

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОС УДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

*Шавкута Г.В.*

Руководитель ООП

по программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика  
(семейная медицина)

д.м.н., профессор Шавкута Г.В.

«*22*» *08* 20*23* г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**  
**ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
**высшего образования**  
**подготовки кадров высшей квалификации**  
**по программе ординатуры**  
**31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)**  
**(квалификация врач общей практики (семейный врач))**

Ростов-на-Дону  
2023 г.

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) рассмотрена на заседании кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии.

Протокол от 11.01.2023 г. № 1.

Председатель заседания Шавкута Шавкута Г.В.

директор библиотеки: «Согласовано»

«21» 01 2023 г. [подпись] И.А. Кравченко

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

**1.1 Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**1.2 Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:)

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**1.3 Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- 01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);
- 02 Здравоохранение (в сфере Общая врачебная практика (семейная медицина));
- 07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

Выпускники могут осуществлять профессиональную деятельность в других областях профессиональной деятельности и (или) сферах профессиональной деятельности при условии соответствия уровня их образования и полученных компетенций требованиям к квалификации работника.

**3.4** В рамках освоения программы ординатуры выпускники готовятся к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинский,
- научно-исследовательский,
- организационно-управленческий,
- педагогический.

### **ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Выпускник ординатуры, успешно освоивший основную профессиональную образовательную программу высшего образования –

программу подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник ординатуры, успешно освоивший основную профессиональную образовательную программу высшего образования – программу подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) должен обладать следующими **общефессиональными компетенциями** (далее – ОПК):

**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность

**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

**ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

**ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

**ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

**ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

**ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

**ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник ординатуры, успешно освоивший основную профессиональную образовательную программу высшего образования – программу подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) должен обладать следующими **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

**ПК-1.** Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении взрослых пациентов в амбулаторных условиях, в том числе при оказании паллиативной помощи

**ПК-2.** Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях

## **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель:** установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

## **ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача общей практики

(семейного врача) в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

**Целью ГИА** является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

**Задачи ГИА:** проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

### **ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата<sup>1</sup>).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии. Факторы риска. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.	УК 1-5, ОПК 1-10, ПК-1,2
	<b>Ситуационная задача.</b> Женщина, 59 лет, ИМТ 41,3 кг/м <sup>2</sup> . Жалобы: повышение АД в вечерние часы до 150-160/100 мм рт.ст. (однократно – САД 200 мм рт.ст., вызывала СМП), сопровождающееся чувством тяжести в левой половине грудной клетки и распирающей болью в затылочной части головы, купирующееся каптоприлом 25 мг. В	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2

<sup>1</sup> Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

	<p>утренние часы – снижение АД до 100/70 мм рт.ст., сопровождающееся общей слабостью, головокружением, болью в лобной части головы.</p> <p>Одышка при подъеме выше третьего этажа. Сухой кашель на фоне приема эналаприла.</p> <p>Из анамнеза: С молодости – гипотоник. Повышение АД эпизодически стало отмечаться несколько лет назад. Постоянно принимает препараты около месяца (индапамид 2,5 мг утро, эналаприл 1,25 мг утро + вечер). Повышение массы тела на 20 кг за последний год (алиментарно). Хронический панкреатит.</p> <p>Из обследования: На ЭКГ от 12.01.2016 – синусовый ритм. Нарушение реполяризации в области задней стенки левого желудочка. Липидограмма – норма.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</p>	
--	--	--

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

1. Общий анализ крови: причины ошибок. Трактовка результатов.
2. Общий анализ мочи: причины ошибок. Трактовка результатов.
3. Анализы мочи: моча по Нечипоренко, по Зимницкому, посев мочи и др.: причины ошибок. Трактовка результатов.
4. Биохимический анализ крови: показатели функционального состояния печени: причины ошибок. Трактовка результатов.



5. Биохимический анализ крови: показатели функционального состояния почек: причины ошибок. Трактовка результатов.
6. Исследование крови на гормоны щитовидной железы и антитела к ткани щитовидной железы: причины ошибок. Трактовка результатов.
7. Исследования свертывающей системы крови (коагулограмма, гемостазиограмма, пробы на агрегацию тромбоцитов, генетические маркеры нарушений свертывания крови и др.): причины ошибок. Трактовка результатов.
8. Посевы (крови, мочи, асцитической жидкости, плевральной жидкости и др.) и определение чувствительности к антибиотикам: причины ошибок. Трактовка результатов.
9. ЭКГ (в том числе с нагрузкой, суточное и многосуточное мониторирование ЭКГ) в работе врача общей практики – трактовка результатов.
10. Энцефалограмма (в том числе мониторинг ЭЭГ) в работе врача общей практики – трактовка результатов.
11. Эндоскопические методы исследования (ЭГДС, колоноскопия, фибробронхоскопия) в работе врача общей практики: трактовка результатов.
12. Электрофизиологические методы исследования в работе врача общей практики – трактовка результатов.
13. Лучевые методы диагностики (рентген, КТ и пр.) в работе врача общей практики – трактовка результатов.
14. Ультразвуковая диагностика в работе врача общей практики – трактовка результатов.
15. Основы медицинской психологии в работе врача общей практики.
16. Типы взаимоотношений «врач-пациент».
17. Девиантное поведение пациента: какова тактика врача?
18. Деонтология отношений с пациентами и членами их семей.
19. Роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.
20. Психологические проблемы ухода за больными.
21. Вопросы первичной профилактики в работе врача общей практики.
22. Вопросы вторичной профилактики в работе врача общей практики.
23. Принципы и методы физической культуры в работе врача общей практики (семейного врача).
24. Рациональное и сбалансированное питание.
25. Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.
26. Применение принципов доказательной медицины в работе врача общей практики.
27. Клиническая эпидемиология.
28. Клиническая фармакология: тактика применения лекарств с учетом их метаболизма и совместимости.

29. Синдром лихорадки. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
30. Синдром синкопальных состояний. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
31. Хронические обструктивные болезни легких: этиология и патогенез; классификация; диагностика. Тактика ведения.
32. Бронхиальная астма; этиология и патогенез; клиническая картина; диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика ведения.
33. Внебольничные пневмонии; этиология и патогенез; клиническая картина; диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика ведения.
34. Атеросклероз. Факторы риска. Варианты дислипидемий. Клинические варианты атеросклероза. Тактика ведения.
35. ИБС: классификация. Тактика ведения.
36. Стенокардия, определение понятия. Клинические формы стенокардии. Острый и хронический коронарный синдром. Диагностика. Тактика ведения.
37. Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Тактика ведения.
38. Артериальные гипотензии. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
39. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии. Факторы риска. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
40. Гипертонические кризы. Провоцирующие факторы. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
41. Диффузные болезни соединительной ткани: узелковый периартериит, дерматомиозит, системная красная волчанка, склеродермия. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
42. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме.
43. Подагра. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
44. Ревматоидный артрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
45. Остеоартрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
46. Остеопороз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
47. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
48. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.

49. Функциональные расстройства пищеварения (функциональная диспепсия). Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
50. Хронический гастрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
51. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложненные формы язвенной болезни: кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки, малигнизация. Тактика ведения.
52. Функциональные билиарные расстройства. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
53. Желчнокаменная болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
54. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
55. Алкогольная болезнь печени. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
56. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
57. Хронический панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
58. Рак поджелудочной железы. Факторы риска. Клиника. Ранние и поздние симптомы. Осложнения. Диагностика. Тактика ведения.
59. Рак желудка. Факторы риска. Клиника. Ранние и поздние симптомы. Осложнения. Диагностика. Тактика ведения.
60. Рак кишечника. Факторы риска. Клиника. Ранние и поздние симптомы. Осложнения. Диагностика. Тактика ведения.
61. Язвенный колит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
62. Болезнь Крона. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
63. Хронические гепатиты. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
64. Циррозы печени. Этиология, клиника отечно-асцитического синдрома, диагностика, лечение.
65. Циррозы печени. Этиология, клиника синдрома печеночно-клеточной недостаточности, диагностика, лечение.
66. Инфекции мочевыводящих путей. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.

67. Острый и хронический гломерулонефрит. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
68. Острый пиелонефрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
69. Хроническая болезнь почек. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
70. Мочекаменная болезнь. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
71. Аденома предстательной железы. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
72. Рак предстательной железы, мочевого пузыря, почек. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
73. Сахарный диабет, тип 1. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
74. Сахарный диабет, тип 2. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
75. Осложнения сахарного диабета (диабетическая ангиопатия, нефропатия, офтальмопатия). Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
76. Диабетические комы. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
77. Ожирение. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
78. Гипотиреоз. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
79. Гипертиреоз. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
80. Дифференциальная диагностика анемий.
81. Железодефицитные анемии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
82. В12-дефицитные анемии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
83. Лейкозы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
84. Множественная миелома (болезнь Рустицкого-Калера). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
85. Внезапная сердечная смерть. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.

86. Отек гортани, ложный круп. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
87. Астматический статус. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
88. Отек Квинке. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
89. Острая сердечная недостаточность. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
90. Острые нарушения ритма и проводимости. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
91. Желчная колика. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
92. Почечная колика. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
93. Острая задержка мочи. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
94. Отек легких. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
95. Определение понятий «гериатрия», «геронтология». Современные теории старения.
96. Функциональные изменения в организме стареющего человека. Адаптационные возможности организма при старении.
97. Синдром старческой астении. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
98. Основные медико-социальные проблемы стареющего человека.
99. Особенности тактики врача общей практики в работе с пациентами пожилого и старческого возраста.
100. Острый живот. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
101. Грыжи (паховая, пупочная, белой линии живота). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
102. Желудочно-кишечное кровотечение. Клиника. Диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
103. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
104. Фурункул, карбункул. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика. Тактика ведения.
105. Хроническая венозная недостаточность. Принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению.

106. Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Методы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению.
107. Поражение электрическим током, молнией, тепловым ударом. Лечебная тактика.
108. Переломы костей, вывихи, ушибы, растяжения. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
109. Химические и термические ожоги, обморожения. Алгоритм неотложной врачебной помощи.
110. Планирование семьи. Роль врача общей практики.
111. Современные методы контрацепции. Роль врача общей практики.
112. Нарушение менструального цикла. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
113. Гестозы второй половины беременности. Классификация гестозов 2-ой половины беременности. Клиника, диагностика. Оценка тяжести. Дифференциальный диагноз. Лечение. Тактика ведения беременности, родов и послеродового периода. Влияние и исходы позднего гестоза для плода и ребенка.
114. Климактерический синдром. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
115. Внебольничная диагностика и лечебная тактика семейного врача при острых и хронических заболеваниях женских половых органов.
116. Рак молочной железы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
117. Рак шейки и тела матки. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
118. Рак яичников. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
119. Заболевания, передающиеся половым путем. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
120. Вскармливание ребенка первого года жизни.
121. Показатели нормального физического развития детей различных возрастных групп. Методика оценки физического развития. Дисгармоничное физическое развитие. Оценка уровня биологического развития детей.
122. Синдром «острого живота» у детей.
123. Вакцинация и ревакцинация как метод профилактики инфекционных заболеваний.
124. Врожденные пороки сердца и сосудов. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
125. Часто болеющие дети. Тактика ведения.

126. Локализованные гнойно-инфекционные заболевания новорожденного, сепсис. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
127. Внутриутробные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
128. Орфанные заболевания. Муковисцидоз. Мукополисахаридоз. Фенилкетонурия. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
129. Основы медицинской генетики. Наследственные синдромы – Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера.
130. Вакцинация и ревакцинация как метод профилактики инфекционных заболеваний.
131. Острые кишечные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Диспансеризация.
132. Гельминтозы. Группы риска. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции.
133. COVID-19. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики при подозрении.
134. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики при ведении вирусносителей и больных.
135. Корь, краснуха, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
136. Принципы и методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах.
137. Туберкулез органов дыхания. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения. Тактика врача общей практики в семейном очаге.
138. Внелегочные формы туберкулеза (урогенитальный, кишечный, костный). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
139. Ишемический инсульт. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи, тактика врача общей практики (семейного врача) на догоспитальном и послегоспитальном этапе ведения больного.

140. Геморрагический инсульт. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи, тактика врача общей практики (семейного врача) на догоспитальном и послегоспитальном этапе ведения больного.
141. Боль. Классификация боли. Нейропатическая боль. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
142. Синдром головной боли. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
143. Синдром болей в спине. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
144. Синдром боли в шее. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
145. Синдром головокружения. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
146. Клинические формы эпилептических припадков. Тактика ведения.
147. Депрессии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
148. Тревожные расстройства. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
149. Шизофрения. Клинические варианты. Диагностика. Диспансерное наблюдение больных.
150. Алкогольный делирий, абстинентный синдром. Лечебная тактика.
151. Виды профессиональных заболеваний, особенности их выявления и ведения больных с угрожающей или развившейся профессиональной патологией.
152. Риниты. Риносинуситы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
153. Воспалительные заболевания наружного и среднего уха. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
154. Воспалительные заболевания гортани и глотки. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
155. Травмы, инородные тела ЛОР-органов. Вопросы оказания неотложной помощи врачом общей практики.
156. Опухоли верхних дыхательных путей. Факторы риска. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
157. Глаукома. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
158. Катаракта. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.



