмолярная
- церебральная
- печеночная

= Пациент М., 57 лет. вызвал бригаду СП по поводу внезапно возникшего приступа частого сердцебиения. Из анамнеза ранее отмечались эпизоды нарушения сердечного ритма. Врачом скорой помощи диагностирован острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, пароксизмальная фибрилляция предсердий, кардиогенный шок. Определите вариант кардиогенного шока.

- аритмический
- периферический
- абдоминальный
- астматический
- безболевой

= Пациент А., 45 лет жалуется на появление сыпи на теле, кожный зуд. Данное состояние возникло остро, через час после приема таблетки левомецетина. Объективно: на коже шеи, грудной клетки имеется необильная, ярко гиперемированная крупнопятнистая сыпь, следы расчесов. АД 120/70 мм рт.ст., температура тела 36,9⁰ С.

Предварительный диагноз

- локализованная крапивница
- генерализованная крапивница
- анафилактический шок
- аллергический дерматит
- синдром Лайелла

= У пациента С., 70 лет, находящегося на стационарном лечении в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда на 11 сутки появились боль в грудной клетке, одышка, лихорадка. При аускультации: шум трения перикарда, дыхание ослабленное, мелкопузырчатые, влажные хрипы в задне-нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 28 в 1 мин. Вероятное осложнение острого инфаркта миокарда

- синдром Дресслера
- нозокомиальная пневмония

- распространение зоны поражения миокарда
- идиопатический перикардит
- разрыв сердечных хорд

= По прибытии скорой помощи на вызов обнаружена женщина, 40 лет, без признаков жизни. Со слов родственников: потеряла сознание приблизительно 10 минут назад, ранее ничем не болела. Объективно: сознание, пульс на сонных артериях, дыхание, реакция зрачков на свет отсутствуют, кожные покровы бледные, теплые. Была проведена сердечно-легочная реанимация.

Один из критериев эффективности сердечно-легочной реанимации

- появление пульса на сонной артерии
- расширение зрачков
- сухость роговицы
- симптом «кошачьего глаза»
- помутнение роговицы

= Пациент Г., 50 лет. Жалобы на внезапно возникшую жгучую боль за грудиной, сухой кашель, головокружение. Позже развилась одышка инспираторного типа, цианоз в сочетании с бледностью кожи. При осмотре определяется патологическая пульсация в эпигастральной области. Перкуторно отмечается расширение правой границы сердца, аускультативно акцент II тона и раздвоение его над легочной артерией.

Наиболее вероятный диагноз

- ТЭЛА
- астматический статус
- острый инфаркт миокарда
- спонтанный пневмоторакс
- крупозная пневмония

= Женщина 50 лет обратилась к врачу с жалобами на внезапно возникшее повышение АД, головокружение, чувство страха, тревоги. Объективно: лицо бледное, холодное. ЧСС - 100 в минуту. АД - 260/140 мм рт.ст

Вероятный диагноз

- гипертонический криз
- тиреотоксический криз
- гипертоническая энцефалопатия
- нейровегетативная дистония
- манифестация микседемы

= Пациентка А., 56 лет, жалуется на головную боль, преимущественно в затылочной области, тошноту, шум в ушах, дрожь в теле. Из анамнеза: состоит на «Д» - учете по поводу артериальной гипертензии, регулярно принимает гипотензивные препараты группы антагонистов кальция. Ухудшение состояния - в течение нескольких часов, связывает с психо-эмоциональным перенапряжением. При осмотре: состояние средней тяжести. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин., АД 190/110 мм рт. ст.

Процент необходимого уровня снижения АД при данном типе гипертонического криза в течение часа

- 25%
- 15%
- 10%
- 30%
- 35%

= Пациентка С., 45 лет, повод вызова СП - отравление таблетками. Жалобы на головную боль, тошноту, многократную рвоту. Со слов больной: за 1 час до приезда скорой помощи с суицидальной целью выпила 10 таблеток (название лекарственного препарата не знает). Объективно: больная возбуждена, беспокойна, выраженный гипергидроз, тахикардия 120 в 1 минуту, одышка 25 в 1 минуту, АД 160/100 мм рт.ст.

Вероятное медикаментозное отравление

- эфедрином
- но-шпой
- клофелином
- аспирином
- седуксеном

= У пациента 37 лет, у которого в анамнезе тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей, внезапно возникла одышка, появились острые боли в грудной клетке, кашель с прожилками крови, сердцебиение

Наиболее вероятная причина данного состояния

- тромбоэмболия ветвей легочной артерии
- приступ бронхиальной астмы
- инородное тело в дыхательных путях
- воздушная эмболия легочной артерии
- спонтанный пневмоторакс

= У пациента 45 лет, с отравлением каким-то лекарственным средством выявляют следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов.

Наиболее вероятное лекарственное средство, как причина отравления

- атропин
- прозерин
- ацетилхолин
- пилокарпин
- галантамин

= Женщина, 45 лет. Жалобы на появление сыпи по всему телу, мучительный кожный зуд, затрудненное дыхание, отек губ, век. Болеет в течение недели ОРВИ, самостоятельно, без назначения врача сделала себе в/м инъекцию цефтриаксона, через 10 минут появились вышеуказанные жалобы. Группа антибактериальных средств, которая может вызвать аналогичную реакцию у больной в последующем

- цефалоспорины
- аминогликозиды
- пенициллины
- макролиды
- фторхинолоны

= У больной 65 лет, страдающей артериальной гипертензией, развились удушье и инспираторная одышка. Больная находится в вынужденном сидячем положении. В легких выслушиваются множественные разнокалиберные влажные хрипы. АД в норме, тахикардия.

Предварительный диагноз

- кардиогенный отек легких
- острый обструктивный бронхит
- инфарктная пневмония

-респираторный дистресс-синдром
-астматический статус

= На СП обратился больной с жалобами на перебои в работе сердца. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Тоны глухие, аритмичные. ЧСС 90 в 1 минуту. АД 120/80 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, прерывающийся единичными внеочередными узкими комплексами QRS, за которыми следует удлиненная пауза.

Вероятное нарушение сердечного ритма

-суправентрикулярная экстрасистолия
-синусовая тахикардия.
-синусовая аритмия
-желудочковая экстрасистолия
-мерцательная аритмия

= Вызов СП к девочке 12 лет. Со слов мамы, случайно опрокинула на себя кастрюлю с горячим супом. При осмотре: Заторможена. Кожа передней поверхности туловища, бедер резко гиперемирована, имеются пузыри, местами вскрывшиеся с геморрагическим содержимым, с участками дермы. АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 108 уд./мин.

Предварительный диагноз

-термический ожог III степени, ожоговый шок
-термический ожог II степени, ожоговый шок
-термический ожог III степени
-термический ожог IV степени, ожоговый шок
-термический ожог IV степени

= Больной, 33 лет. Повод к вызову: отравление. Из анамнеза: вместо воды случайно принял 30 мл неизвестной жидкости, сразу почувствовал резкие боли во рту, по ходу пищевода, в желудке, была рвота с примесью крови. При осмотре: в полости рта - признаки колликвационного некроза. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 98 в 1 мин.

Вероятная причина отравления

-едкая щелочь
-уксусная кислота
-метиловый спирт
-этиловый спирт
-серная кислота

= Женщина, 46 лет, во время приготовления пищи опрокинула на себя кастрюлю с борщом. По приезду СП: кричит от боли, беспокойна, возбуждена. Кожа голени, кистей рук и левого предплечья гиперемирована, отечна, имеются пузыри, заполненные прозрачной жидкостью, местами вскрывшиеся. Дно вскрывшихся пузырей болезненное, покрыто белым крапом, сухое. ЧСС 86 уд./мин., АД 140/90 мм рт.ст.

Вероятная степень термического ожога

-II-IIIА
-IV
-I-II
-II-IIIБ
-IIIА

= Повар опрокинул на себя кастрюлю с только что приготовленной кашей. Кричит от боли, беспокоен, возбужден. На передней поверхности обоих бедер и голени прилипшая жидкая каша, на свободных участках кожа гиперемирована, отечна, отслоена в виде

пузырей с прозрачной жидкостью. Дно вскрывшихся пузырей – алое, блестящее, болезненное; в некоторых местах с белым крапом, сухое. АД 110/ 75 мм.рт.ст., пульс 86 уд. мин., ритмичный. Вероятная степень термического ожога

- 3А степень
- 2 степень
- 1 степень
- 1Б степень
- 4 степень

= Мужчина, 43 лет. Вызвал «103» по поводу внезапно возникших болей за грудиной. Объективно: состояние тяжёлое. Кожа бледная, влажная. Цианоз губ. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Подъём ST в I, aVL, V1-V4.

Локализация повреждения миокарда

- передняя стенка левого желудочка
- боковая стенка левого желудочка
- перегородочная область
- заднебоковая стенка левого желудочка
- правый желудочек

= 45-летний мужчина доставлен в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,5⁰, одышку в покое, давящие боли в области сердца, усиливающиеся при дыхании, не купируются приемом нитроглицерина. На ЭКГ - синусовая тахикардия, куполообразная элевация сегмента ST на 0,5 мВ в отведениях I, II, III, aVL, aVF, V₂-V₅, депрессия сегмента PR.

Наиболее вероятный диагноз

- перикардит
- острый инфаркт миокарда правого желудочка
- тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии
- расслаивающаяся аневризма грудной аорты
- острый инфаркт миокарда в области передней стенки левого желудочка

= Мужчина. 58 лет предъявляет жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в плечи и шею, возникшие около 40 мин назад после тяжелого психо-эмоционального стресса. Ранее не болел. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот; АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту, ЧДД - 20 в минуту, тоны сердца глухие, ритмичные. В лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: в I, aVL, V₁-V₆ отведениях регистрируется подъем сегмента ST до 4 мм, в отведениях III, aVF - депрессия сегмента ST на 2 мм.

Предварительный диагноз

- острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в переднебоковой области левого желудочка
- острый перикардит
- двусторонняя нижнедолевая пневмония
- острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижнебоковой стенке левого желудочка
- стенокардия Принцметала

= Женщина 30 лет, больна сахарным диабетом I типа, получает инсулин. Жалуется на приступ резкой слабости, дрожь во всём теле, обильный пот, чувство дурноты. Кожа влажная, дрожь во всём теле. Гипертонус мышц рук. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные, ЧСС 110 в минуту, АД 140/50 мм рт.ст., ЧДД 18 в минуту.

Состояние, развившееся у пациентки

- гипогликемия
- гиперлактацидемическая кома
- кетоацидоз
- гиперосмолярная кома
- нейроциркуляторная дистония

= У мужчины 72 лет с тяжелой двухсторонней нижнедолевой пневмонией внезапно развилась резкая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Объективно: t^0 - 39,1⁰, бледен, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон резко ослабленное, там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 36 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС-140 в мин, нитевидный пульс, АД – 80/50 мм рт.ст.

Вероятная причина резкого ухудшения состояния

- инфекционно-токсический шок
- кардиогенный шок
- гиповолемический шок
- тромбоэмболия легочной артерии
- острый респираторный дистресс-синдром

= Мужчине 55 лет вызвана скорая помощь по поводу двукратной потери сознания. По прибытии скорой помощи жалуется на головокружение и общую слабость. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тоны сердца глухие, ритмичные, выраженная брадикардия. ЧСС 35 в минуту, пульс 35 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. На ЭКГ- независимый ритм предсердий 100 в мин., желудочков 35 в мин., комплексы QRS – 0,16 сек, деформированы. Тропонин не повышен. Состояние возникшее у данного больного

- полная атриовентрикулярная блокада
- идиовентрикулярный ритм
- синоаурикулярная блокада
- синусовая брадикардия
- фибрилляция предсердий, брадисистолическая форма

= У женщины 28 лет с экссудативным перикардитом внезапно появились выраженная одышка, набухание шейных вен, холодный липкий пот, отек шеи, акроцианоз, нитевидный пульс, АД резко снизилось.

Вероятное осложнение экссудативного перикардита

- тампонада сердца
- инфекционно-токсический шок
- разрыв миокарда
- острая правожелудочковая недостаточность
- острая левожелудочковая недостаточность

= У женщины, 50 лет, перенесшей 10 дней назад холецистэктомию, внезапно развилась одышка, загрудинные боли, кашель с мокротой “ржавого” цвета. АД - 110/70 мм.рт.ст., пульс-90 уд/мин, ЧДД - 30 в 1 мин, Температура тела 37,0⁰. Предварительный диагноз

- эмболия ветвей легочной артерии
- аспирационная пневмония

- подпеченочной абсцесс
- острый холангит
- острый панкреатит

= Пациент Н., 22 года, жалуется на сильную головную боль, двукратную рвоту, не приносящую облегчения, светобоязнь, повышение температуры тела до 40⁰С. Заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: в сознании, но лежит с закрытыми глазами, на вопросы отвечает правильно, но неохотно. Кожные покровы чистые, бледные, склеры инъецированы. Зев умеренно гиперемирован. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с обеих сторон.

Предварительный диагноз

- менингит
- парагрипп
- корь
- скарлатина
- субарахноидальное кровоизлияние

= Пациент, 30 лет в спортивном зале при подъеме штанги внезапно почувствовал острую боль в грудной клетке, появилась одышка, сухой кашель. Объективно: ортопноэ, любые движения болезненны, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, тахикардия, АД – 90/60 мм.рт.ст., левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии над верхними отделами левого легкого тимпанит, при аускультации дыхание ослабленное.

Предварительный диагноз

- спонтанный пневмоторакс
- ТЭЛА
- туберкулез легких
- левосторонняя пневмония
- обструктивный бронхит

= У пострадавшего в ДТП отмечается одышка, выраженный цианоз, тахикардия, тимпанит справа, смещение средостения влево, резкое ослабление дыхания справа. Ваш диагноз

- пневмоторакс
- тампонада перикарда
- травматический разрыв диафрагмы со смещением желудка и кишечника в плевральную полость
- эмфизема средостения
- гидроторакс

= Пациентка, 60 лет, жалобы на высокую температуру, боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле; одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 3день. Объективно: температура 39,4⁰С. Общее состояние тяжелое. ЧДД - 34в мин. При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании; при пальпации: голосовое дрожание справа усилено; при перкуссии: справа над нижней долей определяется притупление звука; при аускультации: справа над нижней долей - дыхание ослабленное везикулярное, м/п влажные хрипы. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Предварительный диагноз

- пневмония правосторонняя нижнедолевая
- спонтанный пневмоторакс
- инфарктная пневмония

-туберкулез легких
-острый обструктивный бронхит

= Бригада скорой помощи выехала на вызов по поводу: медикаментозное отравление, суицидальная попытка. Подросток Д., 14 лет, предъявляет жалобы на сухость во рту и глотке, расстройство речи и глотания, головную боль, светобоязнь, сердцебиение, одышку.

Объективно: кожные покровы сухие, красные. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Нарушение ближнего зрения. Диплопия. Пульс 110 в 1 мин. Вероятное отравление у пациента

-атропином (белена, белладонна)
-производными фенотиазина (аминазин)
-морфином
-хинином
-клофелином

= Пациент 59 лет, жалобы на головную боль, судороги в мышцах рук, общую резкую слабость, потливость. Ухудшение наступило внезапно, после физической нагрузки. В анамнезе сахарный диабет (получает инсулин), артериальная гипертензия. Объективно: пациент эйфоричен, гипергидроз, тремор пальцев рук, гипертонус мышц рук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Глюкотест – 2,7 ммоль/л.

Предварительный диагноз

-гипогликемическое состояние
-гипертонический криз
-кетацидоз
-тиреотоксический криз
-феохромацитома

= Женщина, 60 лет. Жалобы на опоясывающие боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчение, вздутие живота. Со слов больной: ухудшение состояния - около 2 часов, связывает с приемом жареной рыбы. В анамнезе: холецистэктомия 2 года назад. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. ЧСС 90 в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины неотчетливые, симптом Мейо-Робсона сомнительный. Перистальтика кишечника вялая. Стула сегодня не было.

Предварительный диагноз

-острый панкреатит
-тромбоз мезентериальных сосудов
-пищевое отравление
-постхолецистэктомический синдром
-острая кишечная непроходимость

= Мужчина, 35 лет. Жалобы на острые боли в правой поясничной области; частое, болезненное мочеиспускание; изменение цвета мочи (моча цвета мясных помоев). Ухудшение состояния - 3-4 часа, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы. Ранее не болел.

Предварительный диагноз

-мочекаменная болезнь
-нефроптоз
-гидронефроз

- поликистоз почек
- тромбоз почечной артерии

= Пациентка, 20 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, однократную рвоту. Ухудшение состояния - 2-3 часа, ни с чем не связывает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 37,0⁰С. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычной формы, напряжен, болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Гинекологический анамнез - без особенностей.

Предварительный диагноз

- острый аппендицит
- толстокишечная непроходимость
- острый холецистит
- острый панкреатит
- апоплексия яичника

= К мужчине 57 лет, вызвана бригада скорой помощи, по поводу болей в груди, возникших в течение часа. При осмотре: состояние тяжелое, кожа бледно-мраморного цвета, холодный липкий пот. Тоны сердца глухие. Пульс 110 уд. в мин., едва определяется на периферических сосудах. Артериальное давление 60/40 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. На ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, 110 в мин., патологический зубец Q, ST выше изолинии в отведениях I, II, AVL, V₁-V₄. Состояние больного, несмотря на интенсивную терапию, прогрессивно ухудшалось, спустя 15 мин. наступила остановка сердца.

Вероятная причина смерти больного

- истинный кардиогенный шок
- расслаивающаяся аневризма аорты
- разрыв миокарда
- тромбоэмболия легочной артерии
- аритмический шок

= Пациентка, 75 лет. Жалобы на приступ удушья, частый кашель с выделением пенистой мокроты, головную боль, головокружение Ухудшение состояния - в течение часа, после психо-эмоционального стресса . Из анамнеза: ранее отмечались эпизоды подъема артериального давления. Гипотензивные препараты принимала нерегулярно. Объективно: Состояние тяжелое. Ортопноэ. Акроцианоз. В легких - масса влажных разнокалиберных хрипов по всем легочным полям. ЧДД 38 в минуту. Тоны сердца глухие, ритм правильный. АД 260/120 мм рт.ст. Пульс 122 в мин.

Предварительный диагноз

- кардиогенный отек легких
- тромбоэмболия легочной артерии
- нестабильная стенокардия
- инфаркт миокарда
- пневмония

= Пациент, 68 лет, жалуется на сжимающие, давящие боли за грудиной с иррадиацией в спину, чувство нехватки воздуха. Боли возникли в покое, продолжаются около получаса, прием изокета-спрей - 2 дозы - эффекта не дал. В течение последней недели пациент отмечал учащение, усиление болевых приступов при минимальной физической нагрузке. Эффект нитратов снизился. В анамнезе: ИБС, Стенокардия напряжения, ПИМ (3 года назад).

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, чистая. АД 120/80 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС- 80 в мин. Патологический зубец Q в III, AVF отведениях (Q отмечается на всех ЭКГ за последние 3 года). Отрицательный зубец T в отведениях V₂- V₄ (на предыдущих ЭКГ зубец T положительный).

Предварительный диагноз

- ОКС без подъема ST. ПИМ
- Стенокардия напряжения, ФК 3. ПИМ
- Стенокардия напряжения, ФК 4. ПИМ
- Q- позитивный ИМ. ПИМ
- ТЭЛА

= Пациент, 56 лет, предъявляет жалобы на чувство нехватки воздуха, кашель с трудноотделяемой мокротой. Из анамнеза: Ухудшение состояния возникло внезапно, связывает с вдыханием паров краски во время ремонта. Подобные приступы отмечались периодически в последние 3 года. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Ортопноэ. Дистанционные хрипы. ЧД 30 в мин. В легких - дыхание жесткое, проводится над всей поверхностью легких, масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 93 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Предварительный диагноз

- бронхоспазм
- интерстициальный отек легких
- отек гортани
- ларингоспазм
- бронхоэктатическая болезнь

= Вызов к пациентке 45 лет. Жалобы на высыпания на теле, кожный зуд. Из анамнеза: в течение суток принимала внутрь таблетки левомецетина. Объективно: температура тела 37⁰С. На животе, груди имеется необильная, выступающая над уровнем кожи ярко-розовая сыпь, следы расчесов. АД 120/70 мм рт.ст.

Состояние, развившееся у больной

- локализованная крапивница
- синдром Лайелла
- синдром Стивенса-Джонсона
- генерализованная крапивница
- ангионевротический отек Квинке

= Женщину, 30 лет, после переохлаждения стали беспокоить насморк, сухой кашель, повысилась температура тела до 37,5⁰С. В связи с этим, стала самостоятельно получать цефазолин в/м. После третьей инъекции появилась обильная, зудящая сыпь по всему телу, отекло лицо, половые губы, беспокоила общая резкая слабость, чувство нехватки воздуха. АД 60/40мм рт.ст. Пульс 130 в мин. ЧД 22 в мин. Температура тела 36,0⁰С.

Состояние, на которое должны быть направлены первоочередные мероприятия:

- анафилактический шок
- анафилактоидная реакция
- генерализованная крапивница
- острая дыхательная недостаточность
- ОРВИ

= Во время внутривенной инфузии реополиглюкина пациент внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение. При осмотре: на коже шеи и грудной клетки - высыпания по типу крапивницы. Дыхание поверхностное, частое, АД - 60/30 мм рт. ст., ЧСС - 128 в 1 мин.

Состояние, развившееся у больного

- анафилактический шок
- локализованная крапивница
- генерализованная крапивница
- синдром Стивенса-Джонсона
- ангионевротический отек

= Мужчина, 34 года, заболел остро с повышения температуры тела 39°C , озноба, сильной головной боли в лобной и височной областях, ломоты во всем теле, суставах, заложенности носа, сухого кашля, боли за грудиной. Объективно: резкая бледность кожного покрова с румянцем щек, конъюнктивит, гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное.

Вероятный диагноз

- грипп
- катаральная ангина
- энцефалит
- бруцеллез
- менингит

= Пациент, 30 лет, жалуется на повышение температуры тела до 40°C , светобоязнь, двухкратную рвоту, не приносящую облегчения, нестерпимую головную боль. Заболел после переохлаждения. Объективно: пациент лежит, закрыв глаза, в сознании, из-за головной боли на вопросы отвечает не охотно, но правильно. Отмечается инъекция склер. Кожа бледная, чистая. Зев умеренно гиперемирован в области задней стенки глотки и дужек. Симптом Кернига -положительный с обеих сторон, ригидность мышц затылка.

Вероятный диагноз

- менингит
- грипп
- энцефалит
- бруцеллез
- дифтерия

= Пациент, 35 лет, жалуется на затрудненное открывание рта, подергивания мимической мускулатуры, болезненные из-за которых выражение лица напоминает «сардоническую улыбку». 13 дней назад при падении на землю получил травму правого крыла носа с повреждением кожных покровов. Вероятный диагноз

- столбняк
- истерия
- эпилепсия
- бешенство
- ботулизм

= Девушка, 24 лет. Жалобы на появление слабости, «тумана», двоение в глазах, затрудненное глотание, осиплость голоса, головную боль, головокружение. Заболела остро, накануне вечером. Указывает на употребление консервированных продуктов, соленых грибов и соков домашнего приготовления. Объективно: состояние средней тяжести. Лицо бледное. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. ЧСС 82 в минуту. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Из неврологических симптомов выявлены птоз слева, ограничение движения правого глазного яблока, снижение зрачковых реакций, затруднение глотания жидкости, осиплость голоса, затруднение речи.

Предварительный диагноз

- ботулизм
- новообразование головного мозга
- бешенство
- менингит
- нарушение мозгового кровообращения

= Пациент, 45 лет, вызвал СП. Повод вызова: мужчине плохо. По прибытию СП предъявлял жалобы на головные боли, тошноту, рвоту, нарушение зрения, боль в ногах. Из анамнеза вечером после окончания работы была распита бутылка спирта, которую принес один из рабочих. Ночью стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Об-но: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Возбужден. Реакция на свет вялая. Запах алкоголя изо рта. Кожа и слизистые сухие, красного-багрового цвета. ЧСС 96 в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца ослабленной звучности, Печень - у края реберной дуги, болезненна при пальпации.

Вероятное отравление

- метиловым спиртом
- этиловым спиртом
- гидролизным спиртом
- сульфитным спиртом
- денатуратом

= Женщина, 46 лет, доставлена в больницу по скорой помощи. Со слов больной она находилась на пляже без головного убора с 11 до 17 часов при температуре воздуха 30⁰С. Жалобы на сильную головную боль, головокружение, рвоту. При осмотре: кожные покровы гиперемированы, влажные, температура тела 38,5⁰С, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 95 уд. в мин.

Предварительный диагноз

- солнечный удар
- ваго-инсулярный криз
- физическое переутомление
- нарушение мозгового кровообращения
- дегидратация

= Через 20 часов после аварии при разборе завалов производственного здания обнаружен мужчина, 38 лет, у которого правая нога до средней трети бедра была придавлена тяжелой плитой. Общее состояние тяжелое. Больной вял, заторможен. А/Д- 90/60 мм рт ст. ЧСС- 110 в мин. Пульс- 110 в мин. ЧД-22 в мин. Правая нижняя конечность темно-багрового цвета, холодная, отечна, деревянистой плотности, имеются множественные пузыри, заполненные серозно-геморрагическим содержимым

Предварительный диагноз

- синдром длительного сдавливания
- синдром Рейно
- эндартериит
- тромбофлебит поверхностных вен
- тромбофлебит глубоких вен

= Женщина, 40 лет, при ДТП получила тупую травму живота. Общее состояние тяжелое. Сознание сохранено АД- 90/60 мм рт ст. ЧСС-110 в мин. Пульс- 110 в мин. ЧД-22 в мин. Выражен симптом «ваньки-встаньки».

Вероятное повреждение органов брюшной полости

- печени, селезенки
- мочевого пузыря, кишечника

- фаллопиевых труб, матки
- желудка, кишечника
- матки, мочевого пузыря

= Пациент, 17 лет. Повод вызова: без сознания. Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор мягких тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 110 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Дыхание шумное, глубокое. ЧДД 25 в минуту. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий.

Предварительный диагноз

- гипергликемическая кома
- алкогольная кома
- закрытая черепно-мозговая травма
- гипогликемическая кома
- обморок

= Женщина, 79 лет. Повод вызова: человеку плохо. Со слов родственников состоит на «Д» учете у онколога по поводу опухоли головного мозга. Накануне самочувствие резко ухудшилось, перестала разговаривать, реагировать на оклики. При осмотре: сознание, дыхание редкое, фотореакции, рефлексy отсутствуют; брадикардия 20 ударов в минуту.