159. Заболевания роговицы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
160. Травмы глаз. Вопросы оказания медицинской помощи врачом общей практики.
161. Поверхностные микозы: разноцветный лишай, микроспория, трихофития, эпидермофития стоп, паховая; эпидермофития ногтей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
162. Дерматиты. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
163. Псориаз. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
164. Заболевания, передающиеся половым путем у мужчин (уретрит, простатит). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
165. Тактика врача общей практики при первичном выявлении заболеваний полости рта, языка и зубов.
166. Тактика врача общей практики при динамическом наблюдении имеющих заболевания полости рта, языка и зубов.

**ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА  
по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»**

**Задача (задание) 1**

Мужчина 75 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, нарушения памяти и внимания. В течение года дважды отмечалась кратковременная потеря сознания. 5 лет назад при случайном обследовании выявлен «шум в сердце». Указаний на перенесенную острую ревматическую лихорадку нет. При осмотре: пастозность голеней, гепатомегалия, в нижних отделах легких влажные хрипы, пульс – 90 в минуту, ритмичный, артериальное давление – 130/90 мм рт.ст., сердце не увеличено (перкуторно), усилен верхушечный толчок. Справа в II межреберье у края грудины – грубый систолический шум, сопровождаемый дрожанием, распространяющийся на сосуды шеи и в межлопаточную область. Ослаблен аортальный компонент II тона.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 2**

Девочка 8 лет, ученица 2-го класса, пониженного питания, рост – соответственно возрасту, стала предъявлять жалобы на слабость, дискомфорт в суставах после занятий физкультурой, сердцебиение. ЭКГ – соответственно возрасту. Определяется гипермобильность коленных, локтевых, лучезапястных суставов. Аускультативно систолический шум в области верхушки сердца и в третьем межреберье по левому краю грудины.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 3**

Мужчина, 35 лет, обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в правом подреберье, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, тошноту, усиление аппетита.

Анамнез заболевания: Заболел 7 дней назад. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя. Наследственный анамнез не отягощен.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,1 \times 10^{12}/л$ , Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты- $7,8 \times 10^9/л$ , Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи - без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 12 мм. ФЭГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва передней стенки луковицы размером 8 мм. Заключение: эрозивный антральный гастрит. Язва передней стенки луковицы 12п кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12п кишки 2 ст.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 4**

К врачу обратилась женщина 18 лет с жалобами на повышение температуры до 38,2 С, тянущие боли в поясничной области справа, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей. Считает себя больной в течение недели,

когда появилось частое болезненное мочеиспускание. Принимала отвар шиповника.

Объективно: Температура тела 38,5 С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слегка положительный справа. Мочеиспускание (со слов) свободное, частое, болезненное. Стул в норме.

В ОАК: лейкоцитоз -  $12 \times 10^9$  /л, сдвиг формулы влево до палочкоядерных - 9%, ускорение СОЭ - 30 мм/час.

В ОАМ: протеинурия - 0,0066%, лейкоцитурия - 30-40 х.  
УЗИ почек: расширение ЧЛС справа.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 5**

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область, продолжительностью примерно 25 минут.

Из анамнеза: подобные боли возникли впервые 2 недели назад, беспокоили 1 раз в 3 дня, продолжались 3-5 минут. Сегодня по дороге на работу впервые возникла более длительная боль – до 20 минут. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. ИМТ 31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см наружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 6**

Ребенок мужского пола, 1 год 3 месяца, вес 8 кг, рост 70 см. Ходит самостоятельно, иногда падает. Приседает. Игрушку захватывает правильно. Произносит отдельные слова и звуки. Рожден в срок, вес при рождении 3700,

рост при рождении 52 см. В течение первых двух месяцев жизни прибавка в весе соответствует норме, затем – ниже нормы. Полностью на грудном вскармливании.

В ОАК лейкоцитоз  $12,4 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 112 г/л, ЦП 0,88, эозинофилы 9, СОЭ 2 мм/ч. Ферритин 6,2 (норма 6,0-18,0) мкмоль/л.

Цель обращения – получение рекомендаций в связи с низким ростом и весом.

### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 7

Женщина, 43 года. Жалобы: чувство перебоев в работе сердца с эпизодами его замирания, преимущественно вечером, без видимой причины, продолжительностью около 10 минут, проходят самостоятельно, примерно 3 раза в неделю. Обмороки без видимой причины 3-4 раза в год, в том числе до 20 минут, в том числе с предвестниками – мелькание «мушек» перед глазами.

Из анамнеза: подобные перебои впервые возникли примерно с января 2016 года, с августа 2016 года стали чаще – от ежедневных до 3-х раз в неделю. Обмороки с детства. В раннем детстве диагностировали ВПС, диагноз снят в 7 лет. Частые простудные заболевания и ангины в детстве и во взрослом возрасте. Склонность к гипотензии. Курит  $\frac{1}{4}$  пачки в сутки. На фоне отказа от курения – увеличение веса на 9 кг за 2 месяца, возврат курения.

На ЭКГ – синусовая аритмия с ЧСС 89 в минуту. Низкий вольтаж комплекса QRS в стандартных и усиленных отведениях от конечностей. Нарушения проводимости по ПНПГ и ЗНР ЛНПГ. Нарушение реполяризации в верхушечно-боковой области левого желудочка. PQ 0,18. QT 0,36.

На ЭхоКГ – пролапс передней створки МК 3 мм, недостаточность МК 2 ст, ТК 1,5-2 ст. ФВ 76%. МЖП 9 мм, ЗСЛЖ 9 мм.

На СМЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 50-129 (в среднем 79) в минуту. Транзиторный синдром WPW. Одиночная (83) и парная (2) СВЭ. Одиночная ЖЭ 2-х морфология (130).

ОАК, ОАМ, липидограмма, биохимия крови – норма.

Выполнен тест на дефицит магния: 33 балла (группа риска дефицита магния).

### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 8**

Женщина, 58 лет. Жалобы: Давящая боль в прекардиальной области и левой половине грудной клетки, выраженной интенсивность, возникающая после движений в левом плечевом суставе и продолжающаяся несколько часов. Чувство неритмичного сердцебиения, практически постоянно. Одышка инспираторная при ускорении шага. АД стабильно в пределах 80/50-95/60 мм рт.ст. (на терапии). Онемение ног при ходьбе. Появление подкожных расширенных вен на бедрах.

Из анамнеза: в 2013 году перенесла ОНМК, выявлен кардиоэмболический генез – мерцание-трепетание предсердий, хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального порока. Оперирована в Краснодаре 30.01.13 – протезирование митрального клапана с частичным сохранением задней створки, тромбэктомия из левого предсердия, лигирование ушка левого предсердия. Данная боль беспокоит ежедневно после операции, последние 2-3 месяца интенсивность ее повысилась. Однократно – профузное носовое кровотечение без видимой причины с замедленной остановкой через несколько часов на фоне тампонады и аминокапроновой кислоты и снижением гемоглобина до 95 г/л.

Постоянно получает: варфарин 2,5 мг 2,5 таблетки на ночь, дигоксин 1 табл. утро 5-6 дней в неделю, биогексин (рекомендован неврологом после инсульта), бисопролол 5 мг утро, предуктал – курсами, верошпирон 25 мг утро. МНО многократно 1,1-1,7, несмотря на повышение дозы варфарина до 2,5 таблеток в сутки.

Объективный осмотр: Тоны сердца приглушены, аритмичные, легкий шум во всех точках аускультации, ЧСС примерно 56 в минуту. В остальном – норма.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 9**

Женщина, 53 лет. Жалобы: эпизоды колебания АД 110/70 – 140/90 мм рт.ст. Одышка инспираторная при подъеме на 3-й этаж. Чувство ускоренного аритмичного сердцебиения возникает без видимой причины примерно 1 раз в месяц, проходит в покое через 5-10 минут. Давящие боли в прекардиальной области, возникающие без видимой причины, продолжительностью 1-2 минуты, примерно 1 раз в месяц. Чувство онемения в пальцах рук, возникающее без видимой причины. Редкие колющие боли в прекардиальной области, в левом плече, под левой лопаткой (связывает с последствиями резекции левой молочной железы по поводу мастопатии 2008 г.).

Выполнено ЭхоКГ – дефект МПП 2-3 мм, гипертрофия миокарда ЛЖ 12-13 мм, уплотнение створок аортального и митрального клапанов, градиент давления на всех клапанах, ФВ 61%, ДДЛЖ 1 типа. Выполнено УЗТС БЦА – без патологии.

Из анамнеза: повышение АД более 10 лет.

Эпизоды повышения уровня глюкозы крови до 7,0 ммоль/л, чаще 5-6 ммоль/л.

Наследственный анамнез отягощен: сахарный диабет и артериальная гипертензия у обоих родителей, мама – ОИМ.

На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 82 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушения внутрижелудочковой проводимости. Признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 10**

Мужчина, 33 года. Жалобы: чувство ускоренного ритмичного сердцебиения, возникающего в покое без видимой причины, проходящего самостоятельно через 1-2-4 минуты, за последнее время примерно 1 раз в месяц – 2 раза в неделю, с ЧСС 150-160 в минуту, сопровождающееся повышением АД до 160/90 мм рт.ст. или чаще снижением АД до 100/45 мм рт.ст. с сонливостью, предобморочным состоянием. Эпизоды ощущения отсутствия сердцебиения, а затем более сильного удара, иногда 2 раза подряд, до 50 раз в сутки, особенно вечером при засыпании. Инспираторная одышка начинается при подъеме на 3-й этаж, вплоть до удушья – на 5-м этаже.

Из анамнеза: Подобные ощущения беспокоят примерно с 17 лет, получил медотвод от армии с диагнозом НЦД. В 3 года перенес гнойный менингит. С 10 лет – тяжелый физический труд (строительство). В школьном возрасте – многократные пневмонии до 3-х раз в год, остались спайки в области нижней доли правого легкого. Эпизоды затяжной слабости после пневмонии продолжительностью около 2-х месяцев – неоднократно. Ухудшение в виде нарастания частоты аритмических эпизодов – примерно последние 4 недели, вынужден не работать.

ЭхоКГ – ЗСЛЖ 8,4 при МЖП 10. ФВ 61%. Мягкий прогиб ПСМК до 3 мм.

СМЭКГ от 25.08.16 Синусовый ритм с ЧСС 43-123, в среднем 69, днем 77. ЖЭС не обнаружено. 418 НЖЭ, одиночных 108, парных 58, групповых 60 (!).

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 11**

Женщина, 39 лет, ИМТ 23,5 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: чувство нехватки воздуха при пребывании в транспорте и в зоне высокогорья. Чувство дискомфорта в прекардиальной области, длительное, возникающее без видимой причины. Склонность к гипотензии (АД 80/50-90/60 мм рт.ст.). Одышка инспираторная при подъеме на 5-й этаж.

Из анамнеза: Подобные ощущения стали беспокоить около 5 лет назад после гриппа с высокой температурой. Неоднократно выполнялось ЭКГ (отрицательная динамика 2015 в сравнении с 2013 – ухудшение внутрижелудочковой проводимости по задней стенке левого желудочка, нарастание признаков гипертрофии левого предсердия и, возможно, правого желудочка, появление перегрузки верхушечной области левого желудочка). На ЭКГ от ноября и июля 2015 г. – без принципиальных изменений. Консультировалась у кардиолога 5 лет назад (значимой патологии не выявлено), периодически получала мексикор, кавинтон, препараты магния, кардиомагнил, милдронат, элькар и пр. ЭхоКГ никогда не выполнялось. Беременностей 2, роды – 2, без особенностей.

Выполнено дообследование: на ЭхоКГ от 03.11.15: МЖПд 8 мм, ЗСЛЖд 7 мм (!), ФВ 71%, на ТК регургитация 2 ст и градиент 30 мм рт.ст. УЗТС БЦА: S-образный вход ВСА справа без гемодинамически значимого сдвига. Ротационные пробы отрицательные. Ферритин 42 мкг/л от 03.11.2015. ОАК – без патологии. По дневнику АД и ЧСС: АД 95/65 – 110/70 мм рт.ст., ЧСС 70-75 в минуту.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 12**

Мужчина, 72 года, ИМТ 33,2 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: повышение АД 140-170/70-100 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области, преимущественно после физ. нагрузки или приема алкоголя. Одышка инспираторная при длительном наклоне вперед. Наличие варикозно расширенных вен, преимущественно правой голени. Постоянно принимает лориста 50 мг утро.

Из анамнеза: при занятиях в фитнес-центре (!) было выявлено повышение АД, рекомендовано обследование.

На ЭхоКГ – гипертрофия миокарда (ЗСЛЖ 12, МЖП 14-15 мм), ДДЛЖ 1 типа, гипокинезия МЖП, уплотнение аорты и створок АК и ПМК. ФВ 56%.

УЗТС вен нижних конечностей – признаки варикоза, преимущественно поверхностных и перфорантных вен.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 13**

Женщина, 34 года, ИМТ 24,6 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: нерегулярность сердцебиений со снижением ЧСС до 40 в минуту, привычны около 60 в минуту. Редкие эпизоды учащения ЧСС (цифры не известны) с внезапным началом и постепенным прекращением, продолжительностью до 5 минут, примерно 2 раза в месяц. Однократно – потеря сознания на фоне значительного предшествующего урежения ЧСС. Неоднократные предобморочные состояния, в течение последнего месяца – практически ежедневные. Выраженная одышка при небольших нагрузках (спуск на 1 этаж). Выраженная общая слабость, снижение переносимости привычных физических нагрузок до минимума.

Из анамнеза: Подобные жалобы беспокоят в течение около 10 лет. С 2007 года на ЭКГ определяется синусовая аритмия, нарастающая со временем. С 2015 года на ЭКГ появились эпизоды АВ-блокады I степени с PQ 0,22-0,24. Врожденный порок сердца: аневризма межпредсердной перегородки, многократные ЭхоКГ, однократно зафиксирован лево-правый сброс площадью около 1 мм через дефект МПП в области аневризмы. Неоднократные затяжные простудные заболевания, сопровождающиеся длительным астеническим синдромом (нельзя исключить миокардит анамнестически).

Мама умерла от инсульта в молодом возрасте, предполагалось наличие у нее заболевания сердца. Отец умер в молодом возрасте от патологии легких. Старший сын здоров. Средняя дочь – дефект МПП, оперативное лечение. Младшая дочь – дефект МПП и МЖП, оперативное лечение.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 14**

Женщина, 59 лет, ИМТ 41,3 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: повышение АД в вечерние часы до 150-160/100 мм рт.ст. (однократно – САД 200 мм рт.ст., вызывала СМП), сопровождающееся чувством тяжести в левой половине грудной клетки и распирающей болью в затылочной части головы, купирующееся каптоприлом 25 мг. В утренние часы – снижение АД до 100/70 мм рт.ст.,



сопровождается общей слабостью, головокружением, болью в лобной части головы. Одышка при подъеме выше третьего этажа. Сухой кашель на фоне приема эналаприла.

Из анамнеза: С молодости – гипотоник. Повышение АД эпизодически стало отмечаться несколько лет назад. Постоянно принимает препараты около месяца (индапамид 2,5 мг утро, эналаприл 1,25 мг утро + вечер). Повышение массы тела на 20 кг за последний год (алиментарно). Хронический панкреатит.

Из обследования: На ЭКГ от 12.01.2016 – синусовый ритм. Нарушение реполяризации в области задней стенки левого желудочка.

Липидограмма от 2014 г. – норма.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 15**

Мужчина, 54 года, индекс массы тела 26,7 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся выраженной головной болью, дважды за прошедший месяц, вечером. При амбулаторном измерении АД по м/ж – 143/93 мм рт.ст.

Из анамнеза: Неоднократные носовые кровотечения, больше справа – с молодости (есть наследственный анамнез носовой кровоточивости, провоцируемой перенапряжением или жирной пищей).

Из обследования: на ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 75 в минуту. Признаки гипертрофии левого предсердия и нарушения процессов реполяризации диффузного характера.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 16**

Женщина, 55 лет. Индекс массы тела 29,4 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: ноющая, колющая боль в области основания сердца, без видимой причины, неоднократно в сутки, длится от 1-2 минут до 30-40 минут, проходит самостоятельно или после корвалола или валокардина. Повышение АД до 145/80-90 при привычном 100/60. Эпизоды высокого пульсового АД при низком ДАД (например, 110/50). Дрожь при отсутствии пищи, проходящая после сладкого. Увеличение веса на 5 кг за 6 месяцев.

Из анамнеза: данные жалобы эпизодически беспокоили несколько лет, последние 3 недели стали чаще и интенсивнее. В 2009 г. экстирпация матки с придатками, получает заместительную гормональную терапию. Обследование не проводилось.

### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 17

Мужчина, 32 года. Индекс массы тела 24,9. Жалобы: чувство перебоев в работе сердца по типу экстрасистолии. Повышение АД до 180/80, привычное 130-150/80 мм рт.ст.

Из анамнеза: около 2-х лет назад стал отмечать ухудшение зрения. При обследовании выявлен астигматизм, киста почки, повышение АД, гормоны щитовидной железы в норме. Принимал нолипрел, эпизодически – в комбинации с конкором, АД было стабильно. Однократно АД поднялось до 180/80 и пульс до 120. Бригада скорой помощи выполнила ЭКГ (норма), купировала гипертонический криз. По рекомендации терапевта получает эгилек 25 мг утро + вечер, перинева 4 мг утро.

Не курит с 2011 г, за это время набрал 10 кг веса.

В роду артериальная гипертензия с молодого возраста по женской и мужской линии.

На СМЭКГ – ЖЭС 500 в сутки. На ЭКГ в динамике за последние 3 года – норма, однократно – 2 ЖЭС. Синдром ранней реполяризации желудочков.

### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 18

Женщина, 29 лет. Рост: 172 см. Вес: 121,3 кг. Окружность талии: 122 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 41,0 (норма 18,5-25,0) – ожирение 3 ст.

Жалобы: ускоренное ритмичное сердцебиение с ЧСС 90-110 в минуту, в том числе после физической нагрузки, продолжительностью до нескольких дней. Одышка инспираторная с ощущением нехватки воздуха, при физической и эмоциональной нагрузке, или без видимой причины, иногда – ночью. Повышение АД до 170/100 мм рт.ст. с онемением левой половины лица. Отеки

ног и лица при избыточном потреблении жидкости, ног – вечером при длительном стоянии. Ощущение приливов к голове, тремора в руках.

Из анамнеза: В феврале прошлого года – повышение АД до 170/100 мм рт.ст. без видимой причины с онемением лица и учащением сердцебиения до 106 в минуту. Двое родов в 18 и 24 года. Повышение АД – во время первой беременности, затем нормализация. Учащение сердцебиения со 2-й беременности, получала конкор. После 2-х родов – нарушения менструального цикла, гормонотерапия, набор веса. Снижение веса на 15 кг сопровождалось усилением одышки.

ЭКГ в динамике, ЭхоКГ – норма.

В анализах крови – ОАК в норме, С-пептид 5,55 (норма 0,7-1,9). ТТГ и Т4 норма.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 19**

Мужчина, 75 лет. Рост: 170 см Вес: 86 кг

Жалобы: давящая, пекущая боль за грудиной при минимальной нагрузке (ходьба 50 м) и в покое (трижды за ночь просыпается от боли), проходящая в покое или после приема нитроглицерина 2-х доз через 3-10 минут. Колебания АД 120/60-160/80 мм рт.ст. Колебания глюкозы 6,0-11,0-17,0 ммоль в течение каждых суток. Ранее - чувство остановки сердца, чаще ночью. Чувство замедленного опорожнения мочевого пузыря, неполного опорожнения.

Из анамнеза: В 1996 году перенес ОИМ. Повышение АД более 20 лет. В 2005 году повторный ОИМ. Диабет более 10 лет, на комбинированной терапии, включая инсулин. Язвенная болезнь желудка – в 47 лет. Последний пассаж бария около 6 лет назад – норма. Аденома простаты длительно, сейчас препараты не принимает.

Ухудшение состояния – около 2-х недель назад, когда снизилась толерантность к нагрузкам. Появились и участились ночные боли до 3-х раз за ночь.

Из обследования: На ЭКГ в момент приступа боли за грудиной (ССП) – отрицательная динамика в виде нарушений реполяризации V2-V6, на ЭКГ в покое без боли – восстановление реполяризации. На ЭхоКГ ФВ 55%. Гипертрофия миокарда до 12 мм, признаки атеросклероза. Диастолическая дисфункция миокарда.

Консультирован кардиохирургом год назад – рекомендовано проведение ККГ, на тот момент отказался.

На УЗТС артерий нижних конечностей – признаки атеросклероза.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 20**

Женщина, 57 лет. Рост: 163 см. Вес: 75,8 кг. Окружность талии: 96 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 28,5 (норма 18,5-25,0) – предожирение 3 ст.

Жалобы: дважды – эпизоды потери сознания. Первый раз около месяца назад – в душе вечером после работы, без предвестников, без резких поворотов, очнулась сразу от боли при падении. Второй раз утром, около недели назад, после нескольких минут выраженной общей слабости, длительность потери сознания неизвестна, сразу после возвращения сознания АД 110/70 и ЧСС 110 в минуту.

Из анамнеза: гипотоник. Эпизод повышения АД до 140/110 мм рт.ст. в 2012 г. на фоне обезвоживания (вероятно). ЧСС 75-95 в минуту. Роды 1. Курсовой прием панангина. Многократный донор.

На ЭКГ от 2012 г. – синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, нарушение реполяризации преимущественно в области перегородки левого желудочка.

В анализах 2 года назад – дислипидемия 2а с частичной коррекцией на фоне диеты. ОАК и ОАМ 2 года назад – норма.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 21**

Женщина, 26 лет, беременность 9 недель. Жалобы: чувство перебоев в работе сердца по типу частой экстрасистолии, больше в покое. Эпизоды учащения количества экстрасистол сопровождаются снижением АД до 80/60 мм рт.ст. и выраженной общей слабостью.

Из анамнеза: беременность 9 недель. До беременности перебоев в работе сердца не отмечала, жалоб не было.

На ЭКГ – синусовый ритм с эпизодами желудочковой бигеминии.

На СМЭКГ – 16100 ЖЭС, из них одиночных 776 в час в среднем, 228 парных, 789 эпизодов бигеминии.

На ЭхоКГ размеры в норме, недостаточность МК, ТК, клапана ЛА 1 ст, аномально расположенная хорда в полости ЛЖ, МЖПд 0,96, ЗСЛЖ 0,96 см. ФВ 70%.

В анализах крови натрий и калий близки к нижней границе нормы. Мочевина и креатинин в норме. Общий белок и альбумины несколько

снижены. ОАК – норма, СОЭ 3 мм/ч, гемоглобин 127 г/л. УЗИ почек – микролитиаз. Анализ мочи общий и по Нечипоренко – норма. ПЦР хламидии и микоплазма отриц.; общий белок, глюкоза, креатинин, АС, АЛТ, мочевины, общий белок, холестерин – норма.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 22**

Женщина. Рост: 160 см. Вес: 85 кг. Возраст: 77 лет.

Жалобы: боль за грудиной давящего, сжимающего характера при ходьбе на расстояние около 2-х автобусных остановок, купируется в покое через несколько минут или нитратами (изокет спрей или эринит). Одышка инспираторного характера при подъеме выше второго этажа. Чувство перебоев в работе сердца многократно в течение суток. Колебания АД 200/? – 180/80 – 88/54 мм рт.ст. (при изменении погоды), адаптирована 120-140/65-80 мм рт.ст. Боли в прекардиальной области в положении на левом боку.

Из анамнеза: боли за грудиной появились впервые с 25-летнего возраста, когда была выявлен ревмокардит, недостаточность митрального клапана, узловатая эритема. Принимала преднизолон, затем бициллинопрофилактику, санаторное лечение в Кисловодске. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Бронхиальная астма (приступы только летом при цветении амброзии). Родители обладали избыточным весом. Предуктал МВ, милдронат, актовегин и ряд других лекарственных препаратов (не помнит) – крапивница и затруднение дыхания.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 23**

Женщина. Рост: 164 см. Вес: 99,6 кг. Возраст: 70 лет. Окружность талии: 105 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 35,3 (норма 18,5-25,0) – ожирение II ст.

Жалобы: Боли в пояснице, особенно при поворотах влево. Дискомфорт в тазобедренных и коленных суставах.

Из обследования: Р-графия позвоночника – остеоартроз поясничного отдела позвоночника III ст.

ОАК – СОЭ 41 мм/ч (!!!), гемоглобин 172 г/л, в остальном – норма.

СОЭ в 2011 г – 25, май 2015 – СОЭ дважды 42 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 24**

Женщина. Рост: 152 см. Вес: 83,4 кг. Возраст: 63 года. Окружность талии: 103 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 36,1 (норма 18,5-25,0) – ожирение 2 ст.

Жалобы: Повышение АД до 160-170/90-100 мм рт.ст., постоянное, сопровождающееся головной болью. Отеки ног при длительном сидении. Одышка инспираторная при подъеме на 3-й этаж. Изжога выраженная, связывает с приемом лекарственных средств.

Из анамнеза: повышение АД более 30 лет на фоне частых стрессов. Последнее время самостоятельно принимает ателолол 100 мг + тромбоАСС 100 мг, эпизодически – эналаприл.

Год назад выполнялось ФГДС - норма (изжоги тогда не было).

На ЭхоКГ – склероз аорты, створок АК, МК, недостаточность МК 1 ст. ЛП 43 мм. МЖРд 9, ЗСЛЖд 9,0-9,5 мм. ФВ 60%. Начальные проявления ДДЛЖ.

УЗТС БЦА – норма.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Выраженные нарушения процессов реполяризации в ниже-боковых отделах левого желудочка перегрузочного либо ишемического характера.

Гликозилированный гемоглобин 5,3%, С-пептид 622 пмоль/л (норма).

Липидограмма – ОХС 5,9, ЛПНП 3,48, ТГ 1,29.

АЛТ 0,26, АСТ 0,23, креатинин 97. ОАМ норма. В ОАК СОЭ 23, гемоглобин 122, эритроциты 5,8 (ЦП 0,63).

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 25**

Женщина. Рост: 174 см. Вес: 115,1 кг. Возраст: 64 года. Окружность талии: 117,5 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 38,5 (норма 18,5-25,0) – ожирение II ст.