Степень угнетения сознания по шкале Глазго

- кома 3 степени
- сопор
- кома 2 степени
- кома 1 степени
- глубокое оглушение

= Мальчик 7 месяцев. Со слов мамы состояние ребенка внезапно ухудшилось, ребенок стал беспокойным, отмечалась 2-х кратная рвота, затем появился стул с прожилками крови и слизи, по типу «малинового желе». Данное состояние связывает с введением нового прикорма.

Предварительный диагноз

- инвагинации кишечника
- дизентерия
- алиментарная диспепсия
- острый аппендицит
- сальмонеллез

= Мальчику 3 года. Повод вызова: одышка, сыпь. Из анамнеза: ранее у ребёнка была непереносимость неуточнённого антибиотика. В настоящее время мальчику за 30 мин. до приезда СП, была сделана первая инъекция ампициллина по поводу двусторонней пневмонии, после чего усилилась одышка, появилась сыпь по всему телу с зудом. На момент осмотра: ребенок заторможен, по всему телу имеется уртикарная сыпь. Инспираторная одышка. T-37,8⁰, ЧДД 56 в 1 мин. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. Пульс 160 ударов в 1мин., нитевидный. АД – 60/40 мм рт.ст. В течение последнего часа не мочился.

Предварительный диагноз

- анафилактический шок
- острая задержка мочи
- крупозная пневмония

-инфекционно- токсический шок
-генерализованная крапивница

= Мальчик, 5 лет. Повод вызова: отек лица, боль в животе. Жалобы на отек в области губ, боль в животе, рвоту, 2-кратный жидкий стул. Из анамнеза: ел омлет. Аллергия на коровье молоко, мандарины, яйца. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, сухие. Отек губ, языка, век. В легких - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД- 25 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 92 в минуту. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул жидкий с примесью светлой слизи.

Предварительный диагноз

-отек Квинке
-пищевая токсикоинфекция
-дизентерия
-острый панкреатит
-острый аппендицит

= Вызов врача СП. Повод вызова: температура. Мальчику 4 года. Жалобы на повышение температуры, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза: заболел остро, накануне. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 38,5⁰С. Кожа чистая, на лице - румянец. Цианоз носогубного треугольника. Слизистая зева гиперемирована, налета нет. ЧД 45 в 1 мин. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 126 ударов в 1 мин. АД – 85/45 мм рт.ст.

Ведущий патологический синдром

-острая дыхательная недостаточность
-острая печеночная недостаточность
-острая церебральная недостаточность
-острая почечная недостаточность
-острая сердечная недостаточность

= Ребенок, 7 месяцев. Жалобы (со слов мамы) на беспокойство, сменившееся сонливостью, повышение температуры до 39,5⁰С, неоднократную рвоту. Ухудшение состояния с ночи. Об-но: Состояние тяжелое. Ребенок вял, заторможен. Кожные покровы бледно-серого цвета, ладони, стопы холодные на ощупь. Сыпи нет. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Явления ринита. Большой родничок выбухает, напряжен. t⁰ -39,0⁰С. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 53 в мин. Сердечные тоны ослабленной звучности, ритмичные. Определяется ригидность затылочных мышц, положительный симптом Лессажа. Стул кашицеобразный, 2 раза в сутки.

Предварительный диагноз

-менингококковая инфекция
-ОРВИ
-острая кишечная инфекция
-корь
-дифтерия

= Ребенок, 3 г., повод вызова: высокая температура. Со слов мамы у ребенка резко повысилась температура тела до 39,8⁰С, он стал вялым, отказывался от еды, появилась единичная сыпь на ягодицах. По приезду бригады СП: ребенок без сознания, кожный покров бледный, имеется геморрагическая сыпь, звездчатой формы с тенденцией к слиянию, на разгибательных поверхностях тела крупные пятна фиолетового цвета с некрозом в центре. АД 40/0 мм рт. ст. ЧСС 150 в минуту.

Осложнение, развившиеся у пациента
-синдром Уотерхауса-Фридериксена
-острая печеночная недостаточность
-острая сердечная недостаточность
-острая почечная недостаточность
-острая церебральная недостаточность

= Вызов СП. Девочка, 3 года, опрокинула на себя чайник с кипятком. Объективно: ребенок в сознании, возбужден, плачет. На коже лица, шеи и правой руки имеются участки гиперемии, пузыри с прозрачным содержимым. ЧД – 26 в 1 минуту. Пульс 120 ударов в 1 мин., АД 100/50 мм рт.ст.

Предварительный диагноз

-термический ожог лица, шеи, правой руки II степени
-термический ожог лица, шеи, правой руки I степени
-термический ожог лица, шеи, правой руки IIIА степени
-термический ожог лица, шеи, правой руки IIIВ степени
-термический ожог лица, шеи, правой руки IV степени

= Мальчик, 14 лет. Повод вызова: без сознания. Объективно: сознание отсутствует, слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор мягких тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта - запах ацетона. Дыхание шумное, глубокое. ЧДД - 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 110 уд. в минуту. АД 95/65 мм рт.ст. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий. Глюкоза крови 22,5 ммоль/л.

Предварительный диагноз

-гипергликемическая кома
-ОНМК
-закрытая черепно-мозговая травма
-гипогликемическая кома
-обморок

= Пациентка М., 42 лет. Жалобы на удушье, нестерпимый кожный зуд, выраженную общую слабость, головокружение, сердцебиение. Из анамнеза: страдает полиаллергией. Полчаса тому назад была укушена осой в верхнюю губу. Объективно: Состояние крайне тяжелое, сознание спутанное. Выраженное двигательное беспокойство. Кожные покровы гиперемированы, покрыты липким потом. Отек век, губ. В легких жесткое дыхание, масса сухих свистящих хрипов. ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 140 в 1 мин. АД 40/0 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Предварительный диагноз

-инсектная аллергия. Анафилактический шок
-инсектная аллергия. Отек Квинке
-инсектная аллергия. Синдром Лайелла
-бронхиальная астма, атопическая форма
-инсектная аллергия. Крапивница

= Пациенту 52 года. Внезапно потерял сознание. Со слов близких, страдает сахарным диабетом, по поводу чего принимает инсулин подкожно. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, гипергидроз. Отмечается гипертонус мышц рук. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в мин, АД 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Предварительный диагноз

-гипогликемическая кома

- ишемический инсульт
- гипергликемическая кома
- острый инфаркт миокарда
- геморрагический инсульт

= Молодой человек без сознания на улице в крайне тяжелом состоянии. При осмотре телесных повреждений нет. Кожные покровы с выраженным цианозом, по ходу вен на руках следы от инъекций. Дыхание редкое, поверхностное. ЧДД 10 в минуту. Тоны сердца ослабленной звучности, ритм правильный, ЧСС 70 в мин., АД 100/60 мм рт. ст.

Предварительный диагноз

- наркотическая кома
- алкогольная кома
- гипогликемическая кома
- гипергликемическая кома
- апоплексическая кома

= У мужчины, 52 лет впервые возникли давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку. Боли продолжались более 15 мин., вызвал СП.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожа бледная, влажная. Цианоз губ. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 100 в мин. Пульс 100 в минуту, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ: подъем ST в I, AVL, V1-V6. Локализация повреждения миокарда

- передне-боковая стенки левого желудочка
- боковая стенка левого желудочка
- передняя стенка левого желудочка
- заднебоковая стенка левого желудочка
- правый желудочек

= У пациентки 65 лет, страдающей артериальной гипертензией, развился приступ удушья. Объективно состояние тяжелое. Ортопноэ, инспираторная одышка. В легких масса влажных крупнокалиберных хрипов по всем полям. ЧДД 38 в минуту. АД 210/120 мм рт.ст., ЧСС 110 в минуту.

Предварительный диагноз

- альвеолярный отек легких
- интерстициальный отек легких
- респираторный дистресс-синдром
- астматический статус
- крупозная пневмония

= Вызов бригады скорой медицинской помощи на дом к больному, у которого впервые в жизни развился судорожный припадок. Со слов родственников известно, что в течение трех последних дней у больного температура тела повышена до 39-40°C, имеется упорная головная боль, светобоязнь.

Предварительный диагноз

- менингоэнцефалит
- опухоль головного мозга
- полирадикулоневрит
- хроническая субдуральная гематома
- эпилепсия

= У пациента 69 лет внезапно во время физической нагрузки появилась одышка, кровохарканье. В анамнезе тромбофлебит правой нижней конечности. Объективно: состояние тяжелое, цианоз лица и верхних отделов грудной клетки. При аускультации в верхних отделах правого легкого незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 28 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 96 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ R-pulmonale в II, III, AVF, блокада правой ножки пучка Гиса, синдром Q_{III}-S_I

Предварительный диагноз

-ТЭЛА

-острый инфаркт миокарда

-спонтанный пневмоторакс

-расслаивающая аневризма

-обострение хронического обструктивного бронхита

= Мужчина, употребил в пищу консервированные грибы домашнего приготовления. Через 3 часа появилась 2-х кратная рвота, схваткообразные боли в животе, затруднение глотания, сухость во рту, осиплость голоса, гнусавость, двоение, туман перед глазами, жидкий стул.

Предварительный диагноз

-ботулизм

-пищевая токсикоинфекция

-сальмонеллез

-энтерит

-острый гастрит

= Мужчина 48 лет в сознании, лежит на диване.

Со слов жены, муж пожаловался на сильную головную боль в области затылка слева, слабость, онемение в правых конечностях.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение 8 лет, лечился амбулаторно, не систематически.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание глубоко заторможенное. Дизартрия. t⁰ 37,2⁰С, ЧДД 18 в минуту, ЧСС 66 в минуту, АД 170/100 мм рт.ст.

Неврологический статус: ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига слева. Правосторонний гемипарез.

Предварительный диагноз

-геморрагический инсульт с локализацией в левой гемисфере

-субарахноидальное кровоизлияние

-менингоэнцефалит

-ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии

-ОНМК в вертебробазилярном бассейне

= Пациентка К., 43 лет. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты, одышку, озноб, повышение температуры тела до 38,7⁰С, боль в грудной клетке. Больна в течение 4-х суток, связывает с переохлаждением. Принимала жаропонижающее. Состояние не улучшалось. Вызвана СП. Состояние средней тяжести. t⁰ 38.9⁰ С, ЧДД - 22 в мин. При аускультации в нижних отделах правого легкого влажные мелкопузырчатые хрипы.

Предварительный диагноз

-внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония+

-бронхоэктатическая болезнь

-острый плеврит

-туберкулез легких

-острый бронхит

= Пациент С. 68 лет. Жалобы на острые боли за грудиной сжимающего, давящего характера, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, чувство страха смерти, общую слабость. Данное состояние связывает с психоэмоциональным стрессом, продолжается около 2 часов. Прием нитроглицерина 3-хкратно давал незначительный и непродолжительный эффект. В анамнезе артериальная гипертензия в течение 15 лет, гипотензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 88 в 1 мин, пульс 88 в 1 мин, АД 170/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. На ЭКГ: Ритм синусовый, правильный 88 в минуту. Комплекс QS в отведениях III, AVF, широкий, глубокий, сегмент ST в этих отведениях выше изоэлектрической линии на 4 мм, зубец R отсутствует.

Предварительный диагноз

- ИБС. Трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка
- ИБС. Прогрессирующая стенокардия
- ИБС. Трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка.
- ИБС. Стенокардия Принцметала
- ИБС. Мелкоочаговый инфаркт миокарда задней стенке левого желудочка

= Пациент, 50 лет, вызвал СП по поводу внезапно развившейся одышки. В анамнезе: тромбоз нижних конечностей. Объективно: цианоз лица и верхней половины туловища. Шейные вены набухшие, пульсируют. В легких: ослабленное везикулярное дыхание. ЧДД – 32 в мин. Границы сердца расширены вправо. Аускультативно: акцент 2 тона над легочной артерией. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в мин.

ЭКГ – признаки, соответствующие данной патологии

- признаки перегрузки правых отделов, QIII- S1
- патологические зубцы Q, подъем сегмента ST в I, II, AVL
- элевация сегмента ST в I, II, AVL, V1-V4 отведениях
- отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка
- депрессия сегмента ST в I, II, AVL

= Больной Д. 28 лет. Внезапно возникли генерализованные клонико-тонические судороги, больной утратил сознание, Язык прикушен, развился цианоз лица, появилась пена изо рта. Дыхание, храпящее, неритмичное. Пульс 80 в мин, удовлетворительных свойств, АД - 130/80 мм.рт.ст. Спустя 1-2 минуты судороги прекратились, состояние улучшилось.

Предварительный диагноз

- эпилептический приступ
- инфаркт миокарда
- ОНМК
- эпилептический статус
- ТЭЛА

= Больной, 68 лет, жалуется на сжимающие, давящие боли за грудиной с иррадиацией в спину, чувство нехватки воздуха. Боли возникли в покое, продолжаются около получаса, прием изокета-спрей -2 дозы эффекта не дал. Объективно: Выражен болевой синдром. Кожа влажная, чистая. АД-120/80мм.рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС- 80 в мин. Подъем сегмента ST, патологический зубец Q во II-III, AVF отведениях
Основной клинический признак типичной формы ОКС

- загрудинная боль более 20 мин
- иррадиация боли в нижнюю челюсть

- боль в животе
- общая слабость, головокружение
- перебои в работе сердца

= Вызов СП. Пациент С. 30 лет, жалобы на урчание в животе, жидкий водянистый стул и обильную рвоту водянистым содержимым, слабость, головокружение. Заболел ночью. Объективно: состояние тяжелое, в сознании, акроцианоз, сухость слизистых оболочек, глазные яблоки запавшие, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен, “рука прачки”, кожная складка расправляется медленно. Конечности холодные, температура тела 35,8°C, пульс нитевидный, 130 уд/мин, АД 60/30 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Менингеальные симптомы отрицательны. Осмотр стула: жидкий, водянистый, в виде “рисового отвара”, не мочится.

Из эпид. анамнеза: пациент вернулся из Китая два дня назад, пил сырую воду из реки.

Предварительный диагноз

- холера
- сальмонеллез
- иерсиниоз
- малярия
- ботулизм

= Мужчине 57 лет, вызвана бригада скорой помощи, по поводу болей в груди, возникших в течение часа. При осмотре: состояние тяжелое, кожа бледно-мраморного цвета, холодный липкий пот. Тоны сердца глухие. Пульс 90 уд. в мин, едва определяется на периферических сосудах. Артериальное давление 70/50 мм.рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЭКГ: синусовая тахикардия 90 в мин, патологический зубец Q, элевация сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V1-V4. Состояние больного, несмотря на проводимую интенсивную терапию, прогрессивно ухудшалось, спустя 20 мин наступила остановка сердца.

Вероятная причина смерти больного

- истинный кардиогенный шок
- расслаивающаяся аневризма аорты
- разрыв миокарда
- тромбоэмболия легочной артерии
- аритмический шок

= Новорожденный – 12 дней. Состояние тяжелое. Цианоз носогубного треугольника, одышка, рвота желчью. При осмотре: асимметрия грудной клетки, выбухание левой половины грудной клетки. В легких – притупление перкуторного звука, дыхание ослабленное, прослушиваются кишечные шумы. Живот запавший, ладьевидный.

Предварительный диагноз

- Врожденная диафрагмальная грыжа
- Атрезия пищевода
- Секвестрация легкого
- Врожденный трахеопищеводный свищ
- Аплазия легкого

= Женщина, 26 лет, вызвала СМП в связи с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация была 5 недель назад. В правой подвздошной области пальпируется образование, болезненное, малоподвижное. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

- нарушенная внутриматочная беременность
- сальпингоофорит
- киста яичника
- острый аппендицит с перфорацией
- миома матки

= Пациент С, 40 лет жалобы на боли в эпигастриальной области, слабость, головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, высокую температуру, темный цвет мочи. Из анамнеза данное ухудшение в течение 4-х дней. Работает продавцом на овощном рынке, правила гигиены не всегда соблюдает-иногда ест немытые фрукты. Предварительный диагноз

- гепатит А
- гепатит В
- холецистит
- панкреатит
- гепатоцеллюлярный рак

= Мужчина 50 лет внезапно захрипел, упал, возникли однократные генерализованные тонико-клонические судороги. Пульс не определяется на центральных сосудах. Предположите вид возникшего состояния и вашу тактику действий:

- фибрилляция желудочков, сердечно-легочная реанимация
- ТЭЛА, выполнение катетеризации легочной артерии
- фибрилляция предсердий, привести пациента в положение Тренделенбурга
- эпилептический припадок, сердечно-легочная реанимация
- фибрилляция желудочков, дать воды пациенту

= При запрокидывании головы у пожилого мужчины возникло головокружение, и он потерял сознание. По прошествии нескольких минут сознание восстановилось спонтанно. Мужчина самостоятельно встал, отряхнулся, хотя недоумение происшедшим омрачило его настроение. Что, вероятнее всего, послужило причиной

- = -вертебробазилярная недостаточность
- мерцательная аритмия
- фибрилляция желудочков
- субарахноидальное кровоизлияние
- тромбоэмболия ветви легочной артерии

= При легкой степени отравления фосфорорганическими веществами пострадавший находится в сознании, беспокоит головная боль, слабость, неосознанный страх, тошнота. Какого симптома не хватает

- = -миоз
- психомоторное возбуждение
- боли в животе
- сухости слизистых
- боли в глазных яблоках

= У больной 65 лет, страдающей гипертонической болезнью, развились удушье и инспираторная одышка. Больная находится в вынужденном сидячем положении. В легких выслушиваются множественные сухие хрипы. Имеется артериальная гипертензия, тахикардия. Предварительный диагноз.

- кардиогенный отек легких

- инфаркт миокарда
- крупозная пневмония
- астматический статус
- респираторный дистресс-синдром

= Молодой человек, 18 лет, прибыл в поликлинику для сдачи анализов. Во время взятия крови на биохимический анализ больной внезапно потерял сознание. Со слов матери: на Д-учете у врачей не состоит, вредные привычки отсутствуют. Наследственный и аллергоанамнез не отягощены.

Объективно: кожные покровы бледные, обычной влажности, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст.

Ваш предварительный диагноз.

- обморок
- абсанс эпилептического приступа
- острый инфаркт миокарда
- ОНМК
- гипогликемическая кома

= Врача на ночном дежурстве вызвали к пациенту, 40 лет, находящемуся на лечении с диагнозом: «Госпитальная пневмония». 30 минут тому назад, нарушив постельный режим, почувствовал себя плохо: появилась слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, пациент испуган, кожа бледная, обильно покрыта холодным липким потом. АД 80/50 мм рт. ст., пульс нитевидный 100 в 1 мин.

Что вы предполагаете у пациента

- = -Коллапс
- Эпилептический приступ
- Острый инфаркт миокарда
- ОНМК
- Гипогликемическая кома

= Мужчина, 50 лет, вызвал скорую медицинскую помощь в связи с жалобами на сильную одышку, кашель.

Больной страдает бронхиальной астмой, принимает беродуал. Данное ухудшение состояния здоровья связывает с перенесенным ОРВИ. Количество беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние два дня не мог полностью купировать приступ. Состоит на учете у пульмонолога. Наследственный анамнез не отягощен. Имеет аллергию на полынь. Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ. Кожа цианотичная, покрыта потом. Экспираторная одышка приступообразного характера. При аускультации: шумный свистящий выдох, дыхание ослабленное, участки «немого» легкого. ЧДД 24 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. ЧСС 120 в 1 мин.

Ваш предварительный диагноз:

- Бронхиальная астма. Астматический статус 2 степени
- Бронхиальная астма. Астматический статус 1 степени
- ХОБЛ
- пневмония
- Спонтанный пневмоторакс

= Мужчина, 60 лет. Повод вызова: потеря сознания. Жалобы выяснить невозможно из-за тяжести сознания.

Anamnesis morbi: со слов окружающих, примерно 2 минуты назад мужчина внезапно упал в аптеке без сознания, посинел. Сразу же была вызвана СМП, реанимационные мероприятия не проводились.

Анамнез жизни не известен. Объективно: состояние пациента крайне тяжелое, сознание - 3 балла по шкале Глазго. Положение – лежа на спине. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, влажные. Пульсация на сонной артерии не определяется, тоны сердца не прослушиваются. Пульс-0, ЧСС-0, АД-0. Дыхание агональное. Зарегистрировано непроизвольное мочеиспускание.

Инструментальные методы диагностики: на мониторе дефибриллятора - фибрилляция желудочков.

Ваш предварительный диагноз:

- Клиническая смерть
- Биологическая смерть
- ТЭЛА
- острый инфаркт миокарда
- ОНМК

= Врачом скорой помощи в приемный покой доставлен пациент. При осмотре: без сознания, зрачки расширены, кожные покровы бледно – серой окраски, пульс на сонных артериях и дыхание отсутствуют. На ЭКГ зарегистрированы хаотичные, резко деформированные, различной высоты, ширины и формы высокоамплитудные волны фибрилляции с частотой около 500 - 700 в минуту. Была проведена сердечно–легочная реанимация. При выполнении реанимационных мероприятий одним спасателем следует придерживаться соотношения:

- 30 компрессий + 2 вдоха
- 15 компрессий + 2 вдоха
- 15 компрессий +1 вдох
- 5 компрессий + 2 вдоха
- 30 компрессий + 1 вдох

= Повод вызова: человеку плохо на улице. По приезду СП: женщина, 40 лет, со слов окружающих, потеряла сознание на улице. Объективно: бледность кожных покровов, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, зрачки на свет не реагируют. Была проведена сердечно-легочная реанимация (СЛР).

Критериями эффективности СЛР являются:

- появление пульса на сонной артерии
- расширение зрачков
- появление бледно-серой окраски кожи лица
- цианоз
- появление тонических судорог

= Ребенок, страдающий сахарным диабетом, после инъекции инсулина пожаловался на сильную головную боль, общую слабость, дрожание конечностей, чувство голода, потливость.

Что случилось с ребенком

- = -гипогликемическое состояние
- гипергликемическое состояние
- обморок
- анафилактический шок
- коллапс

= Мужчина, 52 г., обратился к медработнику с жалобами на сильные боли в области эпигастрия, тошноту, 2-х кратную рвоту. Употребление недоброкачественной пищи отрицает. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 82 в 1 мин. Фельдшер провел промывание желудка, после чего состояние резко ухудшилось. Пациент заторможен. Влажный, бледный кожный покров. АД 80/60 мм рт. ст., пульс нитевидный, тахикардия до 110 в 1 мин. Какое состояние возможно предположить у пациента

- = -кардиогенный шок
- пищевая токсикоинфекция
- язвенная болезнь
- стенокардия
- желчнокаменная болезнь

= Мужчина, 47 лет. Утром во время ходьбы периодически возникают кратковременное чувство сжатия за грудиной с онемением кистей. При глубоком дыхании боли не усиливаются. Во время приступа болей пациент замедляет ходьбу и останавливается. Впервые подобная симптоматика возникла около месяца назад. Ваш предварительный диагноз

- = -стенокардия
- инфаркт миокарда
- остеохондроз
- артериальная гипертония
- пневмония

= Пациент, 24 года. Жалобы на внезапную «кинжальную боль» в эпигастрии, общую слабость. Анамнез - раньше отмечал в осенне-весеннее время голодные боли, проходящие после приема пищи. Объективно – «доскообразный живот», резкая болезненность в эпигастрии. АД 85/45 мм рт. ст. Пульс 104 в 1мин. Ваш предварительный диагноз?

- прободная язва
- пищевая токсикоинфекция
- обострение хронического гастрита
- дискинезия желчевыводящих путей
- аппендицит

= Пациент, 20 лет, жалуется на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов, свиста в груди. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно. С детства страдает аллергическим ринитом. Ваш предварительный диагноз?

- приступ бронхиальной астмы
- приступ сердечной астмы
- хроническая обструктивная болезнь легких
- истерия
- нейроциркуляторная дистония

= Пациент, 48 лет, мечется, беспокоит сильная приступообразная боль в левой поясничной области с иррадиацией в промежность. Предполагаемый диагноз?

- почечная колика
- острый аппендицит
- прободная язва
- кишечная непроходимость
- ущемленная грыжа

1. На приеме Алибек, 7 недель. Аксиллярная температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Со слов матери, у ребенка диарея в течение 2-х суток, крови в стуле нет. Грудь сосет активно. Судорог у ребенка не было. При осмотре: частота дыхательных движений 43 дыхания в минуту. Пупок чистый. Движения ребенка активные. Глаза Алибека выглядят запавшими. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Кожная складка на животе расправляется медленно. Определите лечение, согласно ИВБДВ:

- направить в стационар, тяжелая затяжная диарея
- лечить по «План Б» есть умеренное обезвоживание
- направить в стационар, у ребенка дизентерия.
- направить в стационар, другая тяжелая классификация
- перед направлением в стационар лечить по «План В» есть тяжелое обезвоживание.

-

= На приеме Аслан, 6 недель. Аксиллярная температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Со слов матери, у мальчика диарея 5 дней, крови в стуле нет. Грудь сосет активно. Судорог у ребенка не было. При осмотре: частота дыхательных движений 44 дыхания в минуту. При осмотре малыш плачет, и двигает руками и ногами. Его глаза выглядят запавшими. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Кожная складка на животе расправляется медленно. Определите лечение этому ребенку, согласно ИВБДВ.

- срочно направить в стационар
- лечить по плану «А»
- профилактически лечить гипогликемию
- лечить по плану «Б»
- лечить по плану «В»

-

= На приеме Аслан, 6 недель. Аксиллярная температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Со слов матери, у мальчика диарея 5 дней, крови в стуле нет. Вес ребенка 4.400, рост 55см. Грудь он сосет активно. Судорог у ребенка не было. При осмотре: частота дыхательных движений 44 дыхания в минуту. При осмотре малыш плачет, и двигает руками и ногами. Его глаза выглядят запавшими. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Кожная складка на животе расправляется медленно. Определите количество ПРС, которое следует дать этому ребенку, согласно ИВБДВ:

- 400-700 мл в течение 4-х часов
- 50-100 мл после каждого жидкого стула и в интервалах
- 30 мл/кг за 1 час, затем 70 мл/кг за 5 час
- 200-400 мл в течение 4-х часов
- 100-200 мл в течение 4-х часов

-

= Веронике 8 месяцев. Мама предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39°C , боль в правом ухе, болевает 2 дня. Мать сказала, что у Вероники не было судорог. Девочка не летаргична, в сознании, рвоты не было. При осмотре: частота дыхательных движений 38 дыхания в минуту, гнойные выделения из правого уха, болезненного припухания за ухом нет. Назначьте лечение Веронике согласно ИВБДВ.