Жалобы: одышка инспираторная при ходьбе с ускорением шага. Давящие боли в области сердца возникают без видимой причины от

нескольких раз в неделю до нескольких раз в день, продолжительностью от 1 до 20 минут, проходят в покое или после приема нитратов. АД привычное 150-160/80-90 мм рт.ст., отмечались эпизоды повышения до 190/100 мм рт.ст. Онемение и парестезии в голених и стопах, больше слева.

Из анамнеза: На высоте повышения АД в 2016 г. произошел инсульт, полная глухота на правое ухо. Сахарный диабет около 15 лет. П/о гипотиреоз (удаление ЩЖ около 25 лет назад по поводу узлового зоба 2 ст.).

Из обследования: на ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия ЛЖ с перегрузкой.

На ЭхоКГ – стеноз АК на фоне склеротической дегенерации створок (пиковый градиент 40 мм рт.ст.). Уплотнение стенок аорты, склероз створок МК. Выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ: МЖПд 18, ЗСЛЖ 15 мм. ФВ 63%. ДДЛЖ 2 типа. Умеренная дилатация ЛП (41 мм). Недостаточность МК и ТК 1 ст.

УЗТС БЦА – справа бляшки, стеноз 20-25%, умеренная непрямолинейность. Слева бляшки, стеноз до 30% S-образный изгиб. ПА близко к норме.

В анализах крови холестерин 5,3, глюкоза 17,2, СОЭ 23 мм/ч, креатинин 79 мкмоль/л = СКФ 69 = ХБП 2.

Постоянно получает: инсулиноterapia, глюкофаж 1000 2 раза в день, симвастатин 10 мг вечер, лозап 50 мг уро, индапамид 2,5 мг утро, бисопролол 5 мг утро, диувер 5 мг утро, верошпирон 25 мг утро.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 26**

Женщина. Рост: 153 см. Вес: 55,8 кг. Возраст: 51 год. Окружность талии: 72,5 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 23,8 (норма 18,5-25,0) – норма.

Жалобы: склонность к тахикардии: ЧСС в покое 85-90 в минуту. Однократный эпизод ощущения перебоев в работе сердца около месяца назад. Склонность к гипотензии: АД стабильно 90/60 – 110/70, при повышении САД более 120 – выраженный общий дискомфорт. Чувство нехватки воздуха – периодически. По лестнице поднимается на 4-й этаж без жалоб.

Из анамнеза: В 2001 году удалена правая доля щитовидной железы (узловой зоб). Постоянное наблюдение эндокринолога, прием л-тироксина с заменой на йодамарин, последнее время принимает эутирокс 50 мг утро. Многократно гормоны в норме.

На ЭКГ от 25.02.16 0 синусовый ритм с ЧСС 85 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Неполная блокада ПНПЖ. Умеренные нарушения процессов реполяризации диффузного характера. В динамике – снижение вольтажа к. QRS в стандартных отведениях от конечностей.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 27**

Женщина. Рост: 170 см. Вес: 78 кг. Возраст: 44 года. Окружность талии: 85 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 27,0 (норма 18,5-25,0) – избыточная масса тела II ст.

Жалобы: Чувство перебоев в работе сердца по типу замирания сердца, а затем ускоренного сердцебиения, продолжительностью до 2-х минут, возникающее в вечерние часы без видимой причины примерно 2 раза в неделю, проходит самостоятельно. АД не выше 120/80 мм рт.ст. Одышка инспираторная при подъеме на 5-й этаж.

Из анамнеза: подобные перебои в работе сердца беспокоят около 10 лет. Частые простудные заболевания, в том числе с длительной (более 2-х недель) последующей общей слабостью.

Периодически обследовалась – на ЭКГ в динамике синусовый ритм, однократно – 1 ЖЭС, АВ-блокада 1 степени с PQ 0,22-0,24. На ЭхоКГ в динамике – МЖПд и ЗСЛЖд 9 мм, ФВ 72%, ДДЛЖ 1 типа, ПМК 1 ст. Эпизодически принимала кордарон.

Выполнен тест на дефицит магния: 56 баллов (выраженный дефицит магния).

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 28**

Мужчина. Рост: 170 см. Вес: 93,5 кг. Возраст: 62 года. Окружность талии: 111 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 32,4 (норма 18,5-25,0) – ожирение I ст.

Жалобы: общая слабость. Колебания АД на фоне терапии 100/60 – 160/100 мм рт.ст. Давящая боль за грудиной при ходьбе с ускорением шага, купируется нитроглицерином. Отсутствие контроля МНО на фоне приема варфарина (при приеме 1-1,5-2 таблеток МНО от 1 до 8,6 с носовыми и почечными кровотечениями).

Из анамнеза: АД повышается в течение 15 лет до 190/100 мм рт.ст. В 2009 году перенес ОИМ, после чего выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий. 26.11.16 перенес повторный ОИМ, осложнившийся желудочковой



тахикардией, ЭИТ. Выполнена КАГ – стеноз ОА в дистальном отделе до 80%, реваскуляризация не показана.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 92 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Рубцовые изменения задней стенки левого желудочка.

На ЭхоКГ МЖПд 13-14, ЗСЛЖ 12-13 мм. ЛП 53 мм. ФВ 48-49%.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 29**

Мужчина, 35 лет, обратился на прием с жалобами на боли в правом подреберье, режущего характера, возникающие через 2 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, усиление аппетита.

Анамнез заболевания: Заболел вчера. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя.

Из обследования: общий анализ крови: Эритроциты- $4,1 \times 10^{12}/л$ , Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты- $7,8 \times 10^9/л$ , Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи - без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 2мм.

ФГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва размером 4-6 мм.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 30**

Пациент В., 66 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками алой крови, одышку, боль в левой половине грудной клетки, похудание, общую слабость. Болеет 4 месяца. Курит 30 лет. Работает водителем.

При объективном исследовании: температура тела – 37,6 °С. Пониженного питания, кожные покровы бледные, одышка в покое. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При аускультации – рассеянные сухие хрипы с обеих сторон, слева в верхней доле резкое ослабление дыхания.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, лейкоциты –  $5,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 45 мм/ч. При рентгенологическом исследовании легких: затемнение в верхней доле слева.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 31**

Больная Ч., 80 лет, обратилась по поводу обострения ХОБЛ с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физическом напряжении, потливость, субфебрильную температуру, осиплость голоса.

При объективном исследовании: акроцианоз, отечность стоп и голеней. Грудная клетка эмфизематозно расширена, межреберные промежутки сглажены, надключичные ямки втянуты. При перкуссии – над легкими определяется коробочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание ослаблено, выслушиваются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Частота дыхательных движений – 27 в 1 минуту. Тоны сердца значительно приглушены, акцентирован II тон над легочной артерией. Частота сердечных сокращений – 108 в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 32**

Пациентка Н., 76 лет, предъявляет жалобы на практически постоянное ощущение дискомфорта по ходу позвоночника, ощущение «усталости в спине»; снижение роста с 165 до 148 см в течение последних 10 лет; боли за грудиной и общую слабость при наклоне вперед ранее, чем через два часа после еды; головную боль, связанную с повышением АД до 160/90 мм рт.ст. (адаптирована к АД 120-130/70-80 мм рт.ст.); повышение массы тела и окружности талии, несмотря на отсутствие изменений в образе жизни.

Объективно: выраженная деформация позвоночника во фронтальном и сагиттальном направлениях.

Из дообследования: на рентгенографии органов грудной клетки определяется выраженная деформация позвоночника, признаки остеопороза, смещение желудка в грудную полость.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациент. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 33**

Пациентка Ц., 68 лет, заболела через 3 суток после холецистэктомии по поводу ЖКБ. Жалуется на одышку, резкую общую слабость, боли в грудной клетке слева, усиливающиеся при вдохе и кашле; кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.

При объективном исследовании: температура тела – 37,2 °С, лицо гиперемировано. Частота дыхательных движений – 32 в 1 минуту. При аускультации – над легкими везикулярное дыхание, слева в нижней доле выслушивается крепитация, при перкуссии здесь же определяется укорочение перкуторного звука. Пульс – 115 ударов в минуту, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД – 145/65 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 34**

К врачу обратилась женщина 20 лет с жалобами на повышение температуры до 38,2°С, тянущие боли в поясничной области справа. Считает себя больной в течение недели, когда появилось частое болезненное мочеиспускание. Принимала отвар шиповника.

Объективно: Температура тела 38,5°С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слегка положительный справа. Мочеиспускание (со слов) свободное, безболезненное. Стул в норме.

В ОАК: лейкоцитоз –  $12 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг формулы влево до палочкоядерных – 9%, СОЭ – 30 мм/час.

В ОАМ: протеинурия – 0,066%, 30-40 лейкоцитов в поле зрения.

УЗИ почек: расширение ЧЛС справа.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 35**

Больной М., 52 лет самостоятельно вызвал ССП в связи с наличием жалоб на малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,2°С в течение 3 дней, чувство сдавления в грудной клетке, общую слабость, потливость, нарушение обоняния, однократно – диарея. Принимал жаропонижающие препараты с частичным кратковременным эффектом.

Объективно: температура тела 37,9°С. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 94 в минуту. Перкуторно: над легкими ясный легочный звук, с обеих сторон ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно: с обеих сторон ниже угла лопатки дыхание ослабленное везикулярное, единичные мелкопузырчатые хрипы. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен.

Данные дополнительных методов обследования: в ОАК: лейкоциты –  $5,4 \times 10^9$ , лимфоциты – 48%, СОЭ – 25 мм/ч. На СКТ грудной клетки: признаки двусторонней пневмонии. Границы сердца в норме.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 36**

Мужчина, 65 лет предъявляет жалобы на кашель продуктивного характера в течение 7 лет. В течение последних 6 месяцев стал отмечать экспираторную одышку при выполнении каждодневной нагрузки.

Анамнез жизни: курит в течение 40 лет по пачке сигарет в день.

Объективно: Нормостенического телосложения. Кожные покровы розовые. ЧДД – 22 в минуту. В легких перкуторно – коробочный звук. Аускультативно – на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются рассеянные сухие хрипы в небольшом количестве. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС – 74 в минуту. АД-115/75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 37**

Мужчина 70 лет обратился с жалобами на усиление одышки при незначительной нагрузке, кашель с вязкой мокротой желтого цвета, слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5°C.

В течение 2 лет наблюдается у пульмонолога с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, легкое течение. Постоянно получает беротек по 2 вдоха 6-8 раз в сутки, теопек 1 таблетку на ночь.

Из анамнеза: страдает ИБС. Принимает нитраты, антагонисты кальция. Вредные привычки: курит в течение 50 лет по 15 сигарет в сутки.

Объективно: Температура тела – 37,3°C. Кожные покровы розовые. Нормостенического телосложения. Грудная клетка правильной формы. ЧДД – 22 в минуту. В легких перкуторно – коробочный звук. Аускультативно – на фоне ослабленного везикулярного дыхания с обеих сторон выслушивается обилие рассеянных сухих хрипов. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 130/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 38**

Больной С., 20 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, учащенный жидкий стул до 5-7 раз в сутки с примесью слизи и алой крови, тенезмы, боль при дефекации, повышение температуры тела до 37,3 - 37,5 С общую слабость, нарушение сна, тревожность. За время болезни похудел на 10 кг. Считает себя больным 2 года. Диагноз геморроя не подтвержден. Дважды в стационаре исключался аппендицит. Безуспешно лечился по поводу предполагавшейся дизентерии.

Объективно: состояние средней тяжести, упитанность снижена, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 92 уд в минуту, АД -100/70 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована. Общий анализ крови: эритроциты -  $3,16 \times 10^{12}$  /л и гемоглобин 78 г/л, лейкоциты  $10,8 \times 10^9$  /л, СОЭ – 36 мм/ч. Копрограмма: нейтральный жир ++, мышечные волокна ++, свежие эритроциты и лейкоциты на все поле зрения, большое количество слизи. Ректороманоскопия: слизистая прямой и сигмовидной кишок гиперемирована, отечна, зернистая, кровоточит, гранулирующие эрозии. Ирригоскопия: толстая кишка сужена, лишена гаустр, контуры неровные, нечеткие.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 39**

Больная К., 60 лет, доставлена в больницу без сознания. По словам родственников она в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, боли в языке, онемение стоп и ладоней, по поводу чего 3 года назад находилась в стационаре, где был поставлен диагноз анемии. После выписки из больницы к врачам не обращалась, не лечилась. Несколько месяцев назад состояние стало ухудшаться: нарастала общая слабость, появилась одышка, отмечалось изменение походки, в течение последних дней появилась заторможенность.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания, резкая бледность кожи и слизистых. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны приглушены. ЧСС 120 в мин, АД 90/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, селезенка - на 2 см. Лабораторные данные: Эритроциты -  $1,15 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 50 г/л., ЦП - 1,3, макроцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз, тромбоциты -  $120 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $3,5 \cdot 10^9/л$ , э-3, п-3, с-50, л-39, м-5, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ 22 мм/ч. Глюкоза крови - 4,6 ммоль/л, мочевины крови - 6,6 ммоль/л, непрямой билирубин 33 мкмоль/л, сывороточное железо 19 мкмоль/л. На ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательный зубец Т в отведениях I и AVL.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 40**

Больная И. 22 года. Болеет около полугода. В летние месяцы через короткие промежутки времени трижды перенесла "грипп". С тех пор беспокоят слабость, снижение аппетита, боли в суставах, прогрессирующая потеря веса (на 15 кг за последние 4 месяца), субфебрилитет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки был выявлен двусторонний экссудативный плеврит. 4 недели назад у больной вновь повысилась температура до 37,8-38,0 С, усилилась слабость, появились резкие головные боли, нарушение зрения, тупые ноющие боли в области сердца, одышка при ходьбе, на щеках и на носу ярко розовая эритема в виде "бабочки", моча приобрела цвет "мясных помоев".