- ушные капли, сушите ухо турундой, последующий визит через 5 дней
- амоксициллин 15 мг/кг, 3 дней, сушите ухо турундой, парацетамол при боли, последующий визит через 3 дня
- амоксициллин 25 мг/кг, 5 дней, сушите ухо турундой, парацетамол при боли, последующий визит через 5 дней
- сушите ухо турундой, парацетамол при боли, последующий визит через 5 дней
- амоксициллин 25 мг/кг, 5 дней, последующий визит через 5 дней

-

= На приеме Саша, 4 года, температура тела 38,0°C. Общих признаков опасности нет. Кашель в течение трех дней. Частота дыхательных движений в покое 48 в 1 минуту. Втяжения грудной клетки, стридора, астмоидного дыхания нет. Классифицируйте состояние мальчика и назначьте лечение согласно ИВБДВ:

- пневмония, амоксициллин 3 дня, смягчить горло с помощью безопасного средства, объяснить, когда вернуться немедленно, последующий визит через 2 дня
- пневмония, амоксициллин 3 дня, ингаляционный бронхолитик, смягчить горло с помощью безопасного средства, объяснить, когда вернуться немедленно, последующий визит через 2 дня
- пневмония, амоксициллин 3 дня, смягчить горло с помощью безопасного средства, последующий визит через 3 дня
- пневмония, амоксициллин 3 дня, смягчить горло с помощью безопасного средства, объяснить, когда вернуться немедленно
- пневмонии нет, кашель или простуда, смягчить горло с помощью безопасного средства, объяснить, когда вернуться немедленно

= На плановый прием к ВОП обратилась мама с мальчиком 2-х месяцев жизни. Жалоб нет. Находиться на грудном вскармливании. Масса тела 3800 г, длина тела 56см. Состояние ребенка удовлетворительное, при осмотре температура тела 36,6°C. Кожные покровы теплые на ощупь, чистые, обычной окраски. Слизистая полости рта чистая, розовая. В легких пуэрильное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул ежедневный. Каким вакцинальным препаратом надо проводить иммунизацию против дифтерии, коклюша и столбняка?

- АДС-М
- АКДС
- АДС
- АКДС
- АД

= Ребенок, в возрасте 3-х месяцев, в родильном доме не был вакцинирован по причине отказа. В данный момент на приеме у ВОП по поводу начала иммунизации ребенка. Ваша тактика в отношении данного ребёнка.

- необходимо провести пробу Манту и в случае, если она отрицательная - вакцинацию ВГВ
- вакцинировать против туберкулеза вакциной БЦЖ, через 2 недели пригласить на вакцинацию ВГВ.
- вакцинировать против гепатита вакциной ВГВ, через месяц вакцинировать против туберкулеза вакциной БЦЖ
- необходимо провести пробу Манту и в случае, если она отрицательная - вакцинацию БЦЖ
- необходимо провести пробу Манту и в случае, если она отрицательная - вакцинацию ИПВ

= Райяна 17 лет, обратилась экстренно к ВОП с жалобами на сильные боли в верхней половине живота. Рвоту, повышение температуры тела до 39°, общую слабость. Анамнез заболевания: В течение 5 лет страдает язвенной болезнью. Противорецидивное лечение не получала. Ухудшение состояния в течение недели, связывает с неправильным питанием. Состояние тяжелое за счет болевого, диспептического синдромов. Пониженного питания, астенического телосложения. Бледность кожных покровов. Сердечные тоны ясные, пульс-100 уд. в 1 мин, АД/80/60мм.рт. ст. Язык сухой, обложен густым серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность, отмечается

напряжение мышц передней брюшной стенки. Лабораторные данные: НВ-96г/л, эр-2,8.10.12/л, л.5,8.10.9/л, СОЭ-50 мм/ч, ЦП-0,8. Реакция Грегерсена - слабоположительная. Клиника какого осложнения описана у пациента?

- перфорация язвы
- кровотечение
- пенетрация
- малигнизация
- стеноз
-

= Ерлан, 14 лет предъявляет жалобы на голодные и ночные боли, тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, изжогу, отрыжка кислым. Болен в течение полугода. Объективно: Язык обложен сероватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка в норме. Стул – со склонностью к запорам, мочеиспускание в норме. Гистологическое исследование слизистой оболочки желудка: лимфоцитарная и макроцитарная инфильтрация слизистой оболочки антрального отдела желудка без признаков атрофии, НР ++. УЗИ органов брюшной полости патологии не выявило. ВОП поставлен диагноз: Хронический антральный НР-ассоциированный гастрит в стадии обострения. Ваша тактика лечения?

- Эрадикация гистамино H2 - блокаторами
- Эрадикационная терапия по типу двойной терапии
- Эрадикационная терапия по типу Квадро терапии (четырёх компонентная).
- Монотерапия ИПП
- пульс - терапия
-

= Кира, 11 лет, поступила в стационар с жалобами на продолжительные ноющие боли в правом подреберье, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, кашицеобразный стул серого цвета с жирным блеском, полифекалию. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Вес – 40 кг, рост – 140 см. Температура 37,9⁰С. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара, Губергрица - Скульского. Болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Положительный симптом Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси. Стул разжижен, с гнилостным запахом, стеаторея. Ферментная терапия проводится под контролем какого метода обследования согласно клинического протокола МЗ РК?

- Копрограмма
- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- бакпосев кала
-

= На приеме у врача ВОП ребенок 8 месяцев. У ребенка на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации - удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:

- обструктивный бронхит
- острый бронхит
- бронхиолит
- инородное тело бронха
- пневмония
-

= На приеме у врача ВОП ребенок 3х лет. Врач выставил ребенку диагноз: Острая внебольничная пневмония. Ребенок дважды за последние 3 месяца получал антибактериальную терапию: перенес о. пневмонию 3 месяца назад и отит в прошлом месяце, поэтому был сделан посев мокроты на чувствительность к антибиотикам. С учетом клиники и чувствительности ребенку назначен азитромицин. Какова стартовая доза азитромицина (сумамеда) у детей:

- 5 мг/кг/сут
- 10 мг/кг/сут
- 7,5 мг/кг/сут
- 50 мг/кг/сут
- 100 мг/кг/сут

= На приеме у врача ВОП мама с 10 месячной девочкой. Жалобы на повышение температуры и кашель. Из анамнеза известно, что она больна в течение 8 дней. Неделью назад врач диагностировал у ребенка ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, состояние ребенка улучшилось. Однако, на 4-й день вновь повысилась температура до 38,6°C. Девочка стала более вялой, отказывалась от еды, усилился кашель. При осмотре: бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардия до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Назначение какого препарата наиболее целесообразно :

- Амоксиклав
- Гентамицин
- Ципрофлоксацин
- Цефтазидим
- Азитромицин

= К врачу ВОП обратилась мама с 10 месячным ребенком. При осмотре выраженный токсикоз, одышка смешанного характера, температурой 38,50С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки - стойкие мелкопузырчатые хрипы. Поставьте предварительный диагноз:

- Обструктивный бронхит
- Острый бронхит
- Бронхиолит
- Инородное тело бронха
- Пневмония

= На приеме у ВОП девочка, 9 месяцев. Жалобы на повышение температуры тела до 39,0°C, сухой болезненный кашель. Заболела остро после переохлаждения. При осмотре ребенок активный. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: над областью притупления ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС 126 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируется. Выставлен диагноз: острая внебольничная пневмония. Препаратом выбора является:

- амоксициллин 45мг/кг 2 раза в сутки
- азитромицин 10мг/кг
- амоксициллин 15 мг/кг x 3 раза в день
- цефтазидим 80-100мг/кг

– эритромицин 125 мг 2 раза в день

–

= На приеме у ВОП мальчик, 3 года. Жалобы на подъем температуры до 38,8° С в течение суток, кашель сухой, снижение аппетита. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ОРЗ, в стационаре получал цефотаксим. В течение 2-х недель сохраняется кашель. При осмотре: температура 38,0С. Активен. Кашель малопродуктивный, частый. ЧД 42 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Аускультативно: жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие хрипы, мелкопузырчатые хрипы справа в подлопаточной области. Перкуторно: коробочный оттенок легочного звука, справа по задней поверхности притупление. Какая лечебная тактика является наиболее целесообразной?

– Азитромицин

– Амоксициллин

– Ампициллин

– Цефотаксим

– Гентамицин

–

= Девочка 10 лет на приеме у ВОП. Жалобы на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Синдром поколачивания слабоположительный с обеих сторон. Отеков нет. ОАК: эритроциты – 4,0×10¹²/л, Нб – 128 г/л, лейкоциты – 11,8×10⁹/л, б – 1%, э – 3%, п/я – 20%, с/я – 62%, л – 12%, м – 2%, СОЭ – 42 мм/час. ОАМ: светло-желтая, мутная, отн.плот. – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – в бол. кол, эритроциты – 3–4 в п /з, оксалаты (+). Сформулируйте наиболее вероятный диагноз:

– хронический пиелонефрит

– нефротический синдром

– острый аппендицит

– острый пиелонефрит

– нефритический синдром

–

= К врачу ВОП на прием обратилась мать с девочкой, 3,5 года. Жалобы на резко болезненное, частое мочеиспускание (до 15 раз за день), моча красного цвета, боли в животе, повышение температуры тела до 38,0С. Заболела среди полного здоровья, накануне промочила ноги. При осмотре кожа чистая. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Над легкими дыхание везикулярное. ЧД -20 в мин. ЧСС -85 в мин. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации над лоном. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул оформленный. Ваш предварительный диагноз?

– хронический пиелонефрит

– нефротический синдром

– острый цистит

– острый аппендицит

– нефритический синдром

–

= На приеме у врача ВОП, мать с новорожденным ребенком. Масса при рождении 2150 г., длина 49 см. Матери 32 года. Беременность вторая, роды 1. Беременность проходила с угрозой прерывания. При осмотре на фоне бледности кожи при кормлении, плаче у

ребенка появляется цианоз кожных покровов. При перкуссии границы сердца не расширены. Аускультативно усилен и расщеплен II тон на легочной артерии, систолодиастолический шум во II межреберье слева. На ЭКГ признаки перегрузки левых отделов. Ваш клинический диагноз?

- **открытый артериальный проток**
- **синдром персистирующего фетального кровообращения**
- **кардиомиопатия**
- **миокардит**
- **ДМЖП**
-

– Пациенту Н., 55 лет с артериальной гипертензией и хронической болезнью почек назначена гипотензивная терапия. Какой уровень целевого артериального давления необходимо достичь пациенту?

- 120-140\80-85 мм рт.ст.
- 130-140\80-90 мм рт.ст.
- 130-140\70-80 мм рт.ст.
- ниже 140\70-80 мм рт.ст.
- 135-140\80-85 мм рт.ст.
-

– Пациент В., 60 лет обратился к ВОП с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, отеки на лодыжках. Врачом был выставлен предварительный диагноз – хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Для определения функционального класса ХСН какое диагностическое обследование необходимо провести пациенту?

- 6-ти минутный тест ходьбы
- эхокардиоскопия
- электрокардиография
- электрокардиография, 6-ти минутный тест ходьбы
- суточное мониторирование ЭКГ, 6-ти минутный тест ходьбы
-

– Критерии фракции выброса хронической сердечной недостаточности, используемые для постановки клинического диагноза, согласно данным эхокардиоскопии?

- нормальная ФВ 55% и выше; низкая ФВ ниже 55%
- нормальная ФВ 45%; средняя ФВ 30 – 45%, низкая ФВ ниже 30%
- нормальная ФВ 50% и более; средняя ФВ 40 – 49%, низкая ФВ ниже 40%
- нормальная ФВ 60% и выше; низкая ФВ ниже 60%
- нормальная ФВ 50-65%; средняя ФВ 40 – 45%, низкая ФВ ниже 40%
-

– Женщина 49 лет, жалуется на головные боли преимущественно в затылочной области, быструю утомляемость, головокружение. Впервые 7 лет назад выявлено повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. Наследственность по ССЗ отягощена, гиподинамия Индекс массы тела – 33 кг\м². Тоны сердца ослабленной звучности, акцент 2 тона над аортой. АД 175/105 мм рт.ст. Пульс 68 уд.в минуту, напряженный. Б\х – дислипотеинемия. В ОАК, ОАМ без патологии. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- артериальная гипертензия II ст, риск 1
- артериальная гипертензия II ст, риск 3
- артериальная гипертензия IIIст, риск 2
- артериальная гипертензия IIIст, риск 3
- артериальная гипертензия II ст, риск 4
-

= На приеме у врача ВОП беременная 34 года в сроке 18-19 недель. Жалобы на головные боли, особенно в затылочной области, периодически тошнота. Жалобы стали беспокоить в течение недели. Хронические заболевания отрицает. При физикальном осмотре в сознании, пастозность стоп, тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 150/95 мм рт ст., ЧСС 72 в 1 мин. В общем анализе крови, биохимическом анализе (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, уровень тромбоцитов) в норме. В моче - протеинурия менее 0,1 г\л. Состояние внутриутробного плода удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз?

- Преэклампсия легкой степени
- Гестационная гипертензия.
- Хроническая артериальная гипертензия
- Бессимптомная бактериурия беременных.
- Гестационный пиелонефрит.

= Женщине, 55 лет на приеме у ВОП с основным диагнозом: артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. и конкурирующим : Бронхиальная астма врачу не следует назначать препарат

- бисопролол
- нифедипин
- веропамил
- периндоприл
- индап

= На приеме ВОП пациент с ИБС. СН ФК 3, Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХСН, ФК 3, помимо основных жалоб на одышку, боли в области сердца предъявляет жалобы на отеки в области лодыжек. Какой препарат мог вызвать эту побочную реакцию?

- веропамил
- периндоприл
- нифедипин
- бисопролол
- индап

= На приеме у врача общей практики пациент, 28 лет с жалобами на тошноту, привкус во рту, боли в подложечной области, отдающие в позвоночник. Боли возникают по ночам, из-за чего пациент просыпается ночью и выпивает стакан холодного молока. Объективно болезненность при пальпации в правой эпигастральной области, положительный симптом Менделя. Какой наиболее вероятный диагноз?

- язвенная болезнь тела желудка
- язвенная болезнь 12-перстной кишки
- язвенная болезнь кардиального/субкардиального отдела желудка
- острый холецистит
- острый гастрит

= В очереди в поликлинике мужчина 38 лет почувствовал кратковременную острую боль в животе, резкую слабость, холодный пот и сухость во рту. Состоит на диспансерном учете с диагнозом «Язвенная болезнь 12-перстной кишки», пришел на прием к врачу общей практики в связи с сезонным обострением. Какое осложнение нужно предположить у пациента еще до объективного осмотра?

- Рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки
- Язвенное кровотечение
- Перфорация язвы

- Малигнизация язвы
- Вторичный сахарный диабет.
-
- = Женщина 45 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся после приема жирной или жареной пищи. Боли появляется через 1 час после еды, иногда опоясывающая. Также беспокоит тяжесть в эпигастрии, метеоризм, обильный стул, плохо смывающийся. При осмотре: кожа очень сухая, ангулярный стоматит, живот немного вздут, болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Уровень какого фермента в крови необходимо провести для верификации диагноза?
 - аланинтрансферазы
 - лактатдегидрогеназы
 - аспартаттрансферазы
 - амилазы
 - карбогидразы
-
- = Девушка 22 лет жалуется на частый обильный стул кашицеобразный, с неприятным запахом, боли в животе, метеоризм. Эти симптомы периодически беспокоили с детских лет. Пониженного питания, бледная. В течение многих лет выявляется анемия и гипотония, дисменорея. При ФЭГДС с прицельной биопсией была выявлена истончение слизистой 12-перстной кишки, атрофия слизистой с резким укорочением ворсинок. Какие продукты должны быть исключены из рациона пациентки?
 - орехи
 - сухофрукты
 - кукуруза и картофель
 - пшеница, ячмень и рожь
 - кисломолочные продукты
-
- = Пациент А, 25 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 2-х лет. Обследование выявило *Helicobacter pylori* значительной степени обсемененности. Получил 1 курс "тройной" эрадикационной терапии (ИПП + амоксициллин + кларитромицин). Фекальный тест на *Helicobacter pylori*, проведенный через 8 недель после окончания терапии, показал положительный результат. Какова наиболее оптимальная лечебная тактика в данном случае:
 - квадротерапия с препаратом висмута
 - терапия блокаторами H₂-рецепторов гистамина
 - терапия антацидами
 - диетотерапия
 - оперативное лечение
-
- = Женщина 43 лет, жалуется врачу общей практики на одышку, приступообразный кашель, приступы удушья. Симптомы беспокоят менее 1 раза в неделю, но более 1 раза в месяц. Обострения нарушают физическую активность и сон. Ночные симптомы более 2 раз в месяц. ОФВ₁ или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%. Какое исследование поможет врачу выявить причинно-значимые факторы риска БА?
 - оценка аллергического статуса
 - спирометрия
 - пикфлоуметрия
 - ингаляционные пробы с бронхилитиком
 - анализ крови на эозинофилию
-

= Пациент М., 56 лет, обратился с жалобами: на одышку с затрудненным выдохом при небольшой физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты до 30 мл/сут, чаще в утреннее время, слабость. Курил 15 лет по 1 пачке в день. На спирографии: ОФВ1=55% от должного, постбронходилатационные значения ОФВ1/ФЖЕЛ =50%. Какой наиболее вероятный диагноз?

- Хронический бронхит
- Эозинофильный инфильтрат
- ХОБЛ
- Бронхоэктатическая болезнь
- Туберкулез легкого

= Мужчина 55 лет обратился с жалобами на кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, одышку, температуру 38,5°C. В анамнезе – частые ОРВИ. Объективно: кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, грудная клетка малоподвижная при дыхании, голени пастозны. В легких – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Какая лечебная тактика целесообразна?

- Преднизолон, эуфиллин, амброксол
- Фуросемид, сальметерол, будесонид
- Эуфиллин в/в, милдронат, кромогликат натрия
- Левофлоксацин, ипратропиум бромид, амброксол
- Ипратропиум бромид, гипотиазид, ацетилцистеин

= Женщина 27 лет жалуется на кашель со скудной трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, недомогание, t° до 37,5°C по вечерам. Заболела остро после переохлаждения. Об-но: притупление перкуторного звука и усиленная бронхофония слева в подлопаточной области, там же мелкопузырчатые хрипы. В крови: лейкоциты-9x10⁹/л, СОЭ-25 мм/ч. Какой из нижеперечисленных признаков наиболее вероятно обнаружится на рентгенограмме?

- уиление легочного рисунка больше слева
- очаговые инфильтративные тени слева в нижних отделах легких
- рсширение корней легких, их неструктурность
- интенсивное затемнение слева в нижних отделах легких
- сглаженность правого костодиафрагмального синуса до уровня 7 ребра

= Пациент Н., 19 лет предъявляет жалобы на приступы удушья, до 1 раза в неделю днем, ночью до 1 раза в месяц, редкий сухой кашель, эпизоды свистящего дыхания при вдыхании холодного воздуха. Аллергоанамнез: приступ удушья при вдыхании бытовой пыли, дыма. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. При спирографическом обследовании ОФВ1 80%; разброс показателей ПСВ 18%. Какой наиболее вероятный диагноз?

- хроническая обструктивная болезнь легких, категория А
- бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени
- бронхиальная астма, персистирующее течение, средней степени тяжести
- бронхиальная астма, интермиттирующее течение
- бронхиальная астма, тяжелая персистирующая.

= 43-летний мужчина обратился к врачу ВОП по поводу болей в суставах пальцев ног и лодыжки. За последний год боли периодически возникали с двух сторон. Не посещал врача более 10 лет. У сестры ревматоидный артрит. Из анамнеза часто употребляет пиво в большом количестве. При осмотре плюсно-фаланговых суставов стоп болезненность с обеих сторон. На левом ухе – подкожные узелки. На КТ почек – множественные мелкие

камни в почках и 7-мм камень в дистальном отделе левого мочеточника. Что вероятнее всего выявит биопсия подкожных узелков на левом ухе?

- Холестерин
- Цистин. Гранулемы
- Ураты
- Оксалаты кальция
- Пирофосфаты кальция

= Больная 45 лет обратилась к врачу ВОП с жалобами на температуру тела до 38-39° без озноба и потоотделения, летучие боли, опухание и ограничение движений в коленных, голеностопных, лучезапястных суставах в течение 2 лет, выраженную общую слабость, потерю массы тела (7 кг за 6 месяцев). Об-но: полилимфаденит, гепатоспленомегалия. Р-грамма суставов – эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей. ОАК: Л-3,6x10⁹/л, с/я -35%, лимфоциты-53%, СОЭ 44 мм/ч. СРБ – резко положительный, фибриноген 5,9 г/л. Ревматоидный фактор–положительный, АНА- резко положительные. Какая терапия наиболее целесообразна?

- Метипред 8мг + метотрексат 15мг
- Метотрексат 7,5 мг
- Диклофенак 3мл в/м
- Ксефокам 16 мг в/в
- Циклофосфан 600 мг/нед

= На приеме у врача ВОП 58-летняя женщина с жалобами на боли в левом коленном суставе в течение 3 месяцев, хруст в суставах . Боль усиливается при работе стоя, подъеме по лестнице. Принимала ибупрофен. В анамнезе – АГ, гиперхолестеринемия. ИМТ- 31.8 кг/м². При осмотре – болезненность при пальпации сустава, крепитация и боль при полном сгибании и разгибании. Что вероятнее всего выявится при инструментальном исследовании левого коленного сустава?

- остеофиты с сужением суставного пространства на рентгенограмме
- кальцификация синовиальной и хрящевой ткани на УЗИ
- выпот в суставе на УЗИ
- краевые эрозии и непрозрачные периартикулярные мягкие ткани на рентгенограмме
- склеротические поражения костей на рентгенограмме

= На приеме у врача ВОП больная 48 лет с избыточной массой тела, жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, кожный зуд, полиурию, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/л. Объективно: общее состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на спине и руках- следы расчесов. Подкожно жировая клетчатка распределена равномерно. Периферических отеков нет. Какой диагноз выставил больному врач:

- ожирение
- сахарный диабет 2 типа
- сахарный диабет 1 типа
- нарушение гликемии натощак
- нарушение толерантности к глюкозе

= На приеме у врача ВОП мужчина 28 лет, страдает в течение 10 лет сахарным диабетом I типа. Лечится регулярно. После употребления алкоголя появилась резкая слабость, дрожь в теле, потливость. Ранее лечился по поводу алкоголизма. Объективно: возбужден, АД 130/70 мм.рт.ст., пульс -85 уд/мин. С чем связано ухудшение состояния больного?

- нарушение гликемии.
- гипогликемия.
- гипергликемия.
- нарушение толерантности к глюкозе.
- алкоголизм.

= К врачу ВОП обратилась женщина в критическом прекоматозном состоянии. Со слов сестры в последние 4-5 лет существенно прибавила в весе, появилась одышка, боли в сердце, повышенное давление, жажда, обильное мочеиспускание. Отмечала ухудшение самочувствия в течение последних дней. У больной спутанное сознание, слабость. При осмотре – кожа сухая с признаками дегидратации, масса тела повышена, АД 150/95. Уровень глюкозы в крови - 22,4 ммоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз?

- гипергликемическое состояние на фоне сахарного диабета.
- сахарный диабет. Кетоацидотическая кома
- сахарный диабет 1 типа
- гипогликемическое состояние на фоне сахарного диабета
- сахарный диабет 2 типа

= На приеме у врача ВОП пациентка 25 лет, жалобы на нерегулярные менструации, слабость, сухость кожи, выпадение волос. Объективно: Движение и речь замедлены. На лице определяется отечность, особенно вокруг глаз. Кожа бледная с желтоватым оттенком, на локтях шелушится. Волосы сухие, ломкие, усиленно выпадают. Назовите следующий шаг диагностического поиска:

- пробы с рилизинг-гормонами
- определение уровня АКТГ
- определение уровня ТТГ
- определение уровня пролактина
- определение уровня гонадотропинов

= На приеме у врача ВОП девушка 18 лет, с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес. Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз?

- сахарный диабет, инсулиннезависимый тип
- сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный.
- гипергликемическое состояние на фоне сахарного диабета.
- сахарный диабет, инсулинозависимый тип
- сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный

= Мужчина Б., 45 лет обратился к врачу ВОП поликлиники. У больного с острым животом при рентгенографии брюшной полости выявлен "серп" газа под куполом диафрагмы. Укажите заболевание, для которого характерен этот симптом

- перфоративная язва желудка
- острый перфоративный аппендицит
- острый перфоративный холецистит
- острая кишечная непроходимость
- острый панкреонекроз

= У беременной в сроке 37-38 недель прогрессируют одышка, сердцебиение. При осмотре отеки до средней трети голени. В легких в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. АД- 100/60 мм рт.ст. При обследовании признаков воспалительного процесса не выявлено. ЭКГ: снижение вольтажа, реполяризация, синусовый ритм. Какой результат эхокардиографии вероятен

- локальное выбухание верхушки
- уплотнение митрального клапана
- снижение фракции выброса
- ассиметричная гипертрофия миокарда
- турбулентный поток на митральном клапане

= В женскую консультацию обратилась беременная 29 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе 1 роды и 3 мед. аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Какой вероятный диагноз

- отслойка нормально расположенной плаценты
- неразвивающаяся беременность
- угрожающий самопроизвольный выкидыш
- пузырный занос
- предлежание плаценты

= Больная 18 лет жалуется на зуд наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. Заболела неделю назад, перед этим перенесла гнойную ангину, по поводу которой получала ампициллин. Состояние удовлетворительное, температура - N, соматически здорова. В области входа во влагалище гиперемия, отечность, белые творожистые выделения, которые легко снимаются ватным тампоном. Какой вероятный диагноз

- Кандидозный кольпит
- Трихомонадный кольпит
- Бактериальный вагиноз
- Гонорейный кольпит
- Неспецифический вульвит

= Какой из перечисленных симптомов свидетельствует о тяжести токсикоза первой половины беременности

- уменьшение массы тела
- гипотония
- субфебрильная температура
- наличие ацетона в моче
- головная боль

= У женщины в постклимактерическом периоде развилось кровотечение. Было проведено диагностическое выскабливание. В соскобе – атипичные железистые структуры с выраженным клеточным атипизмом. Ваш диагноз

- Аденокарцинома тела матки
- Лейомиома матки
- Лейомиосаркома матки
- Полип матки
- Фибромиома

-
- = В женской консультации на диспансерном учете состоит пациентка со сроком беременности 17-18 недель. У пациентки периодически повышается диастолическое давление 90 мм рт.ст. и более. При обследовании выявлена протеинурия 0,06г/л, при переутомлении беспокоит головная боль. Наиболее вероятный диагноз
 - Хроническая гипертензия с присоединением нетяжелой преэклампсии
 - Гестационная гипертензия
 - Преэклампсия нетяжелая
 - Преэклампсия тяжелая
 - Хроническая гипертензия
-
- = Больная 26 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на боли в области левой половой губы. Отмечает подъем температуры тела до 37,80С. При осмотре наружных половых органов выявлена отечность и гиперемия левой половой губы. При пальпации определяется образование в толще левой половой губы размером 5х4 см с участком размягчения в центре. Какой наиболее правильный диагноз
 - острый вульвит
 - киста бартолиновой железы
 - киста Гатнерового хода
 - абсцесс баролиновой железы
 - острый вагинит
-
- = К акушер-гинекологу обратилась беременная, которая неделю назад выписана из инфекционной больницы, где она находилась по поводу тяжелой формы коревой краснухи. Срок беременности 9-10 недель. Врачебная тактика
 - провести витаминотерапию
 - назначить гормонотерапию и продолжить диспансерное наблюдение
 - прерывание беременности
 - пролонгирование беременности
 - при обнаружении пороков развития плода прервать беременность
-
- = Женщина 46 лет обратилась в клинику с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 78 уд/мин, ритмичный. АД 125/80 мм рт. ст., уровень гемоглобина 80 г/л. При бимануальном исследовании и с помощью зеркал: шейка матки не изменена, матка увеличена до размеров, соответствующих 16-17 неделям беременности, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Чем заканчивается объем оперативного вмешательства
 - экстирпацией матки без придатков
 - ампутацией матки без придатков
 - консервативной миомэктомией
 - сальпингоэктомией
 - удаление шейки матки
-
- = Больная 48 лет, обратилась с жалобами на обильные менструации в течении 3-х лет, слабость. Состоит на учете по поводу миомы матки (размеры матки 7-8 недель). В течении последнего года к врачам не обращалась. При влагалищном исследовании: матка увеличена до 11-12 недель беременности, плотная, с неровной поверхностью. Какое может быть рекомендуемое лечение
 - оперативное лечение
 - противоанемическое лечение

- гормональное лечение гестагенами
- симптоматическое лечение
- гормональное лечение андрогенами

–

= К врачу обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Имеет одного ребенка. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете по поводу хронического тромбоза нижних конечностей. Гинекологический статус без особенностей. Какой метод контрацепции наиболее целесообразно ей порекомендовать?