Объективно: кожные покровы бледные. Имеются отеки на лице и веках. Суставы не изменены. АД - 180/110 мм.рт.ст. ЧСС 90 ударов в минуту. Границы сердца увеличены влево на 2 см. Тоны приглушены, ритмичные. Акцент 2-го тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,08 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин - 106 г/л, тромбоциты -  $140 \times 10^9$  /л, лейкоциты -  $3,9 \times 10^9$  /л, э-0%, б-0%, п-5%, с-71%, л-20%, м-4%, СОЭ – 57 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес - 1020, белок-3,3г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20 в поле зрения (выщелоченные), цилиндры гиалиновые и зернистые - единичные в препарате. Мочевина - 8,3 ммоль/л. Креатинин крови - 144 мкмоль/л. Общий белок крови - 50 г/л. Альбумины - 38,7%. Глобулины - 61,3%,  $\alpha_1$  - 9,8%,  $\alpha_2$  - 18,4%,  $\beta$  - 7,5%,  $\gamma$  - 25,6%. ГЕ - клетки не обнаружены.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 41**

Мальчик 3-х лет. Вскоре после его рождения мать заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком.

### **Вопросы:**

1. Что Вы заподозрите у этого ребенка?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Задача (задание) 42**

Больной, 17 лет. Изменения в легких выявлены при флюорографическом обследовании. Беспокоили непродуктивный кашель, повышенная утомляемость. Состояние удовлетворительное. Рентгенологически: в верхней доле левого легкого субплеврально гомогенное округлое затенение размером до 2,5 см с резкими наружными контурами и неширокой дорожкой к корню легкого. В окружающей ткани единичные мелкие очаговые тени. О/а крови без особенностей. Проба Манту – 19 мм. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены.

### **Вопросы:**

1. Укажите ведущий рентгенологический синдром.
2. Дифференциальный диагноз с рядом заболеваний, имеющих схожие рентгенологические данные.
3. Какие методы дообследования еще необходимы?
4. Поставьте диагноз по классификации, его обоснование.
5. План лечения.

### **Задача (задание) 43**

Больной М., 52 лет самостоятельно вызвал ССП в связи с наличием жалоб на малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,2°С в течение 3 дней, чувство сдавления в грудной клетке, общую слабость, потливость, нарушение обоняния, однократно – диарея. Принимал жаропонижающие препараты с частичным кратковременным эффектом.

Объективно: температура тела 37,9°С. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 94 в минуту. Перкуторно: над легкими ясный легочный звук, с обеих сторон ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно: с обеих сторон ниже угла лопатки дыхание ослабленное везикулярное, единичные мелкопузырчатые хрипы. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен.

Данные дополнительных методов обследования: в ОАК: лейкоциты –  $5,4 \times 10^9$ , лимфоциты – 48%, СОЭ – 25 мм/ч. На СКТ грудной клетки: признаки двусторонней пневмонии. Границы сердца в норме.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 44**

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейкоц. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

#### **Вопросы.**

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.



### Задача (задание) 45

Пациентка К., 52 года, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, кровоточивость десен, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость. Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было. Около пяти лет назад стали отмечаться эпизоды повышения температуры до 37,4°C-37,6°C, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявлена гепатоспленомегалия. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС с временным эффектом. Желтушность кожи продолжала сохраняться. Постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. В последний месяц отмечает повышенную кровоточивость десен.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног - следы расчесов, единичные петехии. ЧСС - 76 в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенка пальпации не доступны. Отеков нет.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 99 г/л, лейкоциты -  $2,76 \times 10^9/л$ , формула в норме, тромбоциты -  $100,8 \times 10^9/л$ , цветной показатель - 0,95, СОЭ - 50 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок - 7,8 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, общий билирубин - 8,4 мг/дл, прямой билирубин - 5,0 мг/дл (0-0,3), триглицериды - 124 мг/дл, общий холестерин - 351 мг/дл. АСТ - 167 ед/л, АЛТ - 102 ед/л, ГГТ - 220 ед/л (3-49), ЩФ - 2591 ед/л (98-274), ХЭ - 3657 ед/л. Электрофорез белков: альбумины - 36%, глобулины альфа-1 - 4,3%, глобулины альфа-2 - 13%, бета-глобулины - 12,4%, гамма-глобулины - 34,3%.

**Коагулограмма:** протромбиновый индекс - 64%, фибриноген - 3,36 г/л. **В анализе мочи:** уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина.

**УЗИ брюшной полости:** печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200 x 100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1-й степени.

**Биопсия печени:** небольшие участки печеночной ткани, нарушение дольковой структуры печени. Отмечаются пролиферация, деструкция холангиолы, перидуктулярный фиброз. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте.

#### **Задача (задание) 46**

Больная Т., 32 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре - лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент П тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Креатинин 170 мкмоль/л. Общий анализ крови: эр. —  $3,0 \times 10^9$ /л, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. —  $7,8 \times 10^9$ /л, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейкоц. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые.

#### **Вопросы.**

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

#### **Задача (задание) 47**

Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.

#### **Вопросы:**

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

#### **Задача (задание) 48**

Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья, преимущественно при стрессах, а также при цветении тополя и березы. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась субфебрильная

температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья.

Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД — 24 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой парастернальной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс — 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

#### **Вопросы.**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### **Задача (задание) 49**

Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались в правой подвздошной области. Из анамнеза: больной получал антибиотики в течение последних двух недель по поводу уроинфекции. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз —  $12 \times 10^9/\text{л}$ .

#### **Вопросы.**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### **Задача (задание) 50**

К врачу обратилась женщина 18 лет с жалобами на повышение температуры до 38,2 С, тянущие боли в поясничной области справа, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей. Считает себя больной в течение недели, когда появилось частое болезненное мочеиспускание. Принимала отвар шиповника.

Объективно: Температура тела 38,5 С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом

поколачивания слегка положительный справа. Мочеиспускание (со слов) свободное, частое, болезненное. Стул в норме.

В ОАК: лейкоцитоз -  $12 \times 10^9$  /л, сдвиг формулы влево до палочкоядерных - 9%, ускорение СОЭ - 30 мм/час.

В ОАМ: протеинурия - 0,0066%, лейкоцитурия - 30-40 х.  
УЗИ почек: расширение ЧЛС справа.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 51**

Пациентка Д, 42 лет, страдающая артериальной гипертонией, обратилась в приемное отделение стационара с жалобами на головные боли в затылочной области, давление на глаза, тошноту, озноб. Ухудшение состояния началось после стрессовой ситуации (неприятности на работе), приняла папазол без эффекта. Объективно: лицо гиперемировано, пульс напряженный, 98 в минуту, АД 170/100 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие экстренные меры необходимо принять в данном случае?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 52**

Пациентка 45 лет. Жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, повышенную утомляемость, шум в голове, выпадение волос, желание есть мел.

В анамнезе неоднократно маточные кровотечения, миома матки. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев и постепенно нарастают.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся. Отмечается поперечная исчерченность и ломкость ногтей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Пульс 96 ударов в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Левая граница сердца в 5 межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум во всех точках. Шум волчка на яремных венах. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову  $9 \times 8 \times 7$  см., селезенка не пальпируется, размеры  $4 \times 6$  см.

Анализ крови:

Эр-2,9 \*10<sup>12</sup>/л., Нв-72 г/л., ретикулоциты – 0,4 %, ЦП-0,75 MCV – 72 фл, MCH – 22 пг, MCHC – 28 г/дл СОЭ-12 мм/ч, железо сыворотки – 8 ммоль/л., ОЖСС – 95 мкмоль/л

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 53**

Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз).

Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия — в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс — 64 в минуту. АД — 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. Перкуторно — ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень — по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику
4. Определить тактику ведения.

**Задача (задание) 54**

На вашем амбулаторном приеме мужчина 65 лет поздоровался, побледнел и упал. Без сознания, кожные покровы бледные, зрачки широкие, на свет не реагируют. АД и пульс на сонных артериях не определяются.

**Вопросы:**

1. Как называется данное состояние?
2. Оказать неотложную помощь.
3. Определить тактику ведения.

### **Задача (задание) 55**

В клинику поступила больная 62 лет с жалобами на слабость, головокружение, частый стул до 4 раз в сутки. Каловые массы неоформленные, дегтеобразного цвета, содержат примеси слизи. Болеет около 6 месяцев. Появились неинтенсивные боли в левой половине живота, изменился характер стула. В каловых массах появилась примесь слизи, прожилки изменённой крови. Периодически беспокоит вздутие живота, урчание. Начала терять вес, ухудшился аппетит. Состояние больной средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 110 уд. в мин АД 120/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в 1 точке аускультации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, по ходу нисходящего отдела ободочной кишки пальпируется опухолевидное образование. Диурез достаточный, моча обычного цвета. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал черного цвета.

В ОАК – уменьшение количества эритроцитов, показателей гемоглобина, гематокрита, небольшой лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, ускорение СОЭ.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 56**

Женщина. Рост: 153 см. Вес: 55,8 кг. Возраст: 51 год. Окружность талии: 72,5 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 23,8 (норма 18,5-25,0) – норма.

Жалобы: склонность к тахикардии: ЧСС в покое 85-90 в минуту. Однократный эпизод ощущения перебоев в работе сердца около месяца назад. Склонность к гипотензии: АД стабильно 90/60 – 110/70, при повышении САД более 120 – выраженный общий дискомфорт. Чувство нехватки воздуха – периодически. По лестнице поднимается на 4-й этаж без жалоб.

Из анамнеза: В 2001 году удалена правая доля щитовидной железы (узловой зоб). Постоянное наблюдение эндокринолога, прием л-тироксина с заменой на йодамарин, последнее время принимает эутирокс 50 мг утро. Многократно гормоны в норме.

На ЭКГ от 25.02.16 – синусовый ритм с ЧСС 85 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Неполная блокада ПППЖ. Умеренные нарушения процессов реполяризации диффузного характера. В динамике – снижение вольтажа к. QRS в стандартных отведениях от конечностей.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 57**

У больной 36 лет жалобы на боль в горле при глотании, повышение температуры до 38,8° С, общее недомогание. Болеет 3 дня. Лечилась домашними средствами - полосканием горла, принимала аспирин, лечение не помогло. Фарингоскопия затруднена - болезненно реагирует на введение, шпателя. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, инфильтрирована. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. При гипофарингоскопии определяется гиперемия, инфильтрация ткани язычной миндалины, на ее поверхности определяются налеты в виде белых островков.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 58**

Пациентка Н., 76 лет, предъявляет жалобы на практически постоянное ощущение дискомфорта по ходу позвоночника, ощущение «усталости в спине»; снижение роста с 165 до 148 см в течение последних 10 лет; боли за грудиной и общую слабость при наклоне вперед ранее, чем через два часа после еды; головную боль, связанную с повышением АД до 160/90 мм рт.ст. (адаптирована к АД 120-130/70-80 мм рт.ст.); повышение массы тела и окружности талии, несмотря на отсутствие изменений в образе жизни.

Объективно: выраженная деформация позвоночника во фронтальном и сагиттальном направлениях.

Из дообследования: на рентгенографии органов грудной клетки определяется выраженная деформация позвоночника, признаки остеопороза, смещение желудка в грудную полость.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 59

Пациент М., 52 года, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, выраженное вздутие живота, периодический кожный зуд, общую слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, признался, что ежедневно употребляет алкоголь не менее 1 стакана водки. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы смуглые, склеры - желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание жесткое, хрипы нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена - 160 x 100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

**В анализах крови:** гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,5 млн, лейкоциты - 3,8 тыс., тромбоциты - 126 тыс., СОЭ - 15 мм/ч. АСТ - 86 ед/л, АЛТ - 58 ед/л, ГГТ - 92 ед/л, ЩФ - 280 ед/л, ХЭ - 4533 ед/л, общий билирубин - 3,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

При **УЗИ** органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

#### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 60

Больной М., 38 лет, жалуется на ежедневную изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, подташнивание, вздутие живота, периодические расстройства живота по типу чередования запоров и поносов

Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно. Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет часто, особенно пиво.

Рост – 178 см. Вес - 98 кг

Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 месяцев

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, равномерно вздут, болезненный при глубокой пальпации в пилорoduоденальной зоне, по ходу ободочной кишки,



больше справа. Печень увеличена на 1,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный 2-3 раза в сутки.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 61**

Больная жалуется на периодические приступы чиханья, сопровождающиеся обильными водянистыми выделениями из носа, слезотечением, зудом в носу, затруднением носового дыхания. Перечисленные симптомы стали беспокоить в течение последнего года, когда начала работать на фабрике химической чистки одежды. Риноскопия: слизистая оболочка полости носа бледная=отечная, нижние и средние носовые раковины увеличены, «фарфоровые». Носовые ходы сужены, обильное слизистое отделяемое. Носовое дыхание отсутствует. Смазывание слизистой оболочки носа сосудосуживающими средствами носового дыхания не улучшает. Поставьте диагноз, укажите, какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза. Определите тактику лечения.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 62**

Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно было обнаружено припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием парацетамола привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области пораженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав увеличен в объеме, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Внутренние органы без существенных видимых изменений.

**Результаты дополнительного обследования**

ОАК: Нв - 158 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. -  $7,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 26 мм/час., анализ крови на сахар - 4,66 ммоль/л, ПТИ - 87%.

БАК: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины  $\alpha_1$  - 3%,  $\alpha_2$  - 9%,  $\beta$  - 14%,  $\gamma$  - 21%.

ОАМ: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейкоц. - 0-2-4 в п/зр.

Исследование синовиальной жидкости: наличие иголецких кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм<sup>3</sup> (преимущественно нейтрофилы).

УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханый комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.

СКТ почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте.

**Задача (задание) 63**

Пациент обратился в поликлинику с жалобами на кожные высыпания, покрытые чешуйками, преимущественно на границе волосистой части головы. Биоптат поврежденной кожи роста грибов не выявил.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 64**

Мужчина, 35 лет, обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в правом подреберье, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, тошноту, усиление аппетита.

Анамнез заболевания: Заболел 7 дней назад. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя. Наследственный анамнез не отягощен.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,1 \times 10^{12}/л$ , Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты- $7,8 \times 10^9/л$ , Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи - без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 12 мм. ФЭГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва передней стенки луковицы размером 8 мм. Заключение: эрозивный антральный гастрит. Язва передней стенки луковицы 12п кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12п кишки 2 ст.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 65**

Пациентка 68 лет поступила в терапевтическое отделение городской больницы с жалобами на выраженные боли в костях и позвоночнике, усиливающиеся при физической нагрузке, перемене погоды, повышенную утомляемость. За последние полтора года рост уменьшился на 3 сантиметра.

В анамнезе: двухсторонняя овариэктомия 15 лет назад. У матери был перелом шейки бедра.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Рост – 158 см, вес- 56 кг, выраженная сутулость. Болезненность при пальпации остистых отростков позвонков. Реберная дуга низко опущена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 66**

Мужчина, 35 лет, обратился на прием с жалобами на боли в правом подреберье, режущего характера, возникающие через 2 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, усиление аппетита.

Анамнез заболевания: Заболел вчера. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя.

Из обследования: общий анализ крови: Эритроциты- $4,1 \times 10^{12}/л$ , Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты- $7,8 \times 10^9/л$ , Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи - без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 2мм.

ФГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва размером 4-6 мм.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 67**

Беременная И., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации в сроке беременности 33-34 недели с жалобами на отеки нижних конечностей. Беременность первая. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический пиелонефрит (состоит на диспансерном учете у нефролога). Прибавка веса составила 14 кг, за последнюю неделю – 1,0 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 и 115/80 мм.рт.ст. Матка в состоянии нормального тонуса. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные, 140 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей. Общие анализы крови, мочи без патологических изменений.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 68**

Больная 56 лет страдает артериальной гипертензией (АД 180/100 – 150/90 мм рт. ст.). АД стало повышаться в возрасте 50 лет с развитием постменопаузы. За последние пять лет прибавила в весе 20 кг.

Объективно: повышенного питания. Рост 156 см, вес 90 кг. Индекс массы тела 40 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение абдоминального типа. Объем талии 103 см, объем бедер 108 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края.

Биохимический анализ крови: билирубин - 16,6 мкмоль/л, АЛТ - 64 ЕД/л, АСТ- 40 ЕД/л, холестерин общий 8 ммоль/л; триглицериды 2,5 ммоль/л; ХС ЛПВП 0,9 ммоль/л; глюкоза крови натощак 6,1 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы 10,0 ммоль/л.

Микроальбуминурия: 250 мг/сутки.

ЭХОКГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка 121 г/м<sup>2</sup>, признаки диастолической дисфункции, ФВ 62%.

УЗИ ОБП: признаки жирового гепатоза

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке.

### **Задача (задание) 69**

Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень больше правой в диаметре. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 70**

Больной С., 20 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, учащенный жидкий стул до 5-7 раз в сутки с примесью слизи и алой крови, тенезмы, боль при дефекации, повышение температуры тела до 37,3 - 37,5 С общую слабость, нарушение сна, тревожность. За время болезни похудел на 10 кг. Считает себя больным 2 года. Диагноз геморроя не подтвержден. Дважды в стационаре исключался аппендицит. Безуспешно лечился по поводу предполагавшейся дизентерии.

Объективно: состояние средней тяжести, упитанность снижена, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 92 уд в минуту, АД -100/70 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована. Общий анализ крови: эритроциты -  $3,16 \times 10^{12}$  /л и гемоглобин 78 г/л, лейкоциты  $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 36 мм/ч. Копрограмма: нейтральный жир ++, мышечные волокна ++, свежие эритроциты и лейкоциты на все поле зрения, большое количество слизи. Ректороманоскопия: слизистая прямой и сигмовидной кишок гиперемирована, отечна, зернистая, кровоточит, гранулирующие эрозии. Ирригоскопия: толстая кишка сужена, лишена гаустр, контуры неровные, нечеткие.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 71**

Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Появилось шелушение, эрозии в области соска. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре отмечается втяжение соска со шелушиванием над ним эпидермиса. При пальпации в области соска определяется опухоль 3x2 см. В левой подмышечной области увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без патологии.

Мамография – тень в области соска с отложением солей кальция.

УЗИ молочных желез – гиперэхогенное образование без четких контуров.

Пункционная биопсия – аденокарцинома.

#### **Вопросы.**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Определите лечебную тактику.

**Задача (задание) 72**

Женщина. Рост: 152 см. Вес: 83,4 кг. Возраст: 63 года. Окружность талии: 103 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 36,1 (норма 18,5-25,0) – ожирение 2 ст.

Жалобы: Повышение АД до 160-170/90-100 мм рт.ст., постоянное, сопровождающееся головной болью. Отеки ног при длительном сидении. Одышка инспираторная при подъеме на 3-й этаж. Изжога выраженная, связывает с приемом лекарственных средств.

Из анамнеза: повышение АД более 30 лет на фоне частых стрессов. Последнее время самостоятельно принимает атенолол 100 мг + тромбоАСС 100 мг, эпизодически – эналаприл.

Год назад выполнялось ФГДС - норма (изжоги тогда не было).

На ЭхоКГ – склероз аорты, створок АК, МК, недостаточность МК 1 ст. ЛП 43 мм. МЖРд 9, ЗСЛЖд 9,0-9,5 мм. ФВ 60%. Начальные проявления ДДЛЖ.

УЗТС БЦА – норма.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Выраженные нарушения процессов реполяризации в ниже-боковых отделах левого желудочка перегрузочного либо ишемического характера.

Гликозилированный гемоглобин 5,3%, С-пептид 622 пмоль/л (норма).

Липидограмма – ОХС 5,9, ЛПНП 3,48, ТГ1,29.

АЛТ 0,26, АСТ 0,23, креатинин 97. ОАМ норма. В ОАК СОЭ 23, гемоглобин 122, эритроциты 5,8 (ЦП 0,63).

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 73**

Мальчику 6 лет проведена проба Манту в связи с запланированной ревакцинацией БЦЖ. При проверке диагностической пробы – папула 12 мм. Из учетной формы 63 установлено: ребенок привит против туберкулеза в роддоме, рубчик 5 мм. Реакция манту в 1 год – папула 5 мм, в 2 года – папула 3 мм, в 3,4,5 лет – реакция Манту отрицательная.

Из анамнеза жизни ребенка известно: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, в течение года после развода с мужем мать и ребенок проживают у родственницы, нигде не работающей, злоупотребляющей спиртным.

При осмотре: мальчик правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы определяются в 5 группах, мелкие, плотно-эластичные. В легких перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные. Живот мягкий б/б.

Со слов мамы, последние месяцы у ребенка снижен аппетит, стал менее подвижным, появилась потливость, неустойчивая температура, к врачу не обращались.

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз, дифференциальный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования ребенка и членов семьи.
3. Определите тактику лечения, показания к ревакцинации БЦЖ, посещения ДДУ.

**Задача (задание) 74**

Больная К. 47 лет, бухгалтер, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на острые боли в эпигастральной области и в правом подреберье с иррадиацией вверх и в правую лопатку, продолжительностью рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчение, изменение окраски мочи до цвета пива, обесцвеченный кал. В течение 2 последних недель отмечает появление нерезко выраженных болей в верхней части живота после еды, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, чередование запоров и поносов  
История заболевания: Боли появились 6 часов назад после употребления жирной пищи. Самостоятельно приняла 2 таблетки но-шпы, однако облегчения не наступило и пациентка вызвала СП. При осмотре: гиперстеническая конституция, небольшая иктеричность склер, слизистых мягкого неба. Лихорадка – 37,7. При пальпации живота - положительный симптом Ортнера - Мюсси, напряжение мышц передней брюшной стенки.  
Лабораторные показатели: повышен общий билирубин за счет прямой фракции, щелочная фосфатаза, ГГТП - повышены.

Клинический анализ крови: лейкоц. -15,1 (п.-12%, с-63%, лимф.-32%, м.-4), СОЭ-25 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 75**

Женщина, 55 лет. Индекс массы тела 29,4 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: ноющая, колющая боль в области основания сердца, без видимой причины, неоднократно в сутки, длится от 1-2 минут до 30-40 минут, проходит самостоятельно или после корвалола или валокардина. Повышение АД до 145/80-90 при привычном 100/60. Эпизоды высокого пульсового АД при низком ДАД (например, 110/50). Дрожь при отсутствии пищи, проходящая после сладкого. Увеличение веса на 5 кг за 6 месяцев.



Из анамнеза: данные жалобы эпизодически беспокоили несколько лет, последние 3 недели стали чаще и интенсивнее. В 2009 г. экстирпация матки с придатками, получает заместительную гормональную терапию. Обследование не проводилось.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 76**

В приемный покой доставлен больной 68 лет с жалобами на боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро. Боль сопровождается тошнотой и рвотой. Слабо выражен симптом поколачивания и симптом раздражения брюшины. Поведение больного спокойное. Диагноз неясен.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

**Задача (задание) 77**

Девочка 8 месяцев выписана из детской больницы, в которой лечилась по поводу правосторонней полисегментарной пневмонии, рахита II степени, в периоде разгара. При выписке на контрольной рентгенограмме органов грудной клетки патологии легких не выявлено; общий анализ крови – Hb 90 г/л, цветовой показатель 0,7, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6 \times 10^9/л$ , СОЭ 6 мм/час.

Из анамнеза известно, что девочка родилась от нежеланной беременности, женщина злоупотребляла алкоголем, курила. Роды при сроке 35 недель, масса 2200 г.

**Вопросы.**

1. Укажите факторы риска развития фоновых заболеваний.
2. Оцените данные гемограммы и выставите диагноз.
3. Дополните данные клинической картины фоновых заболеваний.
4. Составьте план лечения, ухода, вскармливания, реабилитации.
5. Составьте примерное меню ребенку на день.

**Задача (задание) 78**

У больного 40 лет, длительно страдающего язвенной болезнью желудка, в последние сутки боли значительно уменьшились, но появилась нарастающая общая слабость, головокружение.

Утром поднявшись с постели, потерял на несколько секунд сознание. Родственники вызвали СП.

Объективно: Больной бледен. Тоны сердца приглушены, ритмичные, чистые. ЧСС-96 в 1 мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Пульс частый, нитевидный.

Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области.

Стул – однократный, черного цвета.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 79**

Мужчина 40 лет утром по дороге на завод почувствовал заложенность левого уха и усиление в нем шума, который замечал уже в течение 3 мес. Спустя 2 ч во время работы на станке внезапно появились резкое головокружение с ощущением вращения предметов влево, расстройство равновесия, тошнота, позывы к рвоте, общая слабость. Врачом медицинского пункта констатировано побледнение и повышенная влажность кожи, низкое артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст., урежение пульса до 60 ударов в минуту, спонтанный нистагм влево, понижение слуха на левое ухо. Указаний на какое-либо заболевание ушей в прошлом нет.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 80**

Больная И. 22 года. Болеет около полугода. В летние месяцы через короткие промежутки времени трижды перенесла "грипп". С тех пор беспокоят слабость, снижение аппетита, боли в суставах, прогрессирующая потеря веса (на 15 кг за последние 4 месяца), субфебрилитет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки был выявлен двусторонний экссудативный плеврит. 4 недели назад у больной вновь повысилась температура до 37,8-38,0 С, усилилась слабость, появились резкие головные боли, нарушение зрения, тупые ноющие боли в области сердца, одышка при ходьбе, на щеках и на носу ярко розовая эритема в виде "бабочки", моча приобрела цвет "мясных помоев".