- низкодозированные КОК
- ВМС
- барьерный метод
- гестагенные оральные контрацептивы
- спермициды

–

= Девушка 17 лет обратилась к врачу женской консультации с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности, в браке не состоит, имеет постоянного полового партнёра. Менархе с 12,5 лет, установились сразу, по 4–5 дней через 28 дней, умеренно, безболезненно. Рост 168 см, масса тела 57 кг. Соматически здорова, гинекологический статус в пределах нормы. Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке?:

- низкодозированные КОК
- микродозированные КОК
- презервативы в сочетании со спермицидными средствами
- гестагенные оральные контрацептивы в сочетании со спермицидными средствами
- низкодозированные КОК в сочетании со спермицидными средствами

–

= Девушка 18 лет обратилась к гинекологу с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности. Менархе с 16 лет, по 7–9 дней, обильные, болезненные, через 26–45 дней. В анамнезе одна беременность, которая закончилась преждевременными самопроизвольными родами. Рост 168 см, масса тела 103 кг. Гинекологический статус в пределах нормы, иногда беспокоят головные боли. Соматически считает себя здоровой. Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке?

- гормональное внутриматочное средство «Мирена»
- исключительно гестагенные оральные контрацептивы
- барьерный метод – самый целесообразный метод
- категорически запрещено применять гормонсодержащие средства
- гормональный пластырь и наблюдение в течение длительного времени

–

= Какой метод контрацепции будет приемлем у женщины с раком молочной железы в анамнез?

- комбинированные оральные контрацептивы
 - чистопрестиновые оральные контрацептивы
 - внутриматочная система с левоноргестрелом
 - внутриматочная спираль
 - чистопрестиновые инъекционные контрацептивы
-

= Какой метод контрацепции следует рекомендовать женщине 18 лет, имеющей половые контакты 2–3 раза в месяц с непостоянными половыми партнерами?

- внутриматочную контрацепцию
- гестагенные оральные контрацептивы в сочетании со спермицидными средствами
- экстренную гормональную контрацепцию
- презервативы в сочетании со спермицидными средствами
- ритмический метод

= К врачу обратилась женщина 48 лет, тучная, с жалобами на резкую болезненность в правой подмышечной области. Заболела остро. При осмотре в правой подмышечной ямке несколько багрово-красных возвышающихся болезненных узлов величиной с крупную горошину, температура тела 37,6⁰С. Выставлен диагноз: гидраденит. Необходимо назначить

- повязку с чистым ихтиолом
- низорал
- повязку с анилиновыми красителями
- холод
- сухое тепло

= У мужчины в области висков, затылка, бровей имеются равномерно расположенные очажки поредения волос и полного облысения величиной с 10-15 копеечную монету, округлых очертании, не сливающиеся между собой. Кожа в очагах облысения гладкая, без воспалительных явлений, обломанных волос нет, субъективных ощущений нет. Очаги напоминают (мех изъеденный молью). Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза

- микроскопия на патогенные грибы
- исследование РВ или КСР
- биохимия крови
- иммунограмма
- консультация эндокринолога

= У больного 60 лет в течение нескольких лет имеется муковидное шелушение ладоней и подошв; половина ногтей кистей и стоп утолщены, имеют охряно-темные участки, частично разрушены по свободному краю. Для постановки правильного диагноза необходима

- бактериологическое исследование (посев) волос
- микроскопия чешуек и пораженных ногтей
- серологические исследования крови
- анализ крови
- эпидемиологическое исследование

= В женской консультации у женщины на 5 месяце беременности, выявлена слабоположительная реакция Вассермана (2+). При осмотре клинических симптомов сифилиса не обнаружено. Ваша тактика

- начать противосифилитическое лечение
- взять кровь на микрореакцию
- исследование на ревмопробы
- исследование крови РИФ, РИТ
- УЗИ

= Больную С., 25 лет, беспокоит сильный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время. Считает себя больной в течение недели. Последние три дня зуд появился у мужа. Объективно: на коже живота, в межпальцевых складках кистей и внутренней поверхности бедер наблюдаются парные папуло-везикулезные высыпания, следы расчесов, геморрагические корочки. Какие методы лечения можно назначить при данном дерматозе

- преднизолоновый крем
- ланолиновый крем
- бензил-бензоат
- цинковая паста
- салициловый спирт
-

= На прием к хирургу обратился больной 45 лет с жалобами на неприятные ощущения в области заднего прохода. Считает, что заболел 3 недели назад, когда впервые отметил эти явления. Местное лечение мазями эффекта не дало. При осмотре в перианальной области имеются гипертрофические вегетирующие папулы с влажной, местами мацерированной поверхностью. На коже ладоней и подошв имеются папулы, на коже головы диффузное выпадение волос, ангина. Слабо выраженный полиаденит. О каком заболевании можно думать

- вторичный рецидивный сифилис
- вторичный свежий сифилис
- сифилис скрытый ранний
- ранний врожденный сифилис
- поздний врожденный сифилис
-

= Больной А., 20 лет, обратился с жалобами на склеивание губок уретры по утрам в течение 3-х месяцев, после приема алкоголя выделения усиливаются, появляются рези при мочеиспускании. Не лечился. Первые признаки заболевания появились на 3-й день после случайной половой связи. Объективно: губки наружного отверстия уретры слегка гиперемированы, выделения при массаже скудные, слизистые. Обе порции мочи при двухстаканной пробе прозрачные, с единичными хлопьями. В мазке обнаружены грамотрицательные диплококки, расположенные внутри-клеточно. Ваш диагноз

- свежая гонорея, острый тотальный уретрит
- хроническая гонорея
- свежая гонорея, подострый тотальный уретрит
- свежая гонорея, торпидный тотальный уретрит
- латентная гонорея
-

= Больной 54 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпные элементы, локализующиеся в межпальцевых промежутках стоп и сопровождающиеся зудом и жжением. Считает себя больным в течение 2-х месяцев. Не лечился. Больной работает банщиком. Ваш предполагаемый диагноз

- вторичный сифилис
- дисгидротическая экзема
- интертригинозная эпидермофития стоп
- ихтиоз
- ладонно-подошвенная кератодермия
-

= У мужчины 50 лет после рыбалки в холодную погоду, на задней поверхности шеи образовался плотный болезненный инфильтрат, который постепенно увеличивался, достиг величины детской ладони. Кожа над инфильтратом багрово-красная, в центральной части - синюшная и имеет несколько свищевых отверстий, из которых выделяется густой гной с

примесью крови и зеленоватых некротических масс. Беспокоит головная боль, озноб. Температура тела - 38,5⁰С. Предположительный диагноз

- карбункул
- остиофолликулит
- фурункул
- гуммозный сифилис
- колликативный туберкулез
-

= У больного А., 38 лет после стрессовой ситуации на коже сгибательной поверхности предплечий, внутренней поверхности бедер появились плоские полигональные папулы розово-фиолетового цвета с восковидным блеском, некоторые из них с пупковидным вдавлением в центре. После смазывания поверхности папул растительным маслом обнаружилась беловато-сероватая сеточка, просвечивающаяся через роговой слой (сетка Уикхема). Ваш диагноз

- красный плоский лишай
- красная волчанка
- псориаз
- склеродермия
- вульгарная пузырчатка
-

= К вам обратился больной 65 лет по поводу изменения кожи левой голени. Болен 2 месяца. На месте травмы голени появились гнойнички, затем краснота, отечность, мокнутие, корки и бордюр из отслоившегося эпидермиса по периферии очага. Очаг поражения крупнофестончатых очертаний, резко отграничен от окружающей ткани, синюшно-красного цвета, инфильтрирован. При удалении корок под ними мокнущая поверхность, микроэрозии, выделяющие серозную жидкость. Поставьте клинический диагноз

- дерматоз Дюринга
- аллергический дерматит
- себорейная экзема
- микробная экзема
- рожистое воспаление
-

= У мужчины высыпания и зуд, усиливающийся к ночи. Объективно: на передней стенке живота внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках кистей и в области лучезапястного сустава папуло-везикулярная сыпь, носит парный характер, эскориации. Установите диагноз

- аллергический дерматит
- чесотка
- токсидермия
- кожный зуд
- крапивница
-

= У больного А., 38 лет после стрессовой ситуации на коже сгибательной поверхности предплечий, внутренней поверхности бедер появились плоские полигональные папулы розово-фиолетового цвета с восковидным блеском, некоторые из них с пупковидным вдавлением в центре. После смазывания поверхности папул растительным маслом обнаружилась беловато-сероватая сеточка, просвечивающаяся через роговой слой (сетка Уикхема). Выставлен диагноз: красный плоский лишай. Укажите клинические признаки папул при КПЛ

- пупкообразное вдавление

- покрыты чешуйками
- ярко-красный цвет
- округлая форма
- миллиарность

= У больного А., 38 лет после стрессовой ситуации на коже сгибательной поверхности предплечий, внутренней поверхности бедер появились плоские полигональные папулы розово-фиолетового цвета с восковидным блеском, некоторые из них с пупковидным вдавлением в центре. После смазывания поверхности папул растительным маслом обнаружилась беловато-сероватая сеточка, просвечивающаяся через роговой слой. Выставлен диагноз: красный плоский лишай. Как называется симптом

- кровяная роса
- стеариновое пятно
- сетка Уикхема
- терминальная пленка
- симптом Никольского

= Больной 54 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпные элементы, локализирующиеся в межпальцевых промежутках стоп и сопровождающиеся зудом и жжением. Считает себя больным в течение 2-х месяцев. Не лечился. Больной работает банщиком. Выставлен диагноз: эпидермофития стоп, интертригинозная форма. Возбудителями эпидермофитии стоп является

- межпальцевый трихофитон
- микроспорум ржавый
- гипсовый трихофитон
- Trichofitoh rubrum
- Candida albicans

= Больной 54 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпные элементы, локализирующиеся в межпальцевых промежутках стоп и сопровождающиеся зудом и жжением. Считает себя больным в течение 2-х месяцев. Не лечился. Больной работает банщиком. Выставлен диагноз: эпидермофития стоп, интертригинозная форма. При интертригинозной эпидермофитии поражаются

- межпальцевые промежутки стоп
- кисти
- своды стоп
- паховые складки
- волосистой части головы

= Женщина обратилась в поликлинику к врачу ВОП по месту жительства в связи с высокой температурой у ребенка (38 - 39⁰ С), кашлем со скудной мокротой, одышкой, признакам выраженной интоксикации, вялостью, снижением аппетита у девочки. При клинико – функциональном обследовании диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония. Ребенок экстренно госпитализирован в стационар. Девочке 5 лет, она является ребенком - инвалидом вследствие ДЦП. На какой срок должен быть выдан лист о временной нетрудоспособности (ВН) маме по уходу за больным ребенком в данном случае согласно приказ МЗ РК №198 , п.61 от 18.11.2020 г.?

- на срок не более 10 дней
- на весь период пребывания в стационаре по заключению ВКК;
- на срок не более 12 дней
- на срок не более 5 дней

- на срок не более 15 дней
-
- = На приеме у врача ВОП пациент 44 лет. Находится на листе нетрудоспособности по поводу обострения язвенной болезни, осложненной кровотечением. Кто осуществляет продление листка нетрудоспособности при заболеваниях свыше 20 дней:
 - лечащий врач
 - заведующий отделением
 - главный специалист по экспертизе нетрудоспособности
 - врачебно-консультативная комиссия
 - медико-социальная экспертная комиссия
-
- = Женщина 40 лет, в рамках скрининга проходит обследование. Жалобы на утомляемость, редкие покалывающие боли в области сердца. В анамнезе частые тонзиллиты. Объективно: пульс 98 ударов в минуту. При аускультации: тоны сердца приглушены, мезосистолический щелчок и дующий систолический шум по левому краю грудины, который усиливается в вертикальном положении. Какой метод диагностики наиболее целесообразно провести?
 - эхокардиография
 - электрокардиография
 - коронарография
 - суточное мониторирование ЭКГ
 - суточное мониторирование артериального давления
-
- = Кому из членов семьи выдаётся лист о ВН по уходу за ребёнком до 3-х лет при амбулаторном лечении:
 - бабушке, проживающей в другом городе
 - матери или другому члену семьи, совместно проживающему, если мать по уважительной причине не может осуществлять уход
 - только матери
 - родственникам, проживающим по другому адресу
 - бабушке, живущей в другом доме
-
- = Мать с ребёнком приехала на выходные дни в другую местность. В понедельник был вызван врач местной поликлиники, который констатировал у ребенка тяжелое заболевание. Какой документ может быть выдан матери для ухода:
 - лист о ВН с разрешения главного врача
 - справка произвольной формы, выданная лечащим врачом
 - лист о ВН, выданный лечащим врачом
 - ничего не выдаётся
 - справка ВКК
-
- = Больной Х. доставлен в приёмный покой в связи с инородным телом трахеи (пуговица, попавшая случайно) После удаления инородного тела врач классифицировал временную нетрудоспособность как:
 - общее заболевание
 - несчастный случай в быту
 - несчастный случай на производстве
 - профессиональное заболевание
 - стихийное бедствие
-

= Женщина 58 лет. Прошла скрининг на ранее выявление рака молочной железы. Показанием для проведения углубленной диагностики является:

- M4;
- M2;
- M3;
- M1;
- M0

-

= Женщина 58 лет. Прошла скрининг на ранее выявление рака молочной железы. Проведена интерпретация маммограммы по классификации BI-RADS (M0т, M0д, M1, M2, M3, M4, M5). Какое количество чтений маммограммы необходимо провести данному пациенту?

- тройное чтение
- одного чтения достаточно
- нет необходимости в чтении
- двойное чтение
- четырёхкратное чтение

-

= Женщина Я., 32 лет обратилась в поликлинику к врачу ВОП через 4 суток с момента заболевания с клиникой послеродового мастита в стадии серозного воспаления. Что из нижеперечисленного является нецелесообразным в данной ситуации

- сцеживание молока
- обработка соска антисептиком
- массаж молочной железы
- возвышенное положение железы
- согревающий компресс на железу

-

= Больной 28 лет, обратился к врачу ВОП с клиникой кишечной непроходимости. В анамнезе похудение (10 кг за 3 месяца), слабость, периодически кровь в кале. О какой причине непроходимости следует подумать хирургу:

- опухоль кишки
- спаечная болезнь брюшины
- глистная инвазия
- неспецифический язвенный колит
- копростаз

-

= Пациент 34 лет доставлен к врачу ВОП с жалобами на боли в правой нижней конечности через 2 суток с момента заболевания. При осмотре отмечается умеренный отек правой голени, участок выраженной гиперемии с четкими границами, при пальпации – болезненность. Какой диагноз наиболее вероятен у больного

- лимфадема
- острый лимфангоит
- острый тромбофлебит
- эритематозная рожа
- острый тромбоз глубоких вен

-

= Больной С., 32 лет обратился к врачу ВОП с колото-резаной раной средней трети латеральной поверхности правого бедра через 1 час после травмы. Какие мероприятия из нижеперечисленных необходимо провести больному для эффективной профилактики раневой инфекции

- наложение асептической повязки
- внутривенное введение антибиотиков
- первичную хирургическую обработку раны
- введение в рану протеолитических ферментов
- обработка раны антисептиками и наложение швов

–

– Мужчина Б., 45 лет обратился к врачу ВОП с жалобами на боли в левой нижней половине живота, кашицеобразный стул до 8 раз в сутки с незначительной примесью крови и слизи, умеренную лихорадку, тахикардию, снижение массы тела. В анализах – умеренная анемия. Какой метод исследования является наиболее информативным для диагностики неспецифического язвенного колита

- копрология
- посев кала на микрофлору
- рентгенологическое исследование тонкой кишки
- колоноскопия
- гастротомия

–

– Врач ВОП поликлиники при осмотре больного с подозрением на острый аппендицит, во время пальпации живота отметил усиление болезненности во время отрыва пальцев кисти от передней брюшной стенки. Какой симптом выявил врач у данного больного:

- Щеткина - Блюмберга
- Ровзинга
- Ситковского
- Раздольского
- Воскресенского

–

– Мужчина Б., 68 лет обратился к врачу ВОП поликлиники. У больного на 7 сутки после операции по поводу непроходимости кишечника появились боли, в ране и повязка обильно промокла геморрагической жидкостью. Что произошло:

- нагноение раны
- кровотечение в живот
- ранняя непроходимость
- эвентрация
- перитонит

–

– Больной С. 53 л., доставлен к врачу ВОП через 3 ч. с момента заболевания с жалобами на острые боли в эпигастрии, кратковременную потерю сознания, холодный пот, однократную рвоту. Из анамнеза: в течении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, пульс 100 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. На обзорной рентгенограмме свободный газ под правым куполом диафрагмы. Ваш предварительный диагноз

- прободная язва
- острая кишечная непроходимость
- язвенное кровотечение
- острый панкреатит
- неспецифический язвенный колит

–

– Женщина 46 лет обратилась к врачу ВОП. У больной после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита на 7-й день появились тупые боли внизу живота,

тенезмы, боли при дефекации, небольшие бели при мочеиспускании. Повысилась температура до 37,8-38,5⁰С. Ваш предположительный диагноз

- острый проктит
- острый геморрой
- абсцесс Дугласова пространства
- разлитой перитонит
- острый цистит
-

= Больная У., 47 лет обратилась к врачу ВОП с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, температуру тела 38,3. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой. Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье определяется резко болезненное, напряженное округлое образование 12x8x6 см. Положительны симптомы Ортнера, Мерфи, Кера. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу. Ваш предварительный диагноз

- острый холецистит, перитонит
- симптом Курвуазье
- обтурационная желтуха
- цирроз печени
- панкреатит
-

= Больной 70 лет обратился с ущемленной паховой грыжей, вызвал врача ВОП на дом. Давность ущемления 10 часов. Имеются признаки кишечной непроходимости, гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием. Действия врача, обследовавшего больного

- вправление грыжи
- вправление грыжи после инъекции наркотиков
- экстренная госпитализация в хирургический стационар
- холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики
- направление на консультацию к хирургу
-

= Больной 60 л., обратился к врачу ВОП поликлиники, предъявляет жалобы на боли в левой нижней половине живота, кашицеобразный стул до 8 раз в сутки с незначительной примесью крови и слизи, умеренную лихорадку, тахикардию, снижение массы тела. В анализах – умеренная анемия. О каком заболевании следует думать

- рак толстой кишки
- НЯК
- острая дизентерия
- болезнь Крона
- туберкулёз кишечника
-

= Женщина 60 лет обратилась к врачу ВОП поликлиники. У больной на фоне благополучия появилась температура до 38⁰С, боли в правом подреберье, общая слабость. Позднее присоединилась желтуха, зуд кожи, крапивница. На УЗИ – в левой доле печени округлое образование 6x6 см с четкими контурами. В желчном пузыре камни. Ваш предварительный диагноз

- альвеококкоз печени
- желчекаменная болезнь
- эхинококкоз печени
- холангит
- абсцесс печени
-

= Больная, 65 лет, обратилась к врачу ВОП поликлиники. Пациентка в течении двух недель самостоятельно лечилась по поводу гипертермии. Начало заболевания связывает с переохлаждением, после чего температура повысилась до 38,0, появился кашель сначала сухой, затем со слизисто-гнойным отделяемым. Состояние постепенно ухудшалось, нарастала слабость, появились ознобы и лихорадка) Три дня назад во время кашля одновременно «полным ртом» выделилось около 200 мл зловонной мокроты, после чего самочувствие улучшилось, понизилась температура). Какое заболевание можно заподозрить

- эмпиема плевры
- обострение хронической неспецифической пневмонии
- острый абсцесс легкого
- рак легкого с пневмонитом
- бронхоэктатическая болезнь

= Больной 66 лет обратился к врачу ВОП поликлиники, в течение 6 месяцев страдает запорами, похудел на 5 кг. Кожный покров бледно-землистого цвета. Живот вздут, болезненный в правом мезогастрин. В общем анализе крови Нb-90 г/л, Эр.-2,5х10¹²/л. Каков ваш предположительный диагноз

- рак ободочной кишки
- дивертикулит сигмы
- колит
- острая кишечная непроходимость
- полипоз ободочной кишки

= Женщина 25 лет обратилась к врачу ВОП поликлиники, жалуется на повышение температуры до 39С, появились боли в молочной железе. В области правой молочной железы – гиперемия, припухлость, множественные уплотнения в верхнем наружном квадранте. В анамнезе 1 месяц назад срочные роды. Каков ваш предположительный диагноз

- лактационный мастит
- лимфаденит
- опухоль молочной железы
- фурункул области молочной железы
- послеродовая мастопатия

= Женщина, 45 лет, обратилась к онкогинекологу в поликлинику с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два мед. аборта. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища увлажнена серозными выделениями, чистая; шейка матки гипертрофирована: на передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при контакте. Матка не увеличена, овальной формы, подвижная, безболезненная. Области придатков без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза

- колоноскопия, гемакульттест
- КТ, УЗИ органов брюшной полости
- цитологическое + гистологическое исследования биоптата шейки матки - ФГДС, мазок на степень чистоты шейки матки
- ЭКГ, пункция заднего свода

= Женщина, 45 лет, обратилась к онкогинекологу в поликлинику с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два мед. аборта. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища увлжненв серозными выделениями, чистая; шейка матки гипертрофирована: на передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при контакте. Матка не увеличена, овальной формы, подвижная, безболезненная. Области придатков без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Предварительный диагноз врача

- Рак эндометрия II T2NxM0
- Рак тела матки II T2NxM0
- Рак шейки матки IB T1bNxM0, экзофитная форма
- Рак яичников II T2NxM0
- Эрозия шейки матки

= Женщина 37 лет обратилась к онкогинекологу в поликлинику с жалобами на водянистые выделения из половых путей с неприятным запахом. Наследственность не отягощена. Было три беременности, три роды. Не наблюдали, последний раз у гинеколога была 2 года назад. В анамнезе эрозия шейки матки, не лечилась. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована, кровоточащая при контакте. Матка и придатки б\особенности. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Гистологическое исследование биоптата шейки матки – плоскоклеточная карцинома. Диагноз: Рак шейки матки IB T1bNxM0. Какой метод лечения показан

- надвлагалищная ампутация матки с придатками
- операция Вертгейма
- надвлагалищная ампутация матки без придатков
- диэлектропоагуляция
- электроэксцизия шейки матки

= Женщина, 33 лет, обратилась к онкогинекологу с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Наследственность не отягощена. На данный момент пациентка состоит на учете у гинеколога по поводу беременности 34-35 недель. В анамнезе одни роды, данная беременность вторая. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при дотрагивании. Матка увеличена соответственно сроку беременности, придатки б\особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Мазок на онкоцитологию – плоскоклеточный рак. Выставлен диагноз «Рак шейки матки, IB T1bNxM0, беременность 34-35 недель». Укажите тактику ведения пациентки

- прерывание беременности, сочетанная лучевая терапия
- довести до срока родов с последующей лучевой терапией
- кесарево сечение, расширенная экстирпация матки с придатками, послеоперационная лучевая терапия
- довести до срока родов с последующей расширенная экстирпация матки с придатками
- прерывание беременности надвлагалищная ампутация матки с придатками

= Пациентке 65 лет, жалуется на жидкие серозно-желтые выделения с неприятным запахом из влагалища, иногда с примесью крови. Данные жалобы в течение 1 года. Выраженная сопутствующая патология: декомпенсированный сахарный диабет, диабетическая стопа, энцефалопатия, ИБС, ПИМ 2017г., артериальная гипертензия 3 степени, ХСН ФК3. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды,

два аборта. Последний раз у гинеколога была 7 лет назад. Осмотр при помощи зеркал: влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». Влагалищное исследование: стенки влагалища на протяжении 2/3 его инфильтрированы. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный, болезненный. Ректальное исследование: слизистая прямой кишки неподвижна. В параметриях с двух сторон отмечаются инфильтраты, достигающие стенок таза. На пальце, которым проводится исследование, остается кровь. По данным КТ брюшной полости отмечается метастазы печени. Пациентке поставлен диагноз «Рак шейки матки IV стадия». Тактика лечения

- химиотерапия
- рентгенотерапия
- симптоматическое лечение
- хирургическое лечение
- сочетанная лучевая терапия

= Женщина, 35 лет, при профилактическом осмотре выявлена эрозия шейки матки. Было три беременности, все закончились родами. Не наблюдали, последний раз у гинеколога была 3 года назад. В анамнезе эрозия шейки матки, не лечилась. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки эрозирована. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Взята биопсия шейки матки. Гистологическое заключение - «carcinoma in situ». Какой метод лечения наиболее целесообразнее

- расширенная экстирпация матки с придатками
- электроэксцизия шейки матки
- расширенная экстирпация матки с придатками
- операция Вертгейма
- надвлагалищная ампутация матки с придатками

= Женщина 45 лет обратилась к гинекологу в поликлинике с жалобами на контактные кровянистые выделения из половых путей. Наследственность не отягощена. Было три беременности, трое родов. Не наблюдали, последний раз у гинеколога была 5 лет назад. В анамнезе эрозия шейки матки, не лечилась. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при дотрагивании. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. Дальнейшая тактика врача

- провести в условиях поликлиники электрокоагуляцию
- направить к хирургу для уточнения диагноза
- после цито-гистологического исследования направить к онкогинекологу
- консервативное лечение в условиях поликлиники
- направить к онкогинекологу незамедлительно

= У женщины, 51 год, выявлен рак тела матки I стадии. Образование локализуется в области дна тела матки до 2 см в диаметре, глубина инвазии 3 мм. Опухоль высокодифференцированная, рецептороположительная. Укажите наиболее целесообразную тактику лечения данной пациентки

- Лучевая терапия
- Операция+лучевая терапия
- Операция + гормонотерапия
- Операция+химиотерапия
- Химиотерапия

= Женщина, 51 год, с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Последняя менструация в 49 лет. Укажите наиболее целесообразную диагностическую тактику в данной ситуации

- Гистерография
- УЗИ брюшной полости
- Раздельное диагностическое выскабливание/ гистероскопия
- УЗИ малого таза
- Мазок на онкоцитологию

= Пациентка 44 лет в течение 2 месяцев стала определять кровянистые выделения из половых путей с 16 по 22 день менструального цикла. Менструации по 3-4 дня, через 27 дней. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, при бимануальном исследовании матка спереди, немного увеличена в размере, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Какой метод диагностики целесообразен в данном случае для верификации диагноза

- Гистерография
- Мазок на онкоцитологию
- Раздельное диагностическое выскабливание/ гистероскопия
- УЗИ брюшной полости
- УЗИ малого таза

= Пациентка 44 лет в течение 2 месяцев стала определять кровянистые выделения из половых путей с 16 по 22 день менструального цикла. Менструации по 3-4 дня, через 27 дней. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, при бимануальном исследовании матка спереди, немного увеличена в размере, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Пациентке проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение – аденокарцинома. Какой метод диагностики необходим для поиска возможных отдалённых гематогенных метастазов в данном случае

- Рентгенография костей таза
- УЗИ периферических лимфатических узлов
- Колоноскопия
- УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ ОМТ

= Пациентка 55 лет в течение 2 месяцев стала определять кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, при бимануальном исследовании матка спереди, немного увеличена в размере, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Какой метод диагностики целесообразен в данном случае для визуализации процесса

- Раздельное диагностическое выскабливание
- Гистероскопия
- УЗИ малого таза
- Мазок на онкоцитологию
- Гистерография

= Женщина, 68 лет, в течение года отмечает периодические кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация 20 лет назад. Декомпенсированный сахарный диабет 2 типа. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, при бимануальном исследовании матка спереди, увеличена в размере до 8 недель, плотная, бугристая, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Пациентке проведено

раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение – аденокарцинома. На УЗИ брюшной полости – 2 метастаза у ворот печени. Выявлен диагноз: рак тела матки IV стадии с метастазами в печень. Укажите наиболее целесообразную тактику лечения данной пациентки

- Лучевая терапия
- Симптоматическое лечение
- Операция+химиотерапия
- Гормонотерапия
- Операция+лучевая терапия

= Женщина, 60 лет, в течение полугода отмечает периодические кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация 10 лет назад. При гинекологическом осмотре у участкового акушер-гинеколога: шейка матки чистая, при бимануальном исследовании матка спереди, слегка увеличена в размере, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Пациентке проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение – атипичная гиперплазия. Укажите в консультации какого специалиста нуждается пациентка в первую очередь

- Инфекциониста
- Онкогинеколога
- Хирурга
- Гематолога
- Онколога

= Пациентка, 55 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, тошноту, потерю веса до 8 кг за 1,5 мес. Объективно: живот увеличен в объеме, напряжен. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, отклонена кзади. При ректо-вагинальном осмотре в малом тазу определяется конгломерат, каменной консистенции, неподвижный, с бугристой поверхностью. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Возможный способ верификации диагноза в данный момент

- Рентгеноскопия брюшной полости
- Ультразвуковое исследование органов малого таза
- Пункция брюшной полости через задний свод влагалища или лапароцентез с цитологическим исследованием
- Ирригоскопия
- Колоноскопия

= Пациентка, 60 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, тошноту, потерю веса до 10 кг за 1,5 мес. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, атрофична. При ректо-вагинальном осмотре в малом тазу определяется конгломерат до 10 см, каменной консистенции, неподвижный, с бугристой поверхностью. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Ваш предположительный диагноз

- Цистаденома правого яичника
- Рак яичников
- Эндометриоз
- Миома матки
- Рак сигмовидной кишки

= Пациентка, 55 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, тошноту, потерю веса до 8 кг за 1,5 мес. Объективно: живот увеличен в объеме, напряжен. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, отклонена кзади. При ректо-вагинальном осмотре в малом тазу определяется конгломерат,

каменистой консистенции, неподвижный, с бугристой поверхностью. СА-125 – 2356 МЕ/мл. Выпилен лапароцентез, получено 6 л соломенно-желтой серозной жидкости. Цитологическое заключение – клетки карциномы. По другим органам и системам без особенностей. лапароцентез с цитологическим исследованием. Предположительная стадия опухолевого процесса

- 0
- III
- IV
- I
- II

= Пациентка, 25 лет, обратилась к гинекологу для ежегодного осмотра. Из анамнеза: менархе в 13 лет. Менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные, через 28 дней. Б-1, Р-1, А-0, В-0. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, цилиндрическая. При ректо-вагинальном осмотре матка не увеличена, подвижна, безболезнена, за ней справа определяется образование до 6 см, округлой формы, туго-эластической консистенции, подвижное, без болезненное. СА-125 – 8 МЕ/мл. Наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли яичников у молодых женщин

- Эндометриоз
- Дермоидная киста
- Рак яичников
- Цистаденома яичника
- Киста желтого тела

= Пациентка, 27 лет, обратилась к гинекологу для ежегодного осмотра. Из анамнеза: менархе в 11 лет. Менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные, через 29 дней. Б-0, Р-0, А-0, В-0. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, цилиндрическая. При ректо-вагинальном осмотре матка не увеличена, подвижна, безболезнена, за ней справа определяется образование до 7 см, округлой формы, туго-эластической консистенции, подвижное, без болезненное. СА-125 – 8 МЕ/мл. Лечение доброкачественных опухолей яичников у молодых женщин

- Наблюдение
- Консервативное
- Гормональное
- Хирургическое
- Биопсия

= Пациентка, 45 лет, обратилась к гинекологу для ежегодного осмотра. Из анамнеза: менархе в 13 лет. Менструации по 3 дня, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Б-2, Р-1, А-1, В-0. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, цилиндрическая. При ректо-вагинальном осмотре матка не увеличена, подвижна, безболезнена, за ней справа определяется образование до 9 см, округлой формы, туго-эластической консистенции, подвижное, без болезненное. СА-125 – 13 МЕ/мл. Наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли яичников у женщин в период перименопаузы

- Параовариальная киста
- Дермоидная киста
- Цистаденома яичника
- Киста желтого тела
- Рак яичников

= Пациентка, 45 лет, обратилась к гинекологу для ежегодного осмотра. Из анамнеза: менархе в 13 лет. Менструации по 3 дня, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Б-2, Р-1, А-1, В-0. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, цилиндрическая. При ректо-вагинальном осмотре матка не увеличена, подвижна, безболезнена, за ней справа определяется образование до 9 см, округлой формы, туго-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. СА-125 – 13 МЕ/мл. Каким методом возможно наверняка определить наличие или отсутствие злокачественной опухоли в кисте

- УЗИ ОМТ
- МРТ ОМТ с контрастом
- интраоперационное гистологическое исследование
- МРТ ОМТ
- КТ ОМТ

= Пациентка, 50 лет, обратилась к гинекологу для ежегодного осмотра. Из анамнеза: менархе в 13 лет. Менструации по 3 дня, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Б-2, Р-1, А-1, В-0. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При гинекологическом осмотре: шейка матки чистая, цилиндрическая. При ректо-вагинальном осмотре матка не увеличена, подвижна, безболезнена, за ней с обеих сторон определяются образования до 6 см, неправильной формы, каменистой консистенции, ограничено подвижные, безболезненные. СА-125 – 15 МЕ/мл. Какими методами необходимо дополнить диагностический поиск для исключения опухоли Крукенберга

- интраоперационное гистологическое исследование
- УЗИ ОМТ
- ВГДС + колоноскопия
- МРТ ОБП с контрастом
- КТ ОБП

= Пациентка В. 64 лет, год назад обнаружила опухоль в левой молочной железе, к врачам не обращалась. Направлена в онкодиспансер, где выставлен диагноз: Рак левой молочной железы, IV стадия. Распад опухоли. Причина запущенности

- скрытое течение болезни
- несвоевременное обращение к врачу
- неполное обследование больной
- диагностическая ошибка
- длительное обследование больной

= У пациентки 67 лет во время скрининга выявлен рак правой молочной железы St I (T1N0M0), узловая форма верхне-наружного квадранта. Выполнена радикальная мастэктомия, ИГХ-опухоль высоко-гормоночувствительна. Указать следующий этап лечения

- наблюдение
- гормонотерапия
- лучевая терапия
- химиотерапия
- иммунотерапия

= Пациентка 20 лет самостоятельно обнаружила опухоль в молочной железе, обратилась к маммологу. При осмотре и пальпации: образование на границе наружных квадрантов округлой формы до 2 см в диаметре, безболезненное, эластичной консистенции, с четкой границей, гладкой поверхностью, подвижное в ткани железы, симптом Кенига положителен. Указать предварительный диагноз

- узловая мастопатия
- фиброаденома
- рак
- внутрипротоковая папиллома
- мастит

= Пациентка 65 лет обратилась к маммологу с жалобами на увеличение левой молочной железы в объеме в течение месяца. При осмотре левая молочная железа увеличена в объеме, плотная, тяжелая, кожа в виде «лимонной корочки», ареола расширена, сосок втянут. В левой подмышечной области конгломерат плотных лимфоузлов. Указать форму рака молочной железы

- узловая
- отечно-инфильтративная
- панцирная
- рожистоподобная
- маститоподобная

= Пациентка 32 лет обратилась к маммологу с жалобами на кровянистые выделения из соска правой молочной железы в течение месяца. При осмотре и пальпации: молочные железы одинаковой формы, мягкие, однородные, соски по центру, справа при надавливании на точку по краю ареолы на границе верхних квадрантов из соска кровянистые выделения. Указать предварительный диагноз

- рак
- внутрипротоковая папиллома
- фиброаденома
- мастит
- узловая мастопатия

= Пациентка 52 лет самостоятельно обнаружила опухоль в правой молочной железе, обратилась к маммологу. При осмотре и пальпации: образование на границе внутренних квадрантов округлой формы до 1,5 см в диаметре, безболезненное, каменистой плотности, с нечеткой границей, бугристой поверхностью, неподвижное в ткани железы, симптом Кенига положителен. Указать предварительный диагноз

- внутрипротоковая папиллома
- мастит
- рак
- фиброаденома
- узловая мастопатия

= Пациентка 67 лет обратилась к маммологу с жалобами на боли в левой молочной железе в течение месяца. При осмотре левая молочная железа уменьшена в объеме, плотная, тяжелая, кожа в виде «панциря черепахи», сосок втянут. Кожа уплотнена, местами с изъязвлениями, покрытыми корочками, пигментирована. В левой подмышечной области плотный лимфоузел. Указать форму рака молочной железы

- маститоподобная
- рожистоподобная
- панцирная

- отечно-инфильтративная
- узловая

= У пациентки 65 лет при проведении профилактического осмотра терапевтом выявлен рак правой молочной железы St IIIa (T3N1M0), узловая форма верхне-наружного квадранта. Диагноз верифицирован гистологически, ИГХ-опухоль высоко-гормоночувствительна. Указать вид лечения рака молочной железы

- химиотерапия
- комплексная терапия
- хирургическое лечение
- гормонотерапия
- лучевая терапия

= Определите вид нарушения мышления. На вопрос «Как вы себя чувствуете» пациент отвечает: «Смотря, что вы понимаете под словом «чувства». Если вы понимаете под ними ваше ощущение от моих чувств, то ваше самочувствие не будет соответствовать моим мыслям о ваших чувствах

- резонерство
- предметно-конкретное мышление
- паралогическое мышление
- символическое мышление
- бессвязное мышление (инкогерентное мышление)
-

= Определите вид нарушения мышления. На вопрос, как вы понимаете поговорку «Яблоко от яблони недалеко падает», пациент отвечает: «Яблоки всегда падают недалеко от дерева

- разорванное мышление
- символическое мышление
- резонерское мышление
- конкретное мышление
- тематическое соскальзывание
-

= Определите вид нарушенного мышления: «Слишком многое вокруг связывается в одну цепь. Когда шел на учебу меня толкнул мужчина, одетый во все черное, потом, по возвращении домой, было два подозрительных звонка, поднимаю трубку и слышу молчание. Потом в подъезде появилась новая надпись «Опять ты здесь», а потом дома отключили воду. Выхожу на балкон и вижу того же мужчину, но переодетого в черную рубашку. Нужно попросить родителей добавить в дверь дополнительный замок

- резонерство
- паралогическое мышление
- аутистическое мышление
- аффективное мышление
- параноидное мышление
-

= К активной (позитивной) психопатологической симптоматике относится все, исключая

- иллюзии
- расстройства сознания
- деменцию
- бред
- галлюцинации
-

= К дефицитарной (негативной) психопатологической симптоматике относят все, исключая

- амнезию
- деменцию
- регресс личности
- абулию
- делирий

= Родители подростка (12 лет) обратились к врачу и рассказали, что время от времени их сын убегает из дома, бродяжничает, уезжает в другой город, ночует на вокзалах. В очередной раз милицией снят с поезда при попытке уехать в незнакомый город.

Квалифицируйте состояние

- гипербулия
- дромомания
- клептомания
- пиромания
- дипсомания

= Больной ни к чему не проявляет интереса, не разговаривает, время проводит в постели, отгородившись от окружающих одеялом. Питает только в том случае, если приводят с принуждением за стол и кормят с ложки. Часто мочится в постель и не проявляет инициативы, чтобы ему сменяли постельное белье. Это

- гипобулия
- стереотипии
- апато-абулия
- гипербулия
- каталепсия

= Больной многоречив до хрипоты, с любым из больных пытается поговорить, но не выслушав последнего, с увлечением декламирует стихи другому. Увидев, что санитарка пытается мыть пол, бросается ей на помощь, но вскоре, бросив начатое, дает советы больным, играющим в шахматы. Он неистощим в своей деятельности, говорит скороговоркой, настроение приподнятое. Это

- тревожное возбуждение
- эйфория
- гипербулия
- кататоническое возбуждение
- маниакальное возбуждение

= Назовите психопатологический симптом: больной испытывает чувство измененности предметов: воспринимает их то большими, то маленькими, то скошенными и т. д

- Дерреализация
- Сенестопатии
- Деперсонализация
- Психосенсорные расстройства
- Фотопсии

= Укажите вид галлюцинаторного нарушения: больной слышит голос, который запрещает ему принимать лекарство

- Внушенные галлюцинации

- Рефлекторные галлюцинации
- Гипнагогические галлюцинации
- Сценические галлюцинации
- Императивные галлюцинации
-
- = Назовите симптом: больной убежден, что соседи по палате – подставные лица. Находит среди них своих родственников и сослуживцев. Это
- Бред воздействия
- Бред положительного двойника
- бред интерметаморфозы
- Бред отрицательного двойника
- Бред отношения
-
- = Больной 15 лет, доставлен в приемный покой. На вопросы отвечает громким смехом, свистом. Принимает вычурные позы, передразнивает врача, гримасничает. Вскочил со стула, начал отбивать чечетку. Заплакал, но тут же заявил, что он всех разыгрывает. У него
- Кататоническое возбуждение
- Маниакальное возбуждение
- Истерическое возбуждение
- Гебефреническое возбуждение
- Делириозное возбуждение
-
- = Назовите симптом: больной утверждает, что его жена с помощью специального аппарата вызывает у него атрофию мозга...
- Сверхценная идея
- Бред физического воздействия
- Паранойальный бред
- Бред отношения
- Бред преследования
-
- = Укажите, для какой патологии нехарактерна деменция
- Болезнь Альцгеймера
- Эпилепсия
- БАР
- Атеросклероз сосудов головного мозга
- Травматическая болезнь головного мозга
-
- = Прямая угроза жизни при эпилептическом статусе
- Отек мозга
- Кома
- Тонические судороги
- Возможная травма головы
- Отек легких
-
- = Укажите расстройства эмоций, наиболее характерные для эпилепсии
- Дисфория
- Мория
- Эйфория
- Страх

- Апатия
-
- = Ретроградная амнезия характеризуется
 - Амнезией периода исключения сознания
 - Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествующих острой мозговой катастрофе
 - Конфабуляциями
 - Псевдореминисценциями
 - Потерей способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события
 -
- = Антероградная амнезия характеризуется
 - Ни одним из перечисленных утверждений
 - Утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния
 - Правильным поведением больных в этот, затем забытый период
 - Распространение подобного забвения на различный период
 - Всеми перечисленными утверждениями
 -
- = Фиксационная амнезия характеризуется
 - Выпадением из памяти событий, непосредственно следовавших за бессознательным состоянием
 - Амнезией периода выключенного сознания
 - Отсутствием памяти на текущие события
 - Выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
 - Потерей способности воспроизводить
 -
- = Определите состояние: больной длительное время находится в больнице. Замкнут, обстановкой не тяготится, пассивно подчиняется, вовлекается в труд внутри отделения, но собственной инициативы не проявляет. Иногда спрашивает о выписке, но его активность ограничивается только вопросом. Вполне удовлетворяется ответом, что ему еще надо полечиться
 - Кататония
 - Гебефрения
 - Апатия
 - Булимия
 - Гипобулия
 -
- = Назовите состояние: больной при беседе о детях начинает плакать и с нежностью о них говорит. Рыдает, когда ему говорят, что он должен некоторое время еще побыть в больнице. Пытается поцеловать врачу руку за обещание его лечить. Получив обещание от санитаря, ударил его, с соседями по палате ссорится по малейшему поводу
 - Злобная мания
 - Ажитированная депрессия
 - Аффективная неустойчивость
 - Эмоциональная парадоксальность
 - Амбивалентность
 -
- = Определите состояние: больной прохаживается вдоль стены делая некоторое количество шагов. Пройдя в одну сторону, он останавливается, делает какой-то

«артистический» жест, выкрикивает рифмованную фразу, круто поворачивается, проходит такое же количество шагов, вновь повторяет жест и выкрикивает прежнюю фразу, идет в обратную сторону. При попытке его остановить оказывает бессмысленное сопротивление

- Импульсивное возбуждение
- Маниакальное возбуждение
- Делириозное возбуждение
- Кататоническое возбуждение
- Патетическое возбуждение
-

– Определите степень умственной отсталости: подросток 14 лет, речь дефектная, шепелявая, запас слов резко ограничен, речь стереотипна, шаблонна. Учился во вспомогательной школе, но с трудом усвоил счет до 10, читать не умеет, хотя может назвать отдельные буквы. Интересы ограничены удовлетворением физиологических потребностей. Имеет простейшие бытовые навыки

- Имбецильность легкой степени
- Идиотия
- Дебильность глубокой степени
- Дебильность средней степени
- Имбецильность глубокой степени
-

– Определите состояние: у больного безразличное, амимичное лицо. Отвечает на вопросы только после того как его «растормошат» и только односложно, либо короткими фразами. Будучи оставлен в покое, впадает в сонливость

- Кома
- Фрустрация
- Оглушение
- Ступор
- Сопор
-

– Определите состояние: больной с черепно-мозговой травмой доставлен в больницу. Лежит, не реагирует на окружающих. Речь отсутствует. Реакция зрачков на свет сохранена, сухожильные рефлексы ослаблены, патологических рефлексов нет. На болевые раздражения дает невербальную кратковременную реакцию (grimace боли, попытка убрать руку). По выходу из состояния полная амнезия

- Кома
- Сопор
- Аменция
- Ступор
- Оглушение
-

– Определите состояние: больной сонлив, заторможен, наблюдается дезориентировка в окружающем. На заданные вопросы отвечает с трудом, не сразу, при этом дает односложные и не всегда правильные ответы. Выполняет простейшие инструкции. Окружающие раздражители доходят до больного как «через плотный слой ваты» (по выражению самого больного), по выходу из этого состояния частичная амнезия

- Сопор
- Кома
- Оглушение
- Фрустрация
- Обнубиляция

–
= Назовите состояние: больной сидит на стуле с сонным выражением лица. Иногда встает со стула и медленно двигается по комнате. На вопросы не отвечает. По выходу из патологического состояния рассказал: «как его и детей «неизвестные» отвезли в другой город, где «хирурги» отрезали руки, ноги и голову у больного, детей так же расчленили. Затем появились его «добрые приятели» и всех склеили. Находясь в болезненном состоянии, не помнил, где находится. Палату воспринимал как комнату пыток, а больницу за сказочный город. У него Делирий

- Онейроид
- Особое состояние сознания
- Сумеречное состояние сознания
- Аменция

–
= Назовите состояние: больной во время игры в шахматы внезапно застыл с шахматной фигурой в руке, фигурка выпала. Это продолжалось 2-3 секунды. После этого больной был растерян, не мог собраться с мыслями, не понимал, что произошло

- Абсанс
- Фрустрация
- Транс
- Ступор
- Амбулаторный автоматизм

–
= Назовите состояние: больной неожиданно и непонятно для себя очутился в другом городе. Во время этого путешествия он производил впечатление растерянного, погруженного в свои мысли человека

- Дромомания
- Сумеречное расстройство сознания
- Онейроид
- Амбулаторный автоматизм
- Импульсивное действие

–
= Определите состояние: больной с пневмонией на высоте лихорадки ночью в палате увидел как на стенах, потолке появились огромные пауки и другие страшные насекомые, которые падали и ползли в его сторону. От страха он стал кричать, звать на помощь, пытался спрятаться. В беседе с мед персоналом правильно назвал имя, возраст, но не понимал, где находится, окружающих лиц называл то своими друзьями, то родственниками

- Галлюциноз
- Сумерки
- Аменция
- Делирий
- Онейроид

–
= Назовите симптом: у больного крайне неустойчивое настроение, которые быстро меняется под влиянием ситуации. Сдерживать свои эмоции он не может

- Лабильность
- Апатия
- Мания
- Депрессия
- Дисфория

-
- Для параноидной формы шизофрении основными осевыми синдромами являются расстройства
 - двигательно-волевые нарушения
 - грубое расстройство поведения
 - галлюцинаторно – бредовые
 - аффективные нарушения
 - эмоциональные нарушения
-
- В пубертатном возрасте частым признаком дебюта шизофрении является
 - кататоно-онейроидный синдром
 - парафренный синдром
 - дисморфоманический синдром
 - псевдогаллюцинаторный синдром
 - параноидный синдром
-
- Для купирования делирия прежде всего применяют
 - Нейролептики
 - ЭСТ
 - Антиконвульсанты
 - Дезинтоксикацию
 - наркопсихотерапию
-
- Для шизофрении менее всего характерна патология со стороны
 - Памяти
 - Двигательно-волевой сферы
 - Восприятия
 - Мышления
 - Эмоциональной сферы
-
- Депрессивный синдром включает все признаки, исключая
 - двигательную заторможенность
 - Парамнезии
 - Гипотимию
 - Диссомнию
 - идеаторную заторможенность
-
- Какой вид нарушенного мышления типичен для дебильности
 - резонерское мышление
 - ускоренное мышление
 - паралогическое мышление
 - разорванное мышление
 - конкретное мышление
-
- К симптомам и синдромам нарушения памяти относят все перечисленные, исключая
 - Гипермнезию
 - Деменцию
 - Гипомнезию
 - Палимпсест
 - криптомнезию

-
- = Больной веселый, благодушный, считает себя несметно богатым, дарит окружающим миллионы, раздает награды, заявляет, что «трижды герой мира», что является «агентом всех разведок Вселенной». Определите синдром
 - Гебефренический
 - Параноидный
 - Маниакальный
 - Парафренный
 - Деменция
-
- = Девочка воспитывалась в семье, где ей все поклонялись, считая самой умной, самой красивой, самой хорошей. Самое лучшее отдавалось ей, вопреки потребностям других членов семьи. Училась плохо, но родители обвиняли учителей, что они «не поняли девочку», «не оценили нашу умницу». Какая личность могла сформироваться у ребенка в будущем
 - Тревожная
 - Шизоидная
 - Истероидная
 - Астеническая
 - Параноидная
-
- = Девочка 13 лет нормостенического телосложения, после замечания соседки, что она «пухленькая» стала ограничивать себя в еде. Отказывалась от обеда и ужина. За завтраком съедала только одно яблоко. При попытке накормить её насильственно самопроизвольно вызывала рвоту. За две недели похудела на 5 килограммов, однако считает, что она «очень полная». Определите состояние
 - Нервная анорексия
 - Ипохондрия
 - Депрессия
 - Параноид
 - Гипобулия
-
- = Укажите вид патологии: больной ощущает ползающих по телу насекомых
 - Истинные галлюцинации
 - Висцеральные галлюцинации
 - Функциональные галлюцинации
 - Псевдогаллюцинации
 - Тактильные галлюцинации
-
- = Укажите вид галлюцинаторного расстройства: больной в пустой квартире слышит голоса, сопровождающие его действия
 - Комментирующие
 - Императивные
 - Рефлекторные
 - Внушенные
 - Функциональные
-
- = Больной после перенесенного гриппа жалуется на то, что обычный свет лампочки кажется ему ослепительным, обычный разговор воспринимается как невыносимо громкий
 - Сенестопатия