Объективно: кожные покровы бледные. Имеются отеки на лице и веках. Суставы не изменены. АД - 180/110 мм.рт.ст. ЧСС 90 ударов в минуту. Границы сердца увеличены влево на 2 см. Тоны приглушены, ритмичные. Акцент 2-го тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,08 \times 10^{10}$  /л, гемоглобин - 106 г/л, тромбоциты -  $140 \times 10^9$ %, лейкоциты -  $3,9 \times 10^9$ /л, э-0%, б-0%, п-5%, с-71%, л-20%, м-4%, СОЭ – 57 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес - 1020, белок-3,3г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20 в поле зрения (выщелоченные), цилиндры гиалиновые и зернистые - единичные в препарате. Мочевина - 8,3 ммоль/л. Креатинин крови - 144 мкмоль/л. Общий белок крови - 50 г/л. Альбумины - 38,7%. Глобулины - 61,3%,  $\alpha_1$  - 9,8%,  $\alpha_2$  - 18,4%,  $\beta$  - 7,5%,  $\gamma$  - 25,6%. ГЕ - клетки не обнаружены.

### Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

### Задача (задание) 81

Женщина 47 лет страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. При неврологическом осмотре выявлен левосторонний гемипарез, левосторонняя гемигипестезия и гемианопсия.

#### Вопросы:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Тактика лечения.
- 5) Принципы вторичной профилактики заболевания и профилактики инвалидизации.

### Задача (задание) 82

На прием обратился пациент Б., 48 лет, с жалобами на общую слабость, снижение зрения, увеличение массы тела.

СД 2 выявлен 3 года назад, принимает метформин в дозе 2000 г/сут. В последние годы периодически повышается артериальное давление (АД), регулярную антигипертензивную терапию не получает.

Вредные привычки: курит (10–12 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно.

Семейный анамнез отягощен по ИБС и артериальной гипертензии.

При физикальном осмотре: рост 176 см, вес – 96 кг, индекс массы тела –  $30,6 \text{ кг/м}^2$ , окружность талии – 98 см. АД 160/95 мм рт. ст. Пульсация на aa. dorsalis pedis сохранена.

Результаты дообследования:

- клинический анализ мочи: глюкозурия - 7,0 ммоль/л; микроальбуминурия (МАУ) – 260 мг/сут;

- биохимический анализ крови: креатинин – 99,5 мкмоль/л, мочевая кислота – 277,2 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза – 20 е/л, аланинаминотрансфераза – 16,3 е/л, гликемия – 8,9 ммоль/л;
- липидный профиль: общий холестерин – 5,93 ммоль/л, триглицериды – 1,94 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 3,93 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,0 ммоль/л;
- СКФ – 74 мл/мин на 1,73 м<sup>2</sup>;
- гликированный гемоглобин (HbA1c) – 8,8%;
- Электрокардиограмма: ритм синусовый с ЧСС 80 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.
- По данным эхокардиограммы, имелись признаки гипертрофии левого желудочка; полости не расширены, зон гипокинеза не отмечено; фракция выброса 68%.
- Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD). Состояние после лазерной коагуляции сетчатки от 2010 г.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 83**

У больного 30 лет жалобы на пульсирующую боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха слева. Болен в течение двух недель. После переохлаждения появилась заложенность в ухе, затем сильные боли в нем и гноетечение. Температура поднялась до 39 С. С появлением гнойного отделяемого из левого уха боли стихли, температура снизилась, однако обильные слизисто-гнойные выделения из уха продолжали беспокоить, ощущение боли распространялось на заушную область. При осмотре – слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, с перфорацией в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, ее болезненность при пальпации. На рентгенограмме височных костей - затемнение клеток сосцевидного отростка, антрума.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

### **Задача (задание) 84**

Больной В., 35 лет, обратился повторно к врачу с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, связанную с актом дыхания, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38, 5С. Считает себя больным в течение последних 5 дней, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 39 С, отмечалась ломота в теле. В течение последующих 3 дней присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, парацетамол, патогенетическая противогриппозная терапия). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. На фоне терапии состояние несколько улучшилось, температура снизилась до субфебрильных цифр, однако на 5 день появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38, 5С.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий — 26 в мин.

В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксилярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД — 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

#### **Вопросы.**

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. План лечения.

### **Задача (задание) 85**

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

#### **Задача (задание) 86**

Больная Н., 32 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на периодически возникающие приступы пульсирующей головной боли, локализуемой в лобно-височно-глазничной области, чаще справа. Боль нарастает постепенно, в течение 1,5-2 часов, усиливается при физической нагрузке и громком разговоре, сопровождается тошнотой, рвотой. После рвоты интенсивность головной боли снижается. Длительность болевого приступа около 24-48 часов. Приступ провоцируется приемом красного вина и кофе. Всего за последний год было около шести подобных приступов. Тетя больной по материнской линии страдала аналогичными приступами, которые прекратились после наступления менопаузы.

При осмотре в неврологическом статусе и на глазном дне патологических изменений не выявлено, на РЭГ - явления сосудистой дистонии.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дообследование.
3. Назначьте лечение.

#### **Задача (задание) 87**

Больная А., 68 лет, пенсионер. При обращении к врачу поликлиники предъявляет жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая

держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения мази на основе НПВС. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни: страдает артериальной гипертензией, лечится нерегулярно.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Рост – 162 см. Вес – 106 кг. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

### **Вопросы.**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

### **Задача (задание) 88**

Ребенок 6 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре участковым врачом: температура тела 37,8<sup>0</sup>С, увеличение и болезненность шейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.

При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на нёбе и нёбных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка – не увеличены.

Общий анализ крови: Нв – 135г/л, Эр – 4,1х10<sup>12</sup>/л, Лейк – 6,3х10<sup>9</sup>/л, п/я – 1%, с/я – 30%, э – 5%, л – 53%, м – 3%, плазматических клеток – 8, СОЭ – 12 мм/час.

### **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Оцените результаты анализа периферической крови.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
6. Назначьте лечение.
7. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12-й неделе беременности?

## КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

## КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:



Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

## ЛИТЕРАТУРА

### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Общая врачебная практика. В 2 т. [Электронный ресурс]: национальное рук-во / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 2017, 2019. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)
2. Медицинские осмотры: рук-во для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)

### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев; под. ред. В. С. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 888 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)
2. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 576 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)
3. Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 488 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)
4. Кардиология: национальное рук-во: краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)
5. Ревматология: учеб. пособие [Рек. ФГАУ "Федеральный ин-т развития образования"]: для студентов вузов, ординаторов и практических врачей / под ред. А.А. Усановой. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 407 с. (1 экз.)
6. Пульмонология [Электронный ресурс]: национальное рук-во: краткое издание /под ред. А. Г. Чучалина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 800 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». (ЭР)

### Перечень интернет-ресурсов

	<b>ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ</b>	<b>Доступ к ресурсу</b>
1.	<b>Электронная библиотека РостГМУ.</b> – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opacg/">http://109.195.230.156:9080/opacg/</a>	Доступ неограниче н
2.	<b>Консультант студента</b> : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: <a href="http://www.studmedlib.ru">http://www.studmedlib.ru</a>	Доступ неограниче н
3.	<b>Консультант врача.</b> Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a>	Доступ неограниче н

4.	<b>Научная электронная библиотека eLIBRARY.</b> - URL: <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	Открытый доступ
5.	<b>Национальная электронная библиотека.</b> - URL: <a href="http://нэб.рф/">http://нэб.рф/</a>	Доступ с компьютеров в библиотеки
6.	<b>Всемирная организация здравоохранения.</b> - URL: <a href="http://who.int/ru/">http://who.int/ru/</a>	Открытый доступ

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и

обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

*Образец эталона ответа на государственном экзамене:*

Задача.

Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.

Вопросы:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

Ответы:

1) Геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния (вероятно, аневризматическое).

2) Госпитализация обязательна

3) КТ, МРТ-ангиография или контрастная ангиография, люмбальная пункция, транскраниальная ультразвуковая доплерография.

4) Тактика лечения:

Нормализация дыхания и газообмена. Нормализация и поддержание стабильной гемодинамики:

а) купирование отека мозга (маннитол 20%, возвышенное положение головы, оксигенация;

б) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нитрендипин или лерканидипин);

в) хирургическое лечение при обнаружении аневризмы;

г) базисная недифференцированная терапия инсульта.

5) В течение 1-го года от начала болезни погибают 60% больных, но при своевременном хирургическом лечении аневризмы риск летального исхода уменьшается втрое. При субарахноидальном кровоизлиянии другой этиологии прогноз, как правило, благоприятен.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. Факторы риска. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина, 59 лет, ИМТ 41,3 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: повышение АД в вечерние часы до 150-160/100 мм рт.ст. (однократно – САД 200 мм рт.ст., вызывала СМП), сопровождающееся чувством тяжести в левой половине грудной клетки и распирающей болью в затылочной части головы, купирующееся каптоприлом 25 мг. В утренние часы – снижение АД до 100/70 мм рт.ст., сопровождающееся общей слабостью, головокружением, болью в лобной части головы. Одышка при подъеме выше третьего этажа. Сухой кашель на фоне приема эналаприла.</p> <p>Из анамнеза: С молодости – гипотоник. Повышение АД эпизодически стало отмечаться несколько лет назад. Постоянно принимает препараты около месяца (индапамид 2,5 мг утро, эналаприл 1,25 мг утро + вечер). Повышение массы тела на 20 кг за последний год (алиментарно). Хронический панкреатит.</p> <p>Из обследования: На ЭКГ от 12.01.2016 – синусовый ритм. Нарушение реполяризации в области задней стенки левого желудочка.</p>

	<p>Липидограмма – норма.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Катаракта. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мальчик 3-х лет. Вскоре после его рождения мать заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Что Вы заподозрите у этого ребенка?</li> <li>2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?</li> <li>3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?</li> <li>4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?</li> <li>5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственный экзамен**  
**по образовательной программе высшего образования -**  
**программе ординатуры**  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
*Год начала подготовки –*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Стенокардия, определение понятия. Клинические формы стенокардии. Острый и хронический коронарный синдром. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина, 75 лет. Рост: 170 см. Вес: 86 кг. Жалобы: давящая, пекущая боль за грудиной при минимальной нагрузке (ходьба 50 м) и в покое (трижды за ночь просыпается от боли), проходящая в покое или после приема нитроглицерина 2-х доз через 3-10 минут. Колебания АД 120/60-160/80 мм рт.ст. Колебания глюкозы 6,0-11,0-17,0 ммоль в течение каждых суток. Ранее - чувство остановки сердца, чаще ночью. Чувство замедленного опорожнения мочевого пузыря, неполного опорожнения.</p> <p>Из анамнеза: В 1996 году перенес ОИМ. Повышение АД более 20 лет. В 2005 году повторный ОИМ. Диабет более 10 лет, на комбинированной терапии, включая инсулин. Язвенная болезнь желудка – в 47 лет. Последний пассаж бария около 6 лет назад – норма. Аденома простаты длительно, сейчас препараты не принимает.</p> <p>Ухудшение состояния – около 2-х недель назад, когда снизилась толерантность к нагрузкам. Появились и участились ночные боли до 3-х раз за ночь.</p>

	<p>Из обследования: На ЭКГ в момент приступа боли за грудиной (ССП) – отрицательная динамика в виде нарушений реполяризации V2-V6, на ЭКГ в покое без боли – восстановление реполяризации. На ЭхоКГ ФВ 55%. Гипертрофия миокарда до 12 мм, признаки атеросклероза. Диастолическая дисфункция миокарда.</p> <p>Консультирован кардиохирургом год назад – рекомендовано проведение ККГ, на тот момент отказался.</p> <p>На УЗТС артерий нижних конечностей – признаки атеросклероза.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Туберкулез органов дыхания. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения. Тактика врача общей практики в семейном очаге.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной, 17 лет. Изменения в легких выявлены при флюорографическом обследовании. Беспокоили непродуктивный кашель, повышенная утомляемость. Состояние удовлетворительное. Рентгенологически: в верхней доле левого легкого субплеврально гомогенное округлое затенение размером до 2,5 см с резкими наружными контурами и неширокой дорожкой к корню легкого. В окружающей ткани единичные мелкие очаговые тени. О/а крови без особенностей. Проба Манту – 19 мм. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Укажите ведущий рентгенологический синдром.</li> <li>7. Дифференциальный диагноз с рядом заболеваний, имеющих схожие рентгенологические данные.</li> <li>8. Какие методы дообследования еще необходимы?</li> <li>9. Поставьте диагноз по классификации, его обоснование.</li> <li>10. План лечения.</li> </ol>



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Острые нарушения ритма и проводимости. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина, 58 лет. Жалобы: Давящая боль в прекардиальной области и левой половине грудной клетки, выраженной интенсивность, возникающая после движений в левом плечевом суставе и продолжающаяся несколько часов. Чувство неритмичного сердцебиения, практически постоянно. Одышка инспираторная при ускорении шага. АД стабильно в пределах 80/50-95/60 мм рт.ст. (на терапии). Онемение ног при ходьбе. Появление подкожных расширенных вен на бедрах.</p> <p>Из анамнеза: в 2013 году перенесла ОНМК, выявлен кардиоэмболический генез – мерцание-трепетание предсердий, хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального порока. Оперирована в Краснодаре 30.01.13 – протезирование митрального клапана с частичным сохранением задней створки, тромбэктомия из левого предсердия, лигирование ушка левого предсердия. Данная боль беспокоит ежедневно после операции, последние 2-3 месяца интенсивность ее повысилась. Однократно – профузное носовое кровотечение без видимой причины с замедленной остановкой через несколько часов на фоне тампонады и аминокапроновой кислоты и снижением гемоглобина до 95 г/л.</p> <p>Постоянно получает: варфарин 2,5 мг 2,5 таблетки на ночь, дигоксин 1 табл. утро 5-6 дней в неделю, биогексин (рекомендован неврологом после</p>