- Акоазмы
- Иллюзия
- Гиперестезия
- Дисфория
-
- = Больной заявляет, что перед его взором плывут цветные, размытые пятна
- Гиперестезии
- Иллюзии
- Фотопсии
- Сенестопатии
- Акоазмы
-
- = Больной с ампутированной конечностью ощущает боли в «большом пальце»...
- Нарушение схемы тела
- Истерия
- Симптом Фантома
- Иллюзия
- Гиперестезия
-
- = Больной ощущает чувство раздиранья, жжения, щекотания в области желудка, кишечника
- Висцеральные галлюцинации
- Псевдогаллюцинации
- Дерезализация
- Истинные галлюцинации
- Сенестопатии
-
- = Больной временами ощущает чувство увеличенной головы, либо удлинение (уменьшение) конечностей, туловища, веса тела
- Нарушение схемы тела
- Иллюзорные расстройства
- Дезперсонализация
- Галлюцинации
- Дерезализация
-
- = Назовите симптом: больной видит «где-то в голове» сцены из прошлой жизни, он уверен, что это «специально» ему показывают.
- Дерезализация
- Псевдогаллюцинации
- Императивные галлюцинации
- Галлюциноз
- Истинные галлюцинации
-
- = Укажите вид расстройства: больному кажется, что улица невероятно длинная, дома огромны, собственное тело маленькое
- Микропсия
- Иллюзия
- Макропсия
- Галлюцинация
- Порропсия

-
- Назовите синдром: больная считает, что ее внутренности сгнили, пища не переваривается, а проваливается в полость таза
 - Синдром Кандинского-Клерамбо
 - Паранойяльный синдром
 - Синдром Котара
 - Парафренный синдром
 - Бред ущерба
-
- Больной 19 лет, доставлен в приемный покой. На вопросы отвечает громким смехом, свистом. Принимает вычурные позы, передразнивает врача, гримасничает. Вскочил со стула, начал отбивать чечетку. Заплакал, но тут же заявил, что он всех разыгрывает. У больного
 - Истерическое возбуждение
 - Делириозное возбуждение
 - Кататоническое возбуждение
 - Гебефреническое возбуждение
 - Маниакальное возбуждение
-
- Обдумайте ситуацию: больной беспокоен, суетлив, частично доступен для контакта, но в окружающей обстановке ориентировка нарушена. Часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытаясь поймать воображаемых насекомых. Порой испуганно озирается, обращается с разговором к воображаемому собеседнику. Выделите ведущий синдром
 - Делириозный
 - Галлюцинаторный
 - Параноидный
 - Аменция
 - Сумеречное расстройство сознания
-
- Назовите состояние: больной, во время игры в шахматы, внезапно застыл с шахматной фигурой в руке, фигурка выпала. Это продолжалось 2-3 секунды. После этого больной был растерян, не мог собраться с мыслями, не понимал, что произошло. У него
 - Абсанс
 - Фрустрация
 - Транс
 - Ступор
 - Амбулаторный автоматизм
-
- Назовите состояние: больной неожиданно и непонятно для себя очутился в другом городе. Во время этого путешествия он производил впечатление растерянного, погруженного в свои мысли человека
 - Импульсивное действие
 - Сумеречное расстройство сознания
 - Дромомания
 - Онейроид
 - Амбулаторный автоматизм
-

= Назовите состояние: внезапно, не отдавая себе отчета, не осмысляя окружающего, больной начинает вертеться на одном месте и снимать с себя одежду. Такое состояние длится около 1-2 минуты и внезапно заканчивается

- Стереотипии
- Истерическое возбуждение
- Импульсивное возбуждение
- Фуга
- Двигательное возбуждение

= Определите состояние: больной с пневмонией на высоте лихорадки ночью в палате увидел, как на стенах, потолке появились огромные пауки и другие страшные насекомые, которые падали и ползли в его сторону. От страха он стал кричать, звать на помощь, пытался спрятаться. В беседе с мед персоналом правильно назвал имя, возраст, но не понимал, где находится, окружающих лиц называл то своими друзьями, то родственниками

- Галлюциноз
- Сумерки
- Делирий
- Онейроид
- Аменция

= У больного на протяжении 2-х недель отмечался кататонический ступор, по выходу из этого состояния он рассказал, что совершил космическое путешествие, побывал на необычных планетах, подробно описывая все детали своего «вояжа»

- Онейроидная кататония
- Каталепсия
- Онейризм
- Кататония люцидная
- Сновидное нарушение сознания

= Назовите состояние: больная постоянно лежит в постели в эмбриональной позе, все ее мышцы напряжены, челюсти сжаты, губы вытянуты хоботком

- Абулический ступор
- Субступор
- Ступор негативистический
- Каталепсия
- Ступор с полным мышечным оцепенением

= Для кататонической формы шизофрении основными осевыми синдромами являются (двигательно-волевые нарушения):

- Аффективные нарушения
- Грубое расстройство поведения
- Галлюцинаторно-бредовые
- Эмоциональные нарушения
- двигательно-волевые нарушения

= Для простой формы шизофрении основными осевыми синдромами являются:

- Двигательно-волевые нарушения
- Галлюцинаторно-бредовые
- Аффективные нарушения

- Эмоциональные нарушения
- Грубое расстройство поведения
-
- = Для гебефренической формы шизофрении основными осевыми синдромами являются:
 - Аффективные нарушения
 - Эмоциональные нарушения и грубое нарушение поведения
 - Мнестические
 - Галлюцинаторно-бредовые
 - Двигательно-волевые нарушения
 -
- = Назовите симптом: больной убежден, что соседи по палате – подставные лица. Находит среди них своих родственников и сослуживцев
 - Бред воздействия
 - Бред отношения
 - Бред положительного двойника
 - Бред отрицательного двойника
 - Бред интерметаморфозы
 -
- = Укажите вид галлюцинаторного расстройства: больной в пустой квартире слышит голоса, сопровождающие его действия
 - Комментирующие галлюцинации
 - Императивные галлюцинации
 - Функциональные галлюцинации
 - Внутренние галлюцинации
 - Рефлекторные галлюцинации
 -
- = Укажите вид галлюцинаторного нарушения: больной слышит голос, запрещающий принимать лекарство
 - Гипнагогические галлюцинации
 - Императивные галлюцинации
 - Рефлекторные галлюцинации
 - Внутренние галлюцинации
 - Сценические галлюцинации
 -
- = Параноидный синдром включает все признаки, исключая:
 - Галлюцинаторные расстройства
 - Подозрительность
 - Прогрессирующую амнезию
 - Бредовую обстоятельность
 - Бредовые идеи
 -
- = Кататонический синдром включает все признаки, исключая:
 - Персеверации
 - Эхо-симптомы
 - Негативизм
 - Вербигерации
 - Восковую гибкость
 -
- = Синдром психического автоматизма включает все признаки, исключая:
 - Идеаторный автоматизм

- Псевдогаллюцинации
- Речедвигательный автоматизм
- Двигательный автоматизм
- Персеверации
- Бредовые идеи воздействия

= Определите вид нарушенного мышления: «Слишком многое вокруг связывается в одну цепь. Когда шел на учебу, меня толкнул мужчина, одетый во все черное, потом, вернувшись домой, было два подозрительных звонка, поднимаю трубку и слышу молчание. Потом в подъезде появилась новая надпись «Опять ты здесь», а потом дома отключили воду. Выхожу на балкон и вижу того же мужчину, но переодетого в черную рубашку. Нужно попросить родителей добавить в дверь дополнительный замок

- Аутичное мышление
- Резонерство
- Паралогическое мышление
- Параноидное мышление
- Аффективное мышление

= Укажите вид патологии: больной чувствует в своем желудке ползающих змей

- Сенестопатии
- Иллюзии
- Висцеральные галлюцинации
- Нарушение схемы тела
- Псевдогаллюцинации

= Укажите вид патологии: больной постоянно ощущает ползающих по телу насекомых

- Истинные галлюцинации
- Функциональные галлюцинации
- Висцеральные галлюцинации
- Тактильные галлюцинации
- Псевдогаллюцинации

= Больной веселый, благодушный, считает себя несметно богатым, дарит окружающим миллионы, раздает награды, заявляет, что «трижды герой мира», что является «агентом всех разведок Вселенной». Определите синдром

- Параноидный
- Гебефренический
- Маниакальный
- Парафренный
- Деменция

= Укажите вид галлюцинаторного нарушения: больной слышит голос, который запрещает ему принимать лекарство

- Императивные
- Сценические
- Рефлекторные
- Гипнагогические
- Внушенные

= Укажите вид галлюцинаторного расстройства: больной в момент пробуждения разговаривает сам с собой

- Экстракампинные
- Гипнопомпические
- Вербальные
- Гипнагогические
- Функциональные

-

= Назовите психопатологический симптом: больной заявляет, что он слышит звучание как своих, так и чужих мыслей, особенно в вечернее время

- Псевдогаллюцинации
- Гипнопомпические галлюцинации
- Иллюзии
- Функциональные галлюцинации
- Внутренние галлюцинации

-

= Назовите психопатологический симптом: больной испытывает чувство измененности предметов: воспринимает их то большими, то маленькими, то скошенными и т. д

- Сенестопатии
- Иллюзии
- Психосенсорные расстройства
- Дерезализация
- Зрительные галлюцинации

-

= Из названных галлюцинаций самыми опасными являются

- Истинные галлюцинации
- Комментирующие галлюцинации
- Псевдогаллюцинации
- Императивные галлюцинации
- Функциональные галлюцинации

-

= Назовите симптом: больной утверждает, что его языком произносят фразы, заставляют говорить против его желания

- Симптом двойника
- Истинные галлюцинации
- Императивные галлюцинации
- Псевдогаллюцинации
- Идеомоторный психический автоматизм

-

= Укажите болезненный признак: внезапно у больного появилось злобно-тоскливое настроение, он стал придираться к окружающим, был даже агрессивен. Это состояние также внезапно прошло, и больной приносил извинения лицам, которых оскорбил и обидел

- Амбивалентность
- Эмоциональная парадоксальность
- Дисфория
- Мания
- Эмоциональная неадекватность

-

- = Назовите состояние: больной обездвижен, лежит в постели с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями. При попытке изменить его положение оказывает молчаливое сопротивление
 - Каталепсия
 - Ступор с активным негативизмом
 - Апатический ступор
 - Психогенный ступор
 - Ступор с пассивным негативизмом
 -
- = Назовите состояние: больная постоянно лежит в постели в эмбриональной позе, все ее мышцы напряжены, челюсти сжаты, губы вытянуты хоботком
 - Каталепсия
 - Ступор негативистический
 - Абулический ступор
 - Субступор
 - Ступор с полным мышечным оцепенением
 -
- = При выраженной возбудимости, несдержанности, асоциальных поступках назначают
 - Половые гормоны
 - Антидепрессанты
 - Седативные средства
 - Нейролептики
 - Ноотропы
 -
- = Нейролептик — это:
 - Циннаризин
 - Ноотропил
 - Кавинтон
 - Аминазин
 - Аминалон
 -
- = Какой препарат относится к антидепрессантам
 - Сфигнолицин
 - Доксициклин
 - Амтриптилин
 - Амоксиклав
 - Стрептомицин
 -
- = В шуме электробритвы больной слышит голос, комментирующий его поведение, описанное галлюцинаторное нарушение является
 - Гипнагогические галлюцинации
 - Внутренние галлюцинации
 - Экстрокампинные галлюцинации
 - Функциональные галлюцинации
 - Псевдогаллюцинации
 -
- = Об острой интоксикации гашишем свидетельствуют все перечисленные расстройства, исключая
 - Ощущение угасания звуков
 - Желание прыгать, танцевать

- Тошнота, головокружение
- Безудержные фантазии
- Резкие эмоциональные колебания
-
- = Клиника острой интоксикации кокаином характеризуется всем перечисленным кроме
 - Переоценка личности
 - Голод
 - Обострение интеллекта
 - Прилив энергии
 - Головная боль, головокружение
 -
- = Синдром измененной реактивности включает все перечисленное кроме
 - Изменение толерантности
 - Изменение формы потребления
 - Исчезновение защитных реакций
 - Изменение формы опьянения
 - Абстинентный синдром
 -
- = Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным кроме
 - Абстинентного синдрома
 - Предпочтения наркотику
 - Угасания эффекта
 - Регулярности приема
 - Психофизического комфорта
 -
- = Зуд кожи лица является специфической лимитирующей биологической (защитной) реакцией при злоупотреблении
 - Галлюциногенами
 - Барбитуратами
 - Эфедронам
 - Гашишем
 - Опиатами
- = Синдром психической зависимости от наркотика включает всё перечисленное кроме
 - Абстиненции
 - Импульсивного влечения
 - Психологического влечения
 - Обсессивного влечения
 - Психический комфорт
 -
- = Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное кроме
 - Абстинентного синдрома
 - Компульсивного влечения
 - Анозогнозии
 - Булемии
 - Физический комфорт
 -
- = Формирование абстинентного синдрома происходит в сжатые сроки при употреблении
 - Барбитуратах
 - Героине
 - Алкоголе

- Гашише
- Эфедроне
-
- = Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется
 - Эгоцентризмом
 - Всем перечисленным
 - Утрата желания трудиться
 - Разрыв связей
 - Паразитический образ жизни
 -
- = Групповая зависимость возникает при
 - Каннабиноидов
 - Алкоголя
 - Галлюциногенов
 - Опиатов
 - Снотворных
 -
- = Частичное или полное выпадение из памяти событий во время алкогольного эксцесса – это
 - Палимпсест
 - Псевдозапой
 - Фиксационная амнезия
 - Ретроградная амнезия
 - Антероградная амнезия
 -
- = Отличие истинного запоя от псевдозапоя
 - Цикличностью
 - Соматикой
 - Продолжительностью
 - Психическими расстройствами
 - Психотическими эпизодами
 -
- = При какой стадии алкоголизма возникают острые алкогольные психозы
 - Всё вышеперечисленное
 - Первая
 - Вторая
 - Третья
 - Синдром измененной реактивности
 -
- = Больной видит, что предметы, окружающие его, то приближаются, то удаляются от него, расстояние до предметов невероятно удлиняется
 - Иллюзии
 - Нарушение схемы тела
 - Сенестопатии
 - Истинные галлюцинации
 - Дерезализация
 -
- = К активной (позитивной) психопатологической симптоматике относится
 - Гипоэстезия
 - Ступор

- Деменцию
- Бред
- Аменция
-

= На какой стенке основной пазухи находится ее выводное отверстие?

- на передней
- на нижней
- на медиальной
- на задней
- на латеральной

= К какому возрасту обычно заканчивается развитие лобной пазухи

- к первому году жизни
- к 20-25 годам
- к 10-12 годам
- к 6-7 годам
- к 14-18 годам

= Какие околоносовые пазухи носа наибольшие по объему?

- клиновидные
- лобные
- верхнечелюстные
- решётчатые
- все перечисленное

= Что открывается в средний носовой ход?

- отверстия верхнечелюстной, лобных пазух и слезноносовой канал
- отверстия задних клеток решетчатого лабиринта и основной пазухи
- слезноносовой канал
- отверстия верхнечелюстной, лобной пазух, передних и средних клеток решетчатого лабиринта
- отверстия верхнечелюстной, передних и средних клеток решетчатого лабиринта

= Чем образована носовая перегородка

- медиальной поверхностью тела верхней челюсти и сошником, четырехугольным хрящом
- медиальной поверхностью тела и лобным отростком верхней челюсти, четырехугольным хрящом
- перпендикулярной пластинкой небной кости и внутренней пластинкой крыловидного отростка основной кости
- сошником, четырехугольным хрящом, перпендикулярной пластинкой небной кости
- Перпендикулярной пластинкой решетчатой кости, сошником и четырехугольным хрящом

= Какие стенки имеет каждая половина носа?

- медиальную, наружную, верхнюю и нижнюю
- медиальную, латеральную
- медиальную, наружную, верхнюю, нижнюю, заднюю
- медиальную, наружную, нижнюю, заднюю
- верхнюю, нижнюю, заднюю

= Какая из раковин является самостоятельной костью?

- средняя

- нижняя
- верхняя
- верхняя и нижняя
- средняя и нижняя

= Какие функции выполняет нос?

- обонятельная
- дыхательная
- все ответы верны
- защитная
- голособразующая

= Из каких основных анатомических образований состоит наружный нос?

- из корня носа, спинки, носовой перегородки, кончика и крыльев
- из корня носа, спинки, скатов, носовой перегородки, кончика и крыльев
- из корня носа, спинки, носовой перегородки, кончика
- из корня носа, спинки, скатов, кончика и крыльев
- из корня носа, спинки, носовой перегородки, скатов и крыльев

= Что такое зона Киссельбаха?

- сосудистое сплетение в нижней части носовой перегородки
- сосудистое сплетение в в задне-нижней части носовой перегородки
- сосудистое сплетение в задней части носовой перегородки
- сосудистое сплетение в передней части носовой перегородки
- сосудистое сплетение в передне-нижней части носовой перегородки

= При заболеваниях, каких околоносовых пазух носа чаще возникают внутричерепные осложнения?

- лобных, основных пазух и решетчатого лабиринта
- лобных, верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта
- основных, верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта
- основных, лобных и верхнечелюстных пазух
- основных и верхнечелюстных пазух

= Абсцесс какой доли мозга чаще возникает при гнойном фронтите?

- височной
- лобной
- мозжечка
- затылочной
- теменной

= Что такое пансинусит?

- поражение основной пазухи
- поражение всех пазух одной половины носа
- поражение всех пазух
- поражение одной пазухи
- поражение гайморовой пазухи

= Какая наиболее частая локализация полипов в носу?

- перегородка носа
- верхний носовой ход
- нижний носовой ход

- средний носовой ход
- общий носовой ход

= Какой используется хирургический доступ для иссечения опухоли верхнечелюстной пазухи?

- все варианты верны
- мура
- калдвелла-Люка
- прайсинга
- денкера

= Наиболее частый вариант развития паратонзиллярного абсцесса

- передне-верхний
- передне-нижний
- задне-верхний
- задне-нижний
- все ответы верны

= Какое заболевание чаще приводит к флегмоне глотки и медиастиниту

- дифтерия глотки
- паратонзиллярный абсцесс
- лакунарная ангина
- фолликулярная ангина
- катаральная ангина

= Больной А 25 лет, обратился в клинику с жалобами на охриплость голоса, чувство першения, саднения и сухости в горле. Со слов 6 дней назад пил холодную воду. Со слов больного появился сухой кашель, а затем кашель с мокротой. При ларингоскопии, выявлена гиперемия слизистой гортани. Установите диагноз.

- хронический гипертрофический фарингит
- фарингомикоз
- острый катаральный ларингит
- острый стеноз гортани
- абсцесс надгортанника

= Больной С. обратился в ЛОР-отделение с жалобами на затрудненное глотание, поперхивание жидкой пищей. Со слов больного не ест третий день, температура тела 39,5 градусов, кожа влажная, голос хриплый, дыхание свободное, открывание рта не затруднено. При осмотре в зеве разлитая гиперемия, миндалины умеренно отечные, рыхлые. При непрямой ларингоскопии грушевидные синусы заполнены слюной, язычно-надгортанное пространство сужено, надгортанник утолщен, инфильтрирован, ограничен в подвижности, просвет гортани просматривается с трудом, свободен. Голосовые складки смыкаются. Установите диагноз:

- хронический гипертрофический фарингит
- острый катаральный ларингит
- фарингомикоз
- абсцесс надгортанника
- острый стеноз гортани

= Ребёнок 5 лет, заболел остро, после перенесенного ОРВИ. Внезапно среди ночи, проснулся от приступообразного лающего кашля. Ребёнок беспокоен. Дыхание свистящее, резко затруднённое, выражена инспираторная одышка. Определяется втяжение

мягких тканей ярёмной ямки, над - и подклюичных пространств, эпигастральной области. Подобное состояние длилось в течение часа, после чего, появилась обильная потливость, дыхание стало почти нормальным и ребёнок заснул. Утром проснулся почти здоровым, но сохранилась некоторая охриплость голоса.

Установите диагноз.

- острый фарингит
- дифтерия глотки (истинный круп)
- острый стеноз гортани
- абсцесс надгортанника
- подскладочный ларингит (ложный круп)

= Лечение подскладочного ларингита у детей включает в себя

- ножные ванны, ингаляции с ГКС, увлажнение комнаты, обильное теплое питье
- противовирусная терапия
- экстренная трахеостомия
- ничего из перечисленного
- госпитализация в стационар

= Основной хрящ гортани, к которому крепятся все остальные хрящи:

- надгортанник
- перстневидный
- щитовидный
- рожковидный
- черпаловидный

= Надгортанник является:

- смешанным хрящом
- гиалиновым хрящом
- эластическим хрящом
- не хрящевой тканью
- мышцей

= К парным хрящам гортани относятся:

- перстневидный
- щитовидный
- надгортанный
- черпаловидный
- все хрящи гортани парные

= Где находятся гортанные желудочки

- в надскладочном пространстве
- над вестибулярными связками
- под истинными голосовыми связками
- в межчерпаловидном пространстве
- между вестибулярными и истинными голосовыми связками

= Витальная функция гортани

- дыхательная
- голосовая
- защитная
- конденсатная
- анатомическая

= Социальная функция гортани

- дыхательная
- голосовая
- защитная
- конденсатная
- анатомическая

= Гортань располагается

- слева от пищевода
- кзади от пищевода
- кпереди от пищевода
- справа от пищевода
- сверху пищевода

= Истинные голосовые складки в норме имеют цвет

- черный
- розовый
- красный
- перламутрово-белый
- желтый

= Гортань располагается на уровне

- основания черепа и IV шейного позвонка
- II и IV шейных позвонков
- I и II шейных позвонков
- основания черепа и II шейного позвонка
- IV – VI шейных позвонков

= Чем одновременно является задняя костная стенка наружного слухового прохода

- передней стенкой сосцевидного отростка
- верхней стенкой сустава нижней челюсти
- латеральной стенкой аттика
- верхней стенкой антрума
- краем адитуса

= Каким диапазоном частот характеризуется разговорная речь

- 500гц до 4000гц
- 1000гц до 10000гц
- 125гц до 1000гц
- 5000гц до 10000гц
- 6000гц до 10000гц

= Какие функции выполняет слуховая труба?

- вентиляционную, защитную, слуховую
- вентиляционную, защитную, резонаторную
- вентиляционную, защитную, дренажную
- дренажную, резонаторную
- слуховую, резонаторную

= Какой отдел среднего уха поражается преимущественно при остром гнойном среднем отите?

- клетки сосцевидного отростка
- костная часть слухового прохода
- улитка
- барабанная полость
- полукружные каналы

= В какой срок развития острого среднего отита чаще возникают признаки мастоидита

- на 5 день
- на 1 неделе
- на 5 неделе
- на 10 день
- в конце 2 и начале 3 неделе

= Какие капли следует назначать для размягчения серных пробок?

- сода-глицериновые капли или 3% раствор перекиси водорода
- масляные капли
- раствор серебра 10%
- антибактериальные капли
- спиртовые капли

= Какие основные симптомы I периода течения острого гнойного среднего отита

- боль в ухе, гноетечение, повышение температуры тела
- боль в ухе, гиперемия и выпячивание барабанной перепонки, повышение температуры тела
- головная боль, гноетечение, гиперемия барабанной перепонки
- боль в ухе, перфорация округлой формы в натянутой части барабанной перепонки
- боль в ухе, щелевидная перфорация в натянутой части барабанной перепонки

= Какие 3 периода в течении острого гнойного среднего отита различают

- воспалительно-экссудативный, альтернативный, рубцевание
- перфоративный, воспалительно-экссудативный, пролиферативный
- воспалительно-экссудативный, перфоративный, репаративный
- воспалительно-экссудативный, перфоративный, пролиферативный
- воспалительно-экссудативный, перфоративный, инфильтративный

= Каковы основные симптомы неврита слуховых нервов

- головокружение и звукопроводящая тугоухость
- шум в ушах и басовая тугоухость
- шум в ушах и звукопроводящая тугоухость
- шум в ушах и звуковоспринимающая тугоухость
- вестибулярные нарушения и басовая тугоухость

= С чем граничит передне – нижняя стенка перепончато – хрящевого отдела наружного слухового прохода.

- с суставной головкой нижней челюсти
- с околоушной слюнной железой
- с сосцевидным отростком
- с сосудисто – нервным сплетением
- с суставом нижней челюсти

= При рожистом воспалении наружного уха не показано

- госпитализация в ЛОР отделение
- УФО терапия
- свод носоглотки
- местное лечение
- дезинтоксикация организма

= В чем заключается опасность холестеатомы?

- нарушая подвижность слуховых косточек, прорастая в улитку, приводит к стойкой потере слуха
- разрушая костные стенки, холестеатома может вызвать паралич лицевого нерва, способствовать проникновению инфекции во внутреннее ухо, полость черепа и т. д
- имеет тенденцию к озлакачествлению
- холестеатома не опасна
- разрушает наружное ухо

= Свыше какого порога слуха возникает полная глухота?

- 55
- 70
- 91
- 80
- 86

= Что такое экзостозы уха?

- Это скопление масс слущенного эпидермиса в слуховом проходе
- Это грибковое поражение кожи слуховых проходов
- Это выступы в перепончато-хрящевом отделе наружных слуховых проходов
- Это костные выступы в наружном слуховом проходе
- Это утолщение кожи слухового прохода

= Какое нарушение слуха характерно тугоухости I степени?

- 0-25
- 41-55
- 56-70
- 71-90
- 26-40

= Современный метод экстракции катаракты

- факоэмульсификация
- криоэкстракция
- смешанный метод
- экстракапсулярно
- реклинация хрусталика

= Врожденная катаракта является

- медленно прогрессирующей
- стационарной
- быстро прогрессирующей
- волнообразно прогрессирующей
- регрессирующей

= Что такое энофтальм

- выстояние глазного яблока кпереди

- опущение верхнего века
- западение глазного яблока кзади
- выстояние глазного яблока в стороны
- отсутствие глазного яблока

= Радикальный метод лечения терминальной болящей глаукомы

- лазерное лечение
- алкоголизация цилиарного узла
- консервативное лечение
- энуклеация
- синустрабекулоэктомия

= Стадию глаукомы можно поставить на основании ...

- ФАГ
- тонографии
- тонометрии
- скиаскопии
- периметрии

= Первичная глаукома возникает после ... лет

- 40
- 25
- 10
- 5
- 2

= К какой этиологической группе можно отнести увеиты при наличии кариозных зубов, синуситов, отитов, тонзиллитов

- коллагенозы
- фокальные
- вирусные
- обменные
- грибковые

= Препараты какого ряда показаны больным при увеитах не выясненной этиологии

- витамины
- антигипоксанты
- антибиотики широкого спектра действия
- тканевые
- гиполипидемические

= Гониоскопия – это метод исследования

- хрусталика
- радужки
- роговицы
- угла передней камеры
- глазного дна

= Наружный ячмень чаще вызывается

- кишечной палочкой
- гонококком
- пневмококком

- стрептококком
- стафилококком

= Питание хрусталика

- внутриглазная жидкость
- передние ресничные артерии
- трофическая иннервация от I ветви тройничного нерва
- слеза
- задние длинные ресничные артерии

= Чем реагирует хрусталик на патологию

- отеком
- помутнением
- сморщиванием
- воспалением
- склерозированием

= Какой метод лечения эффективен при врожденной глаукоме

- лазерный
- консервативный
- хирургический
- ультразвуковой
- комбинированный

= Выбрать наиболее подходящее первоочередное исследование при мегалокорнеа

- гониоскопия
- диафаноскопия
- кератометрия
- мазок из подрытого края язвы на флору и чувствительность к антибиотикам
- промывание слезных путей

= Скопление гноя на дне передней камеры называется.....

- энофтальмит
- анизикия
- анизокория
- гипопион
- гифема

= Характерный признак герпетических кератитов

- "крошкovidные" инфильтраты в роговице
- инфильтрат в роговице в виде полулуния
- глубокая васкуляризация роговицы
- трещины в десцеметовой мембране
- снижение чувствительности роговицы

= Смешанная инъекция глазного яблока является признаком ...

- иридоциклита
- блефарита
- конъюнктивита
- ячменя
- халазииона

= Роговичный синдром характерен для ...

- блефарита
- иридоциклита
- конъюнктивита
- ячменя
- халязиона

= Объективный признак, характерный для ирита

- мелкая передняя камера.
- мидриаз.
- изменение цвета, рисунка радужки.
- свечение зрачка
- преципитаты.

= Объективный признак характерный для циклита

- сужение поля зрения
- конъюнктивальная инъекция глазного яблока
- глубокая передняя камера
- помутнение стекловидного тела
- отек роговицы

= Как долго находится на диспансерном наблюдении больной глаукомой

- не подлежит наблюдению
- до 1 года
- от 1 до 3-х лет
- 3-4 года
- всю жизнь

= Снижение зрения у больных увеитом наступает в результате

- помутнения стекловидного тела
- набухания хрусталика
- образования передних синехий
- задних синехий
- миопизации

= Препараты какого ряда показаны для лечения ревматического увеита

- хлоридин
- кортикостероиды
- колластоп
- тубазид
- зовиракс
- дезальфа

= Причина возникновения крыловидной плевы

- сосудистая патология
- неблагоприятное воздействие факторов внешней среды
- слезотечение
- аллергия
- инфекция и аллергия

= Признаком выворота века является

- чувство инородного тела
- сужение полей зрения
- светобоязнь
- снижение зрения
- эндокринная патология

= Воспаление собственно сосудистой оболочки называется:

- лимбит
- циклит
- ирит
- кератит
- хориоидит

= Бельмо -

- рубцовое помутнение роговицы
- воспалительный фокус в роговице
- дефект эпителия роговицы
- нарушение формы роговицы
- выпячивание роговицы

= Алгезиметрия -метод исследования ... роговицы

- размеров
- чувствительности
- прозрачности
- формы
- гладкости

= Инфильтрат роговицы – признак ... роговицы

- аномалии развития
- дистрофии
- воспаления
- рубцового помутнения
- изменения формы

= Симптом «булыжной мостовой» - характерный признак ... конъюнктивита

- грибкового
- герпетического
- бактериального
- аллергического
- вирусного

= Мегалокорнеа - ... роговицы

- опухоль
- выпячивание
- уменьшение диаметра
- помутнение
- увеличение диаметра

= Объективный признак, характерный для кератита

- инфильтрат в роговице с нечеткими границами
- конъюнктивальная инъекция
- инфильтрат в роговице с четкими границами

-цвет инфильтрата белый
-слезотечение, светобоязнь, лагофтальм

= Для герпетических кератитов характерно:

-цикличность
-гипо- или анестезия роговицы
-гиперестезия роговицы
-отсутствие тенденции к изъязвлению
-инфильтрат в виде "кометы"

= Со стороны роговицы в триаду Гетчинсона входит:

-дисковидный кератит
-фликтенулезный кератит
-паренхиматозный кератит
-древовидный кератит
-скрофулезный кератит

= Укажите осложнения заворота век

-гипопродукция слезы
-вторичная глаукома
-лагофтальм
-кератит
-дакриоцистит

= Женщина 46 лет обратилась к врачу ВОП. У больной после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита на 7-й день появились тупые боли внизу живота, тенезмы, боли при дефекации, небольшие бели при мочеиспускании. Повысилась температура до 37,8-38,50С. Ваш предположительный диагноз

-острый цистит
-острый проктит
-острый геморрой
-разлитой перитонит
-абсцесс Дугласова пространства

= У больного 55 лет появился частый стул □ до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0□С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации, тонус сфинктера снижен. Бактериологическое исследование кала: дизентерийных бактерий, амёб не выявлено. Ректороманоскопия – слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз:

-неспецифический язвенный колит, тяжелое течение;
-дизентерия;
-болезнь Крона;
-амебиаз;
-Дивертикулез

= Больная У., 47 лет обратилась к врачу ВОП с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, температуру тела 38,3. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой. Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье определяется резко болезненное, напряженное округлое образование 12x8x6 см

положительны симптомы Ортнера, Мерфи, Керра. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу. Ваш предварительный диагноз

- симптом Курвуазье
- острый холецистит, перитонит
- обтурационная желтуха
- цирроз печени
- панкреатит

= Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз?

- киста щитовидной железы;
- рак щитовидной железы;
- узловой токсический зоб;
- абсцесс щитовидной железы;
- холодная аденома щитовидной железы.

= Больной 70 лет обратился с ущемленной паховой грыжей, вызвал врача ВОП на дом. Давность ущемления 10 часов. Имеются признаки кишечной непроходимости, гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием. Действия врача, обследовавшего больного

- холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики
- вправление грыжи
- вправление грыжи после инъекции наркотиков
- экстренная госпитализация в хирургический стационар
- направление на консультацию к хирургу

= Больной 60л., обратился к врачу ВОП поликлиники, предъявляет жалобы на боли в левой нижней половине живота, кашицеобразный стул до 8 раз в сутки с незначительной примесью крови и слизи, умеренную лихорадку, тахикардию, снижение массы тела. В анализах – умеренная анемия. О каком заболевании следует думать

- туберкулёз кишечника
- рак толстой кишки
- острая дизентерия
- болезнь Крона
- НЯК

= Женщина 60 лет обратилась к врачу ВОП поликлиники. У больной на фоне благополучия появилась температура до 38,0С, боли в правом подреберье, общая слабость. Позднее присоединилась желтуха, зуд кожи, крапивница. На УЗИ – в левой доле печени округлое образование 6х6 см с четкими контурами. В желчном пузыре камни. Ваш предварительный диагноз

- эхинококкоз печени
- альвеококкоз печени
- желчекаменная болезнь
- холангит
- абсцесс печени

= Больная, 65 лет, обратилась к врачу ВОП поликлиники. Пациентка в течении двух недель самостоятельно лечилась по поводу гипертермии. Начало заболевания связывает с переохлаждением, после чего температура повысилась до 38,0, появился кашель сначала

сухой, затем со слизисто-гнойным отделяемым. Состояние постепенно ухудшалось, нарастала слабость, появились ознобы и лихорадка) Три дня назад во время кашля одновременно «полным ртом» выделилось около 200 мл зловонной мокроты, после чего самочувствие улучшилось, понизилась температура). Какое заболевание можно заподозрить

- эмпиема плевры
- острый абсцесс легкого
- обострение хронической неспецифической пневмонии
- рак легкого с пневмонитом
- бронхоэктатическая болезнь

= Больной 45 лет обратился к врачу ВОП поликлиники с жалобами на боль в эпигастрии, снижение массы тела на 10 кг за 3 месяца, общую слабость, постоянную субфебрильную температуру тела, отсутствие аппетита. Ранее состоял на учете по поводу язвы желудка. В ОАК НВ-90 г/л, Эр – $2.5 \times 10^{12}/л$, СОЭ 45 мм/ч, L- $7 \times 10^9/л$. Каков ваш предварительный диагноз

- язвенная болезнь желудка
- хронический гастрит
- рак желудка
- панкреатит
- холецистит

= Больной обратился к врачу ВОП поликлиники с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. В анамнезе обнаружен автотравма 10 дней назад. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?

- скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- левосторонняя абсцедирующая пневмония;
- стенокардия;
- травматическая грыжа диафрагмы слева
- гемоторакс слева;

= При осмотре больного 25 лет в поликлинике врач ВОП на основании клинической картины заболевания установил диагноз - «острый аппендицит^a, диагноз сомнений не вызывал. Через 3 часа при осмотре в хирургическом отделении субъективно состояние больного улучшилось, самостоятельные боли в правой подвздошной области не беспокоят, но все остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Почему уменьшились боли?

- Формируется аппендикулярный инфильтрат
- Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания.
- Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость.
- Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке.
- Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита

= Ведущее звено в патогенезе закрытоугольной глаукомы

- функциональный зрачковый блок
- дистрофические изменения в трабекуле
- гиперсекреция внутриглазной жидкости
- задние синехии
- гониосинехии

= В какой очковой коррекции нуждается миоп в 2 дптр в возрасте 50 лет

- 2,0 дптр для близи
- 2,0 дптр для дали
- + 2,0 дптр для близи
- + 4,0 дптр для близи
- очки не показаны

= Достоверный (абсолютный) признак проникающего ранения глаза

- гипотония
- инфильтрат в роговице
- зияющая рана
- изменение формы зрачка
- изменение глубины передней камеры

= Сомнительный признак проникающего ранения глаза

- внутриглазное инородное тело
- зияющая рана
- выпавшие оболочки
- изменение глубины передней камеры
- дополнительное отверстие в радужке

= Медикаментозное лечение начальной старческой катаракты

- мидриацил
- левомицетин
- максидекс
- азопт
- квинакс

= Назовите симптом, сопровождающийся штопорообразной извилистостью парамакулярных вен

- симптом Гвиста
- симптом “медной проволоки”
- симптом “серебряной проволоки”
- симптом “раздавленного помидора”
- симптом Гунна- Салюса

= Объясните механизм развития симптома «медной проволоки» на глазном дне

- результат отложения в стенках вен липидов
- результат отложения в стенках артерий липидов
- раазрастание глиальной ткани в сетчатке
- новообразование сосудов
- ишемические зоны сетчатки

= При росте плотного ретробульбарного образования рефракция в глазу

- усиливается
- не изменяется
- уменьшается
- колеблется в течение дня
- становится стационарной

= Что такое дакриоденит

- воспаление слезного мешка
- воспаление слезной точки
- воспаление околоушных лимфатических желез
- воспаление слезной железы
- воспаление слезного канальца

= Укажите наиболее опасные для зрения осложнения дакриоцистита

- хронический конъюнктивит
- плохой косметический вид
- флегмона слезного мешка
- мучительное постоянное слезотечение
- гнойная язва роговицы

= Укажите метод исследования слезных точек

- наружный осмотр
- компьютерная томография
- зондирование
- рентгенографическое исследование
- пальпация

= Какая мышца поражается при птозе

- верхняя косая
- мышца, поднимающая верхнее веко
- круговая мышца
- верхняя прямая мышца
- цилиарная мышца

= Какая мышца поражается при лагофтальме

- цилиарная
- нижняя косая
- круговая мышца век
- верхняя прямая
- мышца поднимающая верхнее веко

= Чем представлена 5-я стенка орбиты

- хрящом
- костными образованиями
- теноновой капсулой
- тарзоорбитальной фасцией
- веками

= Функция орбиты

- участие в оттоке ВГЖ
- формообразующая
- диафрагмы
- продуцирующая ВГЖ
- защитная

= Мужчина Б., 45 лет обратился к врачу ВОП с жалобами на боли в левой нижней половине живота, кашицеобразный стул до 8 раз в сутки с незначительной примесью крови и слизи, умеренную лихорадку, тахикардию, снижение массы тела. В анализах –

умеренная анемия. Какой метод исследования является наиболее информативным для диагностики неспецифического язвенного колита

- колоноскопия
- копрология
- посев кала на микрофлору
- рентгенологическое исследование тонкой кишки
- гастротомия

= Врач ВОП поликлиники при осмотре больного с подозрением на острый аппендицит, во время пальпации живота отметил усиление болезненности во время отрыва пальцев кисти от передней брюшной стенки. Какой симптом выявил врач у данного больного:

- Ровзинга
- Щеткина - Блюмберга
- Ситковского
- Раздольского
- Воскресенского

= Мужчина Б., 68 лет обратился к врачу ВОП поликлиники. У больного на 7 сутки после операции по поводу непроходимости кишечника появились боли, в ране и повязка обильно промокла геморрагической жидкостью. Что произошло:

- кровотечение в живот
- нагноение раны
- эвентрация
- ранняя непроходимость
- перитонит

= У больной 60 лет при обращении к врачу ВОП жалобы на опоясывающие боли в эпигастральной области, многократную рвоту пищей и желчью. При пальпации: болезненность в эпигастральной области с раздражением брюшины. Тахикардия. Лейкоциты крови $10,0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови -130 г/л (по Каравею). На рентгенограмме пневматизация поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз:

- острый холецистит;
- обострение язвенной болезни;
- острый гастрит;
- острый панкреатит;
- острая кишечная непроходимость

= У больного 48 лет с гигантской язвой желудка с рецидивирующим течением (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Какова лечебная тактика?

- экстренная операция
- стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного;
- стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного;
- консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-
- противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки;

= У больного 59 лет обратился к врачу ВОП поликлиники, 4 дня назад появилась боль в эпигастрии, которая сместилась затем в правую подвздошную область. Температура повысилась до $37,5^\circ\text{C}$. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12×8 см плотнoэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Лейкоциты 15000. Поставьте диагноз:

- аппендикулярный инфильтрат
- острый катаральный аппендицит
- острый гангренозный аппендицит
- острый флегмонозный аппендицит
- острый гангренозно-перфоративный аппендицит

= Больной 28 лет, обратился к врачу ВОП с клиникой кишечной непроходимости. В анамнезе похудение (10 кг за 3 месяца), слабость, периодически кровь в кале. О какой причине непроходимости следует подумать хирургу:

- спаечная болезнь брюшины
- опухоль кишки
- глистная инвазия
- неспецифический язвенный колит
- копростаз

= В поликлинику на прием к врачу ВОП обратилась молодая женщина с жалобами на боли при движении пальцами правой кисти по внутренней поверхности предплечья. При осмотре видимых признаков воспаления нет, при движении пальцами кисти и лучезапястного сустава определяется крепитация по ходу сухожилий предплечья по типу «хрустящего снега». Каковы Ваши диагноз и тактика лечения

- растяжение связок; массаж и лечебная физкультура
- рожистое воспаление; антибиотики и УФ-облучение
- тендовагинит; создание функционального покоя пораженной области
- лимфангоит; введение антибиотиков и сульфаниламидные препараты
- гематогенный остеомиелит; рассечение надкостницы

= Пациент 34 лет доставлен к врачу ВОП с жалобами на боли в правой нижней конечности через 2 суток с момента заболевания. При осмотре отмечается умеренный отек правой голени, участок выраженной гиперемии с четкими границами, при пальпации – болезненность. Какой диагноз наиболее вероятен у больного

- острый тромбофлебит
- лимфэдема
- острый лимфангоит
- эритематозная рожа
- острый тромбоз глубоких вен

= Больной С., 32 лет обратился к врачу ВОП с колото-резаной раной средней трети латеральной поверхности правого бедра через 1 час после травмы. Какие мероприятия из нижеперечисленных необходимо провести больному для эффективной профилактики раневой инфекции

- обработка раны антисептиками и наложение швов
- наложение асептической повязки
- внутривенное введение антибиотиков
- введение в рану протеолитических ферментов
- первичную хирургическую обработку раны

= Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является

- наличие метастатических гнойников
- бактериemia
- снижение иммунологической реактивности организма
- гнойно-резорбтивная лихорадка
- токсинемия

= Срединную лапаротомию необходимо производить при

- местном неотграниченном перитоните
- разлитом перитоните
- абсцессе Дугласова пространства
- аппендикулярном инфильтрате
- остром аппендиците

= К отграниченным перитонитам относится

- гнойный медиастинит
- гангренозный холецистит
- абсцесс Дугласова пространства
- флегмона брюшной стенки
- гнойный паранефрит

= У больного при лапароскопии выявлены в брюшной полости стеариновые бляшки. Значительное количество гноино - серозной жидкости. Какой диагноз Вы поставите больному

- отек поджелудочной железы
- прикрытая перфорация желудка
- острый холецистит
- жировой панкреонекроз, осложненный разлитым гнойным перитонитом
- гепатохолецистит

= Какие клинические стадии характерны для острого перитонита

- терминальная, продромальная, реактивная
- продромальная, реактивная
- подострая, терминальная
- токсическая, реактивная, подострая
- реактивная, токсическая, терминальная

= Какова наиболее частая причина летального исхода при тяжелом сепсисе

- полиорганная недостаточность
- сердечно-сосудистая недостаточность
- гепато-церебральная недостаточность
- гепаторенальный синдром
- интоксикационный синдром

= Что из нижеперечисленного является основным в клинической диагностике вида раневой инфекции у больных

- наличие высокой температуры
- характер раневого отделяемого
- потеря аппетита и слабость
- боль, отек и местная гиперемия
- подъемы температуры с ознобами

= Пациент 34 лет доставлен в приемный покой к хирургу с жалобами на боли в правой нижней конечности через 2 суток с момента заболевания. При осмотре отмечается умеренный отек правой голени, участок выраженной гиперемии с четкими границами, при пальпации – болезненность. Какой диагноз наиболее вероятен у больного

- острый лимфангоит
- лимфэдема

- эритематозная рожа
- острый тромбофлебит
- острый тромбоз глубоких вен

= В поликлинику к хирургу обратилась молодая женщина с жалобами на наличие болезненного уплотнения в области правой подмышечной области. Болеет 5 дней. Занималась самолечением в домашних условиях. Локально в правой подмышечной области определяется инфильтрат размерами 4 на 3 см, кожа над которым гиперемирована, пальпация болезненная. В центре инфильтрата определяется гнойный фокус. Каково наиболее верное лечение

- ведение витаминов, переливание крови
- ведение антибиотиков, компресс мази Вишневского
- массаж, лечебная физкультура
- вскрытие и дренирование гнойника
- создание функционального покоя

= В поликлинику на прием обратилась молодая женщина с жалобами на боли при движении пальцами правой кисти по внутренней поверхности предплечья. При осмотре видимых признаков воспаления нет, при движении пальцами кисти и лучезапястного сустава определяется крепитация по ходу сухожилий предплечья по типу «хрустящего снега». Каковы Ваши диагноз и тактика лечения

- гематогенный остеомиелит; рассечение надкостницы
- рожистое воспаление; антибиотики и УФ-облучение
- растяжение связок; массаж и лечебная физкультура
- лимфангоит; введение антибиотиков и сульфаниламидные препараты
- тендовагинит; создание функционального покоя пораженной области

= У пациента определяются выраженный отек всего указательного пальца правой кисти, функция которого нарушена, имеется несколько гнойных свищей, из которых выделяется гной. На рентгенограмме определяется выраженная деструкция костной ткани фаланг. Каково правильное лечение

- ампутация пальца
- некрэктомия
- рассечение свищей, иссечение некротических тканей
- дренирование свищей
- консервативное лечение

= У больного С., 37 лет диагностирована эритематозная форма рожистого воспаления на правой голени. Что из нижеперечисленного является наиболее целесообразным в данном случае

- согревающий компресс
- ультрафиолетовое облучение
- применение левомеколя
- ультразвуковая кавитация
- обработка раствором йода

= Больной С., 32 лет обратился в приемный покой к хирургу с колото-резаной раной средней трети латеральной поверхности правого бедра через 1 час после травмы. Какие мероприятия из нижеперечисленных необходимо провести больному для эффективной профилактики раневой инфекции

- внутривенное введение антибиотиков
- наложение асептической повязки

- первичную хирургическую обработку раны
- введение в рану протеолитических ферментов
- обработка раны антисептиками и наложение швов

= Мужчина Л., 46 лет обратился к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области с/3 правого плеча, температуру. Болен в течение 5 дней. При осмотре имеется образование 2,0x1,5 см с гиперемией и участком размягчения. Хирург выставил диагноз: Абсцедирующий фурункул с\3 правого плеча и назначил операцию. Какой вид разреза показан в данном случае

- дугообразный разрез
- окаймляющий разрез
- крестообразный разрез
- линейный разрез
- поперечный разрез

= Мужчина Е., 56 лет обратился к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области затылочной области головы, температуру. Болен в течение 6 дней. При осмотре имеется синюшный инфильтрат размерами 3,0x2,0 см с свищевыми отверстиями и выделением гноя из них. Хирург выставил диагноз: Карбункул затылочной области головы и назначил операцию. Какой вид разреза показан в данном случае

- поперечный разрез
- линейный разрез
- окаймляющий разрез
- дугообразный разрез
- крестообразный разрез

= Мужчина Ю., 66 лет обратился к хирургу поликлиники с жалобами на боли, отек в области правого предплечья. Из анамнеза: 3 дня назад укусила бездомная собака. При осмотре в н/3 правого предплечья имеется рана с неровными краями размерами 3,х3,5 см. с гиперемией вокруг, тусклого цвета. Какова Ваша наиболее целесообразная лечебная тактика в данной ситуации

- назначить антирабическую сыворотку и местное лечение раны
- назначить антибиотики и свести края редкими швами
- обработать рану антисептиком и наложить швы на рану
- выполнить обязательно первичную хирургическую обработку раны
- назначить лишь противостолбнячную сыворотку и иссечь края раны

= При подозрении на перитонит для уточнения диагноза показано

- УЗИ
- лапароскопия
- наблюдение в динамике
- рентгенологическое обследование
- инфузионная холецистохолангиография

= Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, наиболее часто применяемый в послеоперационном периоде

- гемосорбция
- дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
- внутривенный форсированный диурез
- эндолимфатическое введение антибиотиков
- локальная внутрижелудочковая гипотермия

= Комплекс лечебных мероприятий при диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения не включает

- коррекцию водно-электролитных нарушений
- аппендэктомия
- санацию брюшной полости
- паранефральную блокаду, спазмолитики
- антибактериальную терапию

= У мужчины 36 лет после общего охлаждения на задней поверхности шеи появилось болезненное уплотнение 4,0x5,0 см. – инфильтрат с несколькими участками некроза кожи в центре, кожа вокруг гиперемирована, напряжена. Температура тела 38,2С.

Предполагаемый метод оперативного пособия

- ломпасные разрезы
- назначение антибиотиков и физиотерапевтическое лечение некротических тканей, антибиотикотерапия
- пункция гнойника
- вскрытие гнойника
- показано крестообразное рассечение, иссечение

= Больная 22 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на температуру 39°С, боли в области первого пальца левой кисти, выраженный отек всего пальца, функция отсутствует, имеется несколько гнойных свищей, из которых выделяется гной. Вид оперативного вмешательства

- рассечение свищей, удаление некрозов
- удаление пальца
- некрэктомия
- дренирование свищей
- консервативное лечение, гипсовая лонгета

= Больной среднего возраста доставлен в БСМП с распространенной флегмоной тыльной поверхности правой кисти, болеет 7 дней, обращался к врачу поликлиники, назначили мазовые повязки, улучшение не наступало, и был госпитализирован. Какое лечение следует назначить больному, тактика хирурга

- антибактериальная терапия, наблюдение
- обширное глубокое вскрытие флегмоны, санация, адекватное дренирование
- пункция флегмоны в целях получения гнойного содержимого
- консервативное физиолечение
- продолжать инфузионно-трансфузионную терапию и антибиотики широкого спектра действия

= Больной Р. 22 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на опухолевидное образование затылочной области. Болеет 5 суток. При осмотре: в затылочной области болезненное образование с гиперемией, с зоной размягчения и флюктуацией в центре. Какова наиболее целесообразная лечебная тактика в данной ситуации

- иссечь и наложить швы
- назначить физиолечение
- вскрыть и дренировать
- назначить антибиотики
- выполнить пункцию

= У больной Ж., 32 лет, в поликлинике установлен диагноз ретромаммарного мастита. Какой наиболее оптимальный разрез показан больной в данной ситуации

- полуовальный в верхней части железы
- широкий радиарный
- циркулярный около соска
- полуовальный в нижней части железы
- полуовальный по латеральной части железы

= Больной В., 49 лет доставлен в приемный покой к хирургу в тяжелом состоянии с обширной флегмоной левого бедра с затеками на ягодичную область, осложненную сепсисом. В анамнезе 3 недели назад получил травму на работе. За медицинской помощью не обращался. Какая из нижеперечисленных форм хирургического сепсиса у данного пациента

- раневой
- воспалительный
- ангиогенный
- смешанный
- посттравматический

= Больной Р., 22 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на опухолевидное образование затылочной области. Болеет неделю. Локально: в затылочной области болезненное плотное образование с гиперемией, с зоной размягчения и флюктуации в центре. Какова наиболее целесообразная лечебная тактика в данном случае

- выполнить вскрытие и дренирование
- назначить антибиотики резерва
- назначить электрофорез с новокаином
- выполнить пункцию и ввести антибиотик
- наложить компресс с мазью Вишневского

= На шестые сутки после лапаротомии по поводу перитонита аппендикулярного генеза у больного появились боли в нижней половине живота, тенезмы, дизурические явления. Температура тела гектическая, ознобы. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, умеренно болезненный в гипогастрии. При ректальном исследовании определяется болезненность и нависание передней стенки прямой кишки с размягчением. В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Каков Ваш диагноз

- пилефлебит
- абсцесс малого таза
- периаппендикулярный абсцесс
- межпетлевой абсцесс
- сепсис

= Мужчина Ю., 66 лет обратился к врачу ВОП поликлиники с жалобами на боли, отек в области правого предплечья. Из анамнеза: 3 дня назад укусила бездомная собака. При осмотре в н/3 правого предплечья имеется рана с неровными краями размерами 3,х3,5 см. с гиперемией вокруг, тусклого цвета. Какова Ваша наиболее целесообразная лечебная тактика в данной ситуации

- обработать рану антисептиком и наложить швы на рану
- назначить антибиотики и свести края редкими швами
- назначить антирабическую сыворотку и местное лечение раны
- выполнить обязательно первичную хирургическую обработку раны
- назначить лишь противостолбнячную сыворотку и иссечь края раны

= Больной С. 53 л., доставлен к врачу ВОП через 3 ч. с момента заболевания с жалобами на острые боли в эпигастрии, кратковременную потерю сознания, холодный пот,

однократную рвоту. Из анамнеза: в течении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, пульс 100 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. На обзорной рентгенограмме свободный газ под правым куполом диафрагмы. Ваш предварительный диагноз

- острый панкреатит
- острая кишечная непроходимость
- язвенное кровотечение
- прободная язва
- неспецифический язвенный колит

= Основные симптомы орбитальной патологии

- изменение краев орбиты, характера содержимого орбиты, орбитального давления зрительных функций,
- экзофтальм, эндофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, изменение краев орбиты, характера содержимого орбиты, орбитального давления, зрительных функций, рефракции, ВГД, общие расстройства организма
- экзофтальм, эндофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, нистагм
- птоз, миоз, эндофтальм

= Перикорнеальная инъекция является признаком заболевания ...

- роговицы
- конъюнктивы век
- конъюнктивы глазного яблока
- конъюнктивы сводов
- сетчатки

= Роговичный синдром указывает на вовлечение в процесс ...

- конъюнктивы век
- роговицы
- конъюнктивы глазного яблока
- конъюнктивы сводов
- сетчатки

= Окрашивание роговицы флюоресцеином - признак нарушения целостности эпителия

- конъюнктивы глазного яблока
- конъюнктивы век
- роговицы
- конъюнктивы сводов
- склеры

= Васкуляризация роговицы - врастание сосудов в ...

- конъюнктиву сводов
- конъюнктиву век
- конъюнктиву глазного яблока
- роговицу
- склеру

= Выбрать первоочередное исследование при ползучей язве роговицы

- тонометрия
- диафаноскопия
- гониоскопия
- кератометрия

-мазок из подрытого края язвы на флору и чувствительность к антибиотикам

= Преципитаты это:

- точечные отложения на задней поверхности роговицы
- точечные помутнения на передней поверхности роговицы
- спайки радужки с передней поверхностью хрусталика
- гной в передней камере
- помутнение стекловидного тела

= Передние синехии это:

- точечные помутнения на передней поверхности роговицы
- спайки радужки с роговицей
- точечные отложения на задней поверхности роговицы
- спайки радужки с передней поверхностью хрусталика
- гной в передней камере

= Наиболее частыми причинами слезотечения являются

- воспаление слезного мешка
- воспаление слезных канальцев
- все перечисленные причины
- воспаление слезно-носового канала
- сужение или непроходимость любого отрезка слезоотводящего пути

= При какой локализации опухоли орбиты характерен экзофтальм прямой, со смещением кнутри и ограничением подвижности глазного яблока кнаружи

- в нижней стенке орбиты
- внутри мышечной воронки
- в верхней стенке орбиты
- в наружной стенке орбиты
- в носовой стенке орбиты

= Изменения переднего отдела глаза при остром приступе глаукомы

- отек роговицы, узкий зрачок, неравномерная передняя камера
- прозрачная роговица, глубокая передняя камера, широкий зрачок
- отек роговицы, средняя глубина передней камеры, узкий зрачок
- отек роговицы, глубокая передняя камера, широкий зрачок
- отек роговицы, мелкая передняя камера, широкий зрачок

= Что такое застойный диск зрительного нерва

- невоспалительный отек зрительного нерва
- дистрофический процесс в зрительном нерве
- воспаление зрительного нерва
- вторичная атрофия ДЗН
- первичная атрофия ДЗН

= Объясните механизм развития симптома «серебряной проволоки» на глазном дне

- результат отложения в стенках вен липидов
- результат облитерации артерий
- разрастание глиальной ткани в сетчатке
- новообразование сосудов
- ишемические зоны сетчатки

= Наиболее рациональная терапия при дакриоцистите новорожденных

- вскрытие слезного мешка и дренирование
- расширение слезной точки хирургическим путем
- зондирование слезоотводящих путей
- консервативное противовоспалительное лечение
- экстирпация слезного мешка

= Что такое гониоскопия

- метод исследования центральных отделов поля зрения
- метод осмотра склеры
- метод исследования периферии сетчатки
- метод исследования угла передней камеры
- метод определения характера зрения

= Если стекла -2.5, - 3.0, - 3.5 дптр дают одинаково хорошее зрение, то величина миопии у исследуемого равна

- 5,0 дптр
- 3,0 дптр
- 3,5 дптр
- 4,0 дптр
- 2,5 дптр

= Расширение зрачка при остром приступе глаукомы связано с

- парезом сфинктера
- разрывом сфинктера
- спазмом аккомодации
- надрывом зрачкового края радужки
- спазмом диллятора

= Пациент жалуется на постоянное ощущение темного пятна перед левым глазом, в пределах этого участка он ничего не видит. Дайте определение симптому

- отрицательная скотома
- положительная абсолютная скотома
- относительная скотома
- центральная скотома
- ангиоскотома

= Какой препарат используют для снижения офтальмотонуса

- 0,5% раствор атропина
- 0,5% раствор гентамицина
- 0,5% раствор тимолола
- 3% раствор иодида-калия
- 1% раствор мезатона

= Какие из указанных повреждений относят к микротравмам

<variant>проникающее ранение небольшого размера

- разрывы век и конъюнктивы
- разрывы век
- инородные тела роговицы и конъюнктивы
- мелкое инородное тело, находящееся внутри глаза

= Как выглядит роговица при ожоге I степени

- помутнение большой площади, напоминающее фарфор
- помутнение большой площади черного цвета
- помутнение интенсивное, но ограниченное
- помутнение большой площади напоминающее матовое стекло
- легкий отек роговицы, эрозия

= Как выглядит роговица при ожоге II степени

- поверхностное помутнение
- помутнение большой площади черного цвета
- легкий отек роговицы, эрозия
- помутнение, напоминающее фарфор
- помутнение большой площади, напоминающее матовое стекло

= Как выглядит роговица при ожоге III степени

- помутнение ограниченное, выраженное
- помутнение большой площади, напоминающее матовое стекло
- легкий отек, эрозия роговицы
- помутнение тотальное, похожее на фарфор
- помутнение черного цвета

= Основное свойство хрусталика

- желеобразная консистенция
- хорошо кровоснабжено
- прозрачность
- обладает высокой чувствительностью
- хорошо регенерирует

= Что следует понимать под девиацией

- угол отклонения фиксирующего глаза
- отсутствие подвижности глаз
- угол отклонения чаще косящего глаза
- отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации
- колебательные движения глазных яблок

= Возможные осложнения в пролиферативной стадии диабетической ретинопатии

- ленсопатия, задняя отслойка стекловидного тела
- зонулярная катаракта, древовидный кератит
- иридопатия, паренхиматозный кератит
- фактопическая глаукома, эрозия сетчатки
- отслойка сетчатки, неоваскулярная глаукома

= В чем принцип объективного определения клинической рефракции

- в проведении теневой пробы (в скиаскопии)
- в проверке реакции зрачков на свет в очках
- в офтальмоскопии

- в проверке остроты зрения
- в подборе корректирующих стекол

= Какая локализация ранения века чаще осложняется птозом

- ранение нижнего века
- ранение средней части века
- ранение наружной половины века
- ранение вдоль нижнего края брови
- ранение внутреннего угла глаза

= Укажите правильный вариант лечения ячменя в стадии инфильтрации

- антибактериальные мази
- антибактериальные капли
- все вышеперечисленное верно
- сухое тепло или УВЧ
- инъекции антибиотиков в место инфильтрата

= Объективный признак характерный для ползучей язвы роговицы

- помутнение белого цвета
- конъюнктивальная инъекция глазного яблока
- инфильтрат серого цвета
- 2 края: прогрессирующий и регрессирующий
- границы помутнения четкие

= Из перечисленных 5 лекарственных препаратов назначьте лечение герпетического кератита

- дионин
- амфотерицин В
- ципролет
- дексаметазон
- зовиракс

= Субъективные признаки, характерные для центрального хориоретинита

- фотопсии, метаморфопсии, снижение зрения
- слезотечение, снижение зрения, ксантопсия
- светобоязнь, снижение зрения, протанопия
- боль в глазах, снижение зрения, протанопсия
- снижение зрения, цианопсия, микропсия

= Причина миоза при ирите

- превращение гемоглобина в гемосидерин при разрушении эритроцитов
- увеличение объема радужки в результате ее отека
- экссудация в переднюю камеру
- помутнение стекловидного тела
- рефлекторный спазм сфинктера из-за боли

= Перечислите оболочки глазного яблока снаружи внутрь

- сосудистая, фиброзная, сетчатая
- фиброзная, сетчатая, сосудистая
- фиброзная, сосудистая, сетчатая
- твердая паутиная, мягкая
- фиброзная, сосудистая, мягкая

= Субъективные признаки, характерные для роговичного синдрома

- метаморфопсии, ксантопсия, светобоязнь
- радужные круги при взгляде на источник света, туман перед глазами, боль в глазу
- вспышки перед глазом, искривление предметов, боль в глазу
- слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела под верхним веком
- фотопсии, слезотечение, микропсии

= При какой локализации опухоли орбиты характерен экзофтальм прямой, без смещения, без ограничения подвижности глазного яблока

- в нижней стенке орбиты
- в наружной стенке орбиты
- во внутренней стенке орбиты
- в верхней стенке орбиты
- внутри мышечной воронки

= Изменения переднего отдела глаза при остром приступе глаукомы

- отек роговицы, мелкая передняя камера, широкий зрачок
- прозрачная роговица, глубокая передняя камера, широкий зрачок
- отек роговицы, средняя глубина передней камеры, узкий зрачок
- отек роговицы, глубокая передняя камера, широкий зрачок
- отек роговицы, узкий зрачок, неравномерная передняя камера

= Субъективные признаки, характерные для иридоциклита

- светобоязнь, фотопсии, ксантапсии
- слезотечение, светобоязнь, боль в глазу
- боль в глазах, фотопсии, метаморпсии
- фотопсии, эритропсии, снижение зрения, боль в глазу
- метаморфопсии, снижение зрения, боль в глазу

= Из нижеперечисленных лекарственных препаратов, применяемых для лечения кератитов, сопровождающихся изъязвлением, противопоказаны

- сульфаниламиды
- нитрофураны
- глюкокортикоиды
- антигипоксанты
- антиоксиданты

= Лабораторный метод диагностики увеита бруцеллезной этиологии

- реакция Каццони
- бакпосев влаги передней камеры
- биопсия ткани радужки
- реакция Райта, Хеддельсона
- реакция Вассермана

= Что общего у больных с острым приступом глаукомы и у больных с иридоциклитом

- узкий зрачок
- повышение ВГД
- широкий зрачок
- отек роговицы
- боль, покраснение глаза

= Что такое симпатическое воспаление

- воспаление не травмированного глаза при травме другого
- воспаление, нарушающее косметический вид глаза
- воспаление симпатического нерва
- воспаление травмированного глаза
- воспаление, не нарушающее косметический вид глаза

= Основная жалоба больного при эмболии центральной артерии сетчатки

- «радужные круги» при взгляде на источник света
- полная потеря зрения
- снижение темновой адаптации
- сужение поля зрения
- видение в красном цвете (эритропсия)

= Почему при хориоидитах отсутствуют боли в глазу

- раздельность кровоснабжения
- недостаточность кровоснабжения
- отсутствие чувствительной иннервации
- не вовлечен зрительный нерв
- наличие гематофтальмического барьера

= Метод лечения тотальных бельм

- антибактериальное
- медикаментозное рассасывающее
- противовоспалительное
- кератопротезирование
- этиологическое

= Каким из перечисленных методов можно проверить функциональное состояние центральной ямки желтого пятна

- пахиметрия
- периферическое зрение
- кампиметрия
- определение темновой адаптации
- центральное зрение

= Достоверный (абсолютный) признак проникающего ранения глаза

- дополнительное отверстие в радужке
- инфильтрат в роговице
- гипотония
- изменение формы зрачка
- изменение глубины передней камеры

= Назовите упрощенный способ исследования орбитального давления

- тонометром Маклакова
- пальпаторное исследование препятствия к репозиции
- тонография по Нестерову
- экзофтальмометрия
- проба Ширмера

= Три источника питания роговицы

- слезная жидкость, альвеолярные железы, мейбомиевые железы

- мейбомиевые железы, потовая железа, влага передней камеры
- краевая петлистая сеть, слеза, влага передней камеры
- влага передней камеры, слезные железы, слюнные железы
- альвеолярные железы, слюнные железы, краевая петлистая сеть

= Перечислить слои века спереди назад

- конъюнктив, подкожная клетчатка, хрящ, круговая мышца
- кожа, подкожная клетчатка, хрящ, круговая мышца, конъюнктив
- кожа, круговая мышца, подкожная клетчатка, хрящ, конъюнктив
- кожа, подкожная клетчатка, круговая мышца, хрящ, конъюнктив
- кожа, конъюнктив, круговая мышца, хрящ

= Какие нервы иннервируют наружное ухо?

- лицевой
- тройничный и лицевой
- лицевой и языкоглоточный
- лицевой и блуждающий
- тройничный и блуждающий

= Что является периферическим рецептором звукового анализатора?

- кортиева орган
- перелимфа и эндолимфа
- перепончатый лабиринт
- спиральный ганглий
- перелимфа

= На какие отделы подразделяется ухо в функциональном отношении?

- на звукоулавливающий, звукопроводящий и звуковоспринимающий
- на звукопроводящий и звуковоспринимающий
- на звукоулавливающий и звуковоспринимающий
- на звукопроводящий, звуковоспринимающий и звукотрансформирующий
- звуковоспринимающий

= Что относится к звукопроводящему аппарату?

- наружное и среднее ухо, перилимфа, эндолимфа, основная и Рейснерова мембраны, покровная пластинка и вторичная барабанная перепонка, слуховые косточки
- наружное и среднее ухо, перилимфа, эндолимфа, покровная пластинка и вторичная барабанная перепонка
- наружное и среднее ухо, перилимфа, эндолимфа, основная и Рейснерова мембраны, покровная пластинка и вторичная барабанная перепонка
- наружное и среднее ухо, перилимфа, эндолимфа, основная и Рейснерова мембраны, покровная пластинка и вторичная барабанная перепонка, слуховые косточки, овальное окно
- наружное и среднее ухо, эндолимфа, основная и Рейснерова мембраны, покровная пластинка и вторичная барабанная перепонка, слуховые косточки

= С какого расстояния воспринимается шепотная речь нормально слышащим ухом?

- с расстояния 8 метров (до 16)
- с расстояния 10 метров (до 20)
- с расстояния 3 метров (до 10)
- с расстояния 6 метров (до 20)
- с расстояния 9 метров (до 25)

= Как обычно удаляется серная пробка?

- хирургическим методом
- сухой туалет наружного слухового прохода
- размачивание серной пробки масляными каплями
- удаление зондом
- путем промывания наружного слухового прохода теплой водой с помощью шприца Жанэ

= Какая микробная флора чаще вызывает фурункул?

- стафилококки
- стрептококки
- кlostридии
- клебсиеллы
- пневмококки

= Какие основные жалобы пациентов при отомикозе?

- снижение слуха, шум в ушах
- на зуд и боль в ухе
- гноетечение из уха
- повышение температуры, отёк заушной области, гноетечение, снижение слуха
- снижение слуха

= Что такое мастоидит?

- это воспаление молочной железы
- это воспаление барабанной перепонки
- это воспаление сосцевидного отростка
- это воспаление наружного уха
- это воспаление среднего уха

= Какой метод исследования является особенно ценным в диагностике мастоидита?

- импедансометрия
- отоскопия
- аудиометрия, импедансометрия
- рентгенологический (КТ)
- тимпанометрия

= Укажите место, где располагается устье слуховой трубы в глотке:

- ротоглотка
- задняя стенка носоглотки
- свод носоглотки
- область хоан
- боковая стенка носоглотки

= Укажите, в каком квадранте барабанной перепонки производится парацентез:

- задненижнем
- передненижнем
- передневерхнем
- задневерхнем
- заднем

= Укажите симптомы, типичные для мезотимпанита:

- слизисто-гнойное отделяемое с неприятным запахом

- центральная перфорация барабанной перепонки
- перфорация в ненатянутой части барабанной перепонки
- холестеатомные массы
- костная деструкция на R-граммах

= Какие из указанных анатомических элементов формируют среднее ухо?

- сигмовидный синус
- наружный слуховой проход
- барабанная полость, слуховые косточки, пещера, слуховая труба, клеточная система сосцевидного отростка
- задняя черепная ямка
- лицевой нерв

= Как называется операция, которая делается при остром мастоидите?

- септопластика
- тимпанотомия с шунтированием
- радикальная операция I типа
- антротомия (мастоидотомия)
- аденотомия

= К вариантам нормального развития лобной пазухи относят все нижеперечисленные, кроме:

- отсутствия пазухи с одной стороны
- отсутствия пазух с двух сторон
- отсутствия пазухи с правой стороны
- отсутствия пазухи с левой стороны
- наличия общей пазухи по средней линии

= Нижняя носовая раковина представляет собой:

- самостоятельную кость
- отросток решетчатой кости
- отросток клиновидной кости
- отросток верхней челюсти
- отросток лобной кости

= Наружная стенка клиновидной пазухи граничит с:

- гипофизом
- внутренней сонной артерией
- клетками решетчатого лабиринта
- носоглоткой
- полостью рта

= Нижняя стенка верхнечелюстной пазухи граничит с:

- орбитой
- полостью носа
- полостью рта
- крылонебной ямкой
- гипофизом

= Внутренняя стенка верхнечелюстной пазухи граничит с:

- крылонебной ямкой
- полостью рта

- орбитой
- полостью носа
- гипофизом

= Наиболее вариабельна в строении следующая околоносовая пазуха:

- основная
- верхнечелюстная
- клиновидная
- решетчатая
- лобная

= В верхний носовой ход открывается:

- естественное отверстие клиновидной пазухи
- естественное отверстие гайморовой пазухи
- естественное отверстие лобной пазухи
- слезно-носовой канал
- передние клетки решетчатой кости

= Чувствительная иннервация полости носа осуществляется:

- 3 ветвью тройничного нерва
- 1 и 2 ветвями тройничного нерва
- лицевым нервом
- обонятельным нервом
- слуховым нервом

= Артериальная кровь поступает в полость носа из:

- системы внутренней сонной артерии
- системы наружной сонной артерии
- обеих систем
- позвоночной артерии
- брахиоцефальная артерия

= Риногенные орбитальные осложнения чаще бывают у детей при:

- хронических гнойных риносинуситах
- острых катаральных синуситах
- острых гнойных риносинуситах
- хронических полипозно-гнойных риносинуситах
- кистозных риносинуситах

= Как предотвратить осложнения при проколе верхнечелюстной пазухи:

- прокол и промывание пазухи можно производить без предварительной рентгенограммы
- после промывания продуть пазуху, не вводить иглу глубоко в пазуху
- ввести воздух в пазуху до промывания, иметь рентгенограмму пазух носа
- не вводить воздух до и после промывания пазухи, уровень и глубина введения иглы не имеет значения
- после промывания не продувать пазуху, перед пункцией обязательно сделать рентгеновский снимок для учета анатомических особенностей (прокол 2-х стенок)

= Где чаще всего локализуется полипы в носу:

- средний носовой ход
- верхний носовой ход
- нижний носовой ход

- хоаны
- просвет пазух

= Наилучшие условия для оттока гноя имеют:

- клиновидная пазуха
- лобная пазуха и передние клетки решетчатого лабиринта
- задние клетки решетчатого лабиринта
- верхнечелюстной пазуха
- ничего из перечисленного

= Обоняние при озене исчезает за счет:

- неврита обонятельного нерва
- центрального поражения обонятельного анализатора
- атрофии обонятельных рецепторов в полости носа
- закрытия корками обонятельной зоны в полости носа
- ничего из перечисленного

= Полипозный процесс в полости носа может:

- все вышеперечисленное
- малигнизироваться
- подвергаться обратному развитию
- рецидивировать
- ничего из перечисленного

= При гематоме перегородки носа кровь скапливается между:

- ничего из перечисленного
- слизистой оболочкой и надхрящницей
- хрящом и слизистой оболочкой
- перегородкой носа и боковой стенкой носа
- хрящом и надхрящницей

= Верхнечелюстная пазуха считается полностью развитой (как у взрослого человека) к возрасту:

- 14 лет
- 2,5 лет
- 12 лет
- 18 лет
- 25лет

= Носовой клапан - это:

- передний конец средней носовой раковины
- пространство между перегородкой носа и крылом носа в преддверии носа
- подвижная часть крыла носа
- передний конец нижней носовой раковины
- передний конец верхней носовой раковины

= Мукоцилиарный клиренс – это:

- процесс образования слизи в полости носа
- процесс восстановления поврежденной слизистой оболочки полости носа
- процесс очищения слизистой оболочки полости носа
- процесс выработки биологически активных веществ в полости носа
- ольфактометрия

= Из каких костей состоит латеральная стенка полости носа (учесть анатомический порядок расположения костей):

-Носовая, небная, слезная кость, лобный отросток верхней челюсти

-Носовые, слезные косточки, верхняя челюсть с лобным отростком, тело решетчатой кости ее перпендикулярная пластинка, небная косточка и внутренняя пластинка крыловидного отростка основной кости

-Носовые косточки, верхнечелюстной отросток лобной кости, верхняя челюсть и ее лобные отростки, слезная, решетчатая кость, внутричерепная пластинка крыловидного отростка основной кости

-Носовые, верхняя челюсть с лобным отростком, слезные косточки, решетчатая кость, перпендикулярная пластинка небной кости, внутренняя пластинка крыловидного отростка основной кости

-Носовые, слезные, решетчатые, сошник

= Больная заболела остро. Появилось затруднённое носовое дыхание, головная боль, слабость, субфебрильная температура, гнойные выделения из носа. Диагностирован острый гнойный гайморит. В поликлинике произведена пункция гайморовой пазухи, но при промывании через пункционную иглу содержимого пазухи и промывных вод не получено. Больная почувствовала резкую боль, одновременно появилась припухлость мягких тканей лица. Больная была срочно отправлена врачом стационар. Какое осложнение пункции гайморовой пазухи наблюдалось в данном случае:

-Абсцесс щеки

-Воздушная эмболия.

-Глазничный прокол.

-Проколоть латеральную стенку гайморовой пазухи не удалось.

-Щёчный прокол

= Сколько околоносовых пазух носа бывает обычно развито у человека?

-восемь

-шесть

-четыре

-десять

-три

= Какую форму имеет гайморова пазуха?

-кубическую

-форму трехгранной пирамиды

-округлую

-форма перевернутой трапеции

-прямоугольную

= Какие стенки имеет каждая половина носа?

-медиальную, наружную, верхнюю, нижнюю, заднюю

-медиальную, латеральную

-медиальную, латеральную, верхнюю и нижнюю

-медиальную, наружную, нижнюю, заднюю

-медиальную, латеральную нижнюю, переднюю

= Какая из раковин является самостоятельной костью?

-верхняя и нижняя

-средняя и нижняя

- верхняя и средняя
- только нижняя
- средняя и верхняя

= Плотные, грязно-серые налеты на миндалинах, распространяющиеся на небные дужки, наблюдаются при:

- при инфекционном мононуклеозе
- остром фарингите
- хроническом фарингите
- фолликулярной ангине
- при дифтерии

= Лимфоидное кольцо Вальдейера-Пирогова состоит из следующих образований.кроме:

- ротоглоточная
- небные миндалины
- трубные
- носоглоточная
- язычная

= Паратонзиллярная клетчатка это:

- клетчатка заглоточного пространства
- клетчатка небной миндалины
- клетчатка окологлоточного пространства
- клетчатка гортаноглотки
- клетчатка бокового глоточного пространства

= Тактика лечения при паратонзиллярном абсцессе:

- экстренная двухсторонняя тонзиллэктомия
- усиленная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия
- вскрытие абсцесса, полоскание горла антисептиком, антибиотики, через 1 месяц тонзиллэктомия
- обзорная рентгенография грудной клетки, вскрытие абсцесса
- антибактериальная терапия, консультация стоматолога, пункция абсцесса.

= Из скольких миндалин образовано кольцо Пирогова-Вальдейера:

- 5
- 1
- 3
- 6
- 8

= Перечислите наиболее частые клинические и рентгенологические признаки парафарингеальных абсцессов, кроме:

- на рентгенограмме шеи по Земцову расширение предпозвоночного пространства и наличие пузырьков газа
- ассиметрия шеи
- инфильтрация и болезненность тканей шеи, чаще односторонний
- гиперемия
- ригидность затылочных мышц

= Розовые гранулы на задней стенке глотки наблюдается при каком фарингите?

- гранулезном

- атрофическом
- гипертрофическом
- остром
- катаральном

= Ребенок 4-х лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемный покой с жалобами на затруднение дыхания, сильную боль в горле, t - 38С, слабость.

Из анамнеза: со слов родителей известно, что ребенок болеет 3-й день, до этого в течение недели отмечают насморк, кашель, получал Парацетамол, без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое, дыхание стридорозное, голос хрипловатый, кожные покровы бледные, t - 38,6С, пальпируются увеличенные, резко болезненные регионарные лимфатические узлы, голова наклонена влево.

Фарингоскопически отмечается асимметрия, гиперемия и выпячивание задней стенки глотки, больше слева. При ощупывании тупым зондом определяется мягкая припухлость.

Поставьте диагноз:

- паратонзиллярный абсцесс
- заглоточный абсцесс
- скарлатина
- окологлоточный абсцесс
- дифтерия глотки

= Больная 23 лет, жалобы на частые ангины, периодические боли в суставах, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: Со слов, что в течение 3-х лет каждые полгода болеет ангинами, год назад перенесла паратонзиллит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, нижние веки цианотичны, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы, температура тела нормальная.

Фарингоскопически определяется смыкающиеся по средней линии небные миндалины, в лакунах гнойные пробки.

Поставьте диагноз:

- гипертрофия небных миндалин
- хронический тонзиллит компенсированная форма
- хронический тонзиллит декомпенсированная форма
- гипертрофия глоточной миндалины
- юношеская ангиофиброма

= Антибактериальные препараты выбора для лечения острого тонзиллофарингита:

- карбапенемы
- фторхинолоны
- макролиды
- бета-лактамы
- аминогликозиды

= Какие ангины не относятся к вторичным:

- при агранулоцитозе
- при дифтерии
- при скарлатине
- при лейкозе
- лакунарная

= Классификация хронических фарингитов:

- катаральный, атрофический, гранулезный, гипертрофический
- атрофический, гипертрофический гнойный
- гранулезный, катаральный
- гипертрофический, атрофический
- катаральный, гнойный

= Проявлением декомпенсации хронического тонзиллита являются следующие признаки, кроме:

- рецидивирующие ангины
- гипертрофия миндалин
- паратонзиллиты
- соматические тонзиллогенные заболевания
- субфебрилитет

= Носоглотка располагается:

- от корня языка до входа в пищевод
- над трахеей на уровне тел 4-го шейного позвонка
- от основания черепа до 3-го шейного позвонка
- от свода глотки до мягкого неба
- от основания черепа на уровне тел 6-го шейного позвонка

= Носоглотка отграничена от ротоглотки:

- передними небными дужками
- твердым небом
- языком
- мягким небом
- трубными миндалинами