	<p>инсульта), бисопролол 5 мг утро, предуктал – курсами, верошпирон 25 мг утро. МНО многократно 1,1-1,7, несмотря на повышение дозы варфарина до 2,5 таблеток в сутки.</p> <p>Объективный осмотр: Тоны сердца приглушены, аритмичные, легкий шум во всех точках аускультации, ЧСС примерно 56 в минуту. В остальном – норма.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>COVID-19. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики при подозрении.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной М., 52 лет самостоятельно вызвал ССП в связи с наличием жалоб на малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,2°С в течение 3 дней, чувство сдавления в грудной клетке, общую слабость, потливость, нарушение обоняния, однократно – диарея. Принимал жаропонижающие препараты с частичным кратковременным эффектом.</p> <p>Объективно: температура тела 37,9°С. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 94 в минуту. Перкуторно: над легкими ясный легочный звук, с обеих сторон ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно: с обеих сторон ниже угла лопатки дыхание ослабленное везикулярное, единичные мелкопузырчатые хрипы. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен.</p> <p>Данные дополнительных методов обследования: в ОАК: лейкоциты – <math>5,4 \times 10^9</math>, лимфоциты – 48%, СОЭ – 25 мм/ч. На СКТ грудной клетки: признаки двусторонней пневмонии. Границы сердца в норме.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Инфекции мочевыводящих путей. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар.</p> <p>При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейкоц. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. План обследования.</li> <li>3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.</li> <li>4. Лечение.</li> </ol>
2.	<p>Циррозы печени. Этиология, клиника синдрома печеночно-клеточной недостаточности, диагностика, лечение.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка К., 52 года, поступила в стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, кожный зуд, кровоточивость</p>

десен, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, общую слабость. Алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не было. Около пяти лет назад стали отмечаться эпизоды повышения температуры до 37,4°C-37,6°C, желтушность кожных покровов, кожный зуд, тупые боли в правом подреберье. При обследовании в стационаре по месту жительства выявлена гепатоспленомегалия. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. При комплексном обследовании данных за механическую желтуху не получено. После выписки принимала спазмолитики, антигистаминные препараты и НПВС с временным эффектом. Желтушность кожи продолжала сохраняться. Постепенно нарастала общая слабость, стало беспокоить вздутие живота. В последний месяц отмечает повышенную кровоточивость десен.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже рук, ног - следы расчесов, единичные петехии. ЧСС - 76 в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок выбухает. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Печень и селезенка пальпации не доступны. Отеков нет.

**В общем анализе крови:** эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 99 г/л, лейкоциты -  $2,76 \times 10^9/л$ , формула в норме, тромбоциты -  $100,8 \times 10^9/л$ , цветной показатель - 0,95, СОЭ - 50 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок - 7,8 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, общий билирубин - 8,4 мг/дл, прямой билирубин - 5,0 мг/дл (0-0,3), триглицериды - 124 мг/дл, общий холестерин - 351 мг/дл. АСТ - 167 ед/л, АЛТ - 102 ед/л, ГГТ - 220 ед/л (3-49), ЩФ - 2591 ед/л (98-274), ХЭ - 3657 ед/л. Электрофорез белков: альбумины - 36%, глобулины альфа-1 - 4,3%, глобулины альфа-2 - 13%, бета-глобулины - 12,4%, гамма-глобулины - 34,3%.

**Коагулограмма:** протромбиновый индекс - 64%, фибриноген - 3,36 г/л.

**В анализе мочи:** уробилин выше нормы, выявлены желчные пигменты и кристаллы билирубина.

**УЗИ брюшной полости:** печень увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима диффузно изменена. Желчевыводящая система без особенностей. Портальная вена 16,6 мм (до 13 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. Селезенка увеличена до 200 x 100 мм, селезеночная вена 14 мм (до 10 мм). Свободная жидкость в брюшной полости. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1-й степени.

**Биопсия печени:** небольшие участки печеночной ткани, нарушение дольковой структуры печени. Отмечаются пролиферация, деструкция холангиолы, перидуктулярный фиброз. Портальные поля расширены, фиброзированы. Инфильтрация и фиброз в портальных полях ориентированы на пораженные желчные ходы. Отмечаются признаки холестаза (пигментация, желчные тромбы), более выраженного на периферии дольки.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p><b>Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.</b></p> <p>Ситуационная задача. Мужчина, 72 года, ИМТ 33,2 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: повышение АД 140-170/70-100 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области, преимущественно после физ. нагрузки или приема алкоголя. Одышка инспираторная при длительном наклоне вперед. Наличие варикозно расширенных вен, преимущественно правой голени.</p> <p>Постоянно принимает лориста 50 мг утро.</p> <p>Из анамнеза: при занятиях в фитнес-центре (!) было выявлено повышение АД, рекомендовано обследование.</p> <p>На ЭхоКГ – гипертрофия миокарда (ЗСЛЖ 12, МЖП 14-15 мм), ДДЛЖ 1 типа, гипокинезия МЖП, уплотнение аорты и створок АК и ПМК. ФВ 56%.</p> <p>УЗТС вен нижних конечностей – признаки варикоза, преимущественно поверхностных и перфорантных вен.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте</li> </ol>

	свой выбор.
2.	<p>Синдром лихорадки. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p>Ситуационная задача. Мужчина 70 лет обратился с жалобами на усиление одышки при незначительной нагрузке, кашель с вязкой мокротой желтого цвета, слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5°C.</p> <p>В течение 2 лет наблюдается у пульмонолога с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, легкое течение. Постоянно получает беротек по 2 вдоха 6-8 раз в сутки, теопек 1 таблетку на ночь.</p> <p>Из анамнеза: страдает ИБС. Принимает нитраты, антагонисты кальция. Вредные привычки: курит в течение 50 лет по 15 сигарет в сутки.</p> <p>Объективно: Температура тела – 37,3°C. Кожные покровы розовые. Нормостенического телосложения. Грудная клетка правильной формы. ЧДД – 22 в минуту. В легких перкуторно – коробочный звук. Аускультативно – на фоне ослабленного везикулярного дыхания с обеих сторон выслушивается обилие рассеянных сухих хрипов. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 130/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Синдром синкопальных состояний. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p>Ситуационная задача. Женщина, 43 года. Жалобы: чувство перебоев в работе сердца с эпизодами его замирания, преимущественно вечером, без видимой причины, продолжительностью около 10 минут, проходят самостоятельно, примерно 3 раза в неделю. Обмороки без видимой причины 3-4 раза в год, в том числе до 20 минут, в том числе с предвестниками – мелькание «мушек» перед глазами.</p> <p>Из анамнеза: подобные перебои впервые возникли примерно с января 2016 года, с августа 2016 года стали чаще – от ежедневных до 3-х раз в неделю. Обмороки с детства. В раннем детстве диагностировали ВПС, диагноз снят в 7 лет. Частые простудные заболевания и ангины в детстве и во взрослом возрасте. Склонность к гипотензии. Курит ¼ пачки в сутки. На фоне отказа от курения – увеличение веса на 9 кг за 2 месяца, возврат курения.</p> <p>На ЭКГ – синусовая аритмия с ЧСС 89 в минуту. Низкий вольтаж комплекса QRS в стандартных и усиленных отведениях от конечностей. Нарушения проводимости по ПНПГ и ЗНР ЛНПГ. Нарушение реполяризации в верхушечно-боковой области левого желудочка. PQ 0,18. QT 0,36.</p> <p>На ЭхоКГ – пролапс передней створки МК 3 мм, недостаточность</p>

	<p>МК 2 ст, ТК 1,5-2 ст. ФВ 76%. МЖП 9 мм, ЗСЛЖ 9 мм.</p> <p>На СМЭКГ– синусовый ритм с ЧСС 50-129 (в среднем 79) в минуту. Транзиторный синдром WPW. Одиочная (83) и парная (2) СВЭ. Одиочная ЖЭ 2-х морфология (130).</p> <p>ОАК, ОАМ, липидограмма, биохимия крови – норма.</p> <p>Выполнен тест на дефицит магния: 33 балла (группа риска дефицита магния).</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке.</li> </ol> <p>Обоснуйте свой выбор.</p>
2.	<p>Хроническая болезнь почек. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная Т., 32 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре - лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Креатинин 170 мкмоль/л. Общий анализ крови: эр. — <math>3,0 \times 10^9</math>/л, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. — <math>7,8 \times 10^9</math>/л, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейкоц. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. План обследования.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз.</li> <li>4. Лечение.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  
\_\_\_\_\_  
протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Хронические обструктивные болезни легких: этиология и патогенез; классификация; диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная Ч., 80 лет, обратилась по поводу обострения ХОБЛ с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физическом напряжении, потливость, субфебрильную температуру, осиплость голоса.</p> <p>При объективном исследовании: акроцианоз, отечность стоп и голеней. Грудная клетка эмфизематозно расширена, межреберные промежутки сглажены, надключичные ямки втянуты. При перкуссии – над легкими определяется коробочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание ослаблено, выслушиваются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Частота дыхательных движений – 27 в 1 минуту. Тоны сердца значительно приглушены, акцентирован II тон над легочной артерией. Частота сердечных сокращений – 108 в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

2.	Геморрагический инсульт. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи, тактика врача общей практики (семейного врача) на догоспитальном и послегоспитальном этапе ведения больного.
	<p><b>Ситуационная задача.</b> Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Поставьте предположительный клинический диагноз?</li><li>2) Нужна ли госпитализация?</li><li>3) Какие обследования необходимо провести?</li><li>4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?</li><li>5) Возможные исходы заболевания?</li></ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Бронхиальная астма; этиология и патогенез; клиническая картина; диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья, преимущественно при стрессах, а также при цветении тополя и березы. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась субфебрильная температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД — 24 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница</p>

	<p>относительной сердечной тупости по правой парастеральной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс — 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дополнительного обследования.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Определить тактику лечения.</li> </ol>
2.	<p>Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались в правой подвздошной области. Из анамнеза: больной получал антибиотики в течение последних двух недель по поводу уроинфекции. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз – <math>12 \times 10^9/\text{л}</math>.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дополнительного обследования.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Определить тактику лечения.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Клинические варианты. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина. Рост: 170 см. Вес: 93,5 кг. Возраст: 62 года. Окружность талии: 111 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 32,4 (норма 18,5-25,0) – ожирение I ст.</p> <p>Жалобы: общая слабость. Колебания АД на фоне терапии 100/60 – 160/100 мм рт.ст. Давящая боль за грудиной при ходьбе с ускорением шага, купируется нитроглицерин. Отсутствие контроля МНО на фоне приема варфарина (при приеме 1-1,5-2 таблеток МНО от 1 до 8,6 с носовыми и почечными кровотечениями).</p> <p>Из анамнеза: АД повышается в течение 15 лет до 190/100 мм рт.ст. В 2009 году перенес ОИМ, после чего выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий. 26.11.16 перенес повторный ОИМ, осложнившийся желудочковой тахикардией, ЭИГ. Выполнена КАГ – стеноз ОА в дистальном отделе до 80%, реваскуляризация не показана.</p> <p>На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 92 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Рубцовые изменения задней стенки левого желудочка.</p> <p>На ЭхоКГ МЖПд 13-14, ЗСЛЖ 12-13 мм. ЛП 53 мм. ФВ 48-49%.</p>

	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Острый пиелонефрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> К врачу обратилась женщина 18 лет с жалобами на повышение температуры до 38,2 С, тянущие боли в поясничной области справа, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей. Считает себя больной в течение недели, когда появилось частое болезненное мочеиспускание. Принимала отвар шиповника.</p> <p>Объективно: Температура тела 38,5 С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слегка положительный справа. Мочеиспускание (со слов) свободное, частое, болезненное. Стул в норме.</p> <p>В ОАК: лейкоцитоз - <math>12 \times 10^9</math> /л, сдвиг формулы влево до палочкоядерных - 9%, ускорение СОЭ - 30 мм/час.</p> <p>В ОАМ: протеинурия - 0,0066%, лейкоцитурия - 30-40 х.</p> <p>УЗИ почек: расширение ЧЛС справа.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Артериальные гипотензии. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина, 39 лет, ИМТ 23,5 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: чувство нехватки воздуха при пребывании в транспорте и в зоне высокогорья. Чувство дискомфорта в прекардиальной области, длительное, возникающее без видимой причины. Склонность к гипотензии (АД 80/50-90/60 мм рт.ст.). Одышка инспираторная при подъеме на 5-й этаж.</p> <p>Из анамнеза: Подобные ощущения стали беспокоить около 5 лет назад после гриппа с высокой температурой. Неоднократно выполнялось ЭКГ (отрицательная динамика 2015 в сравнении с 2013 – ухудшение внутрижелудочковой проводимости по задней стенке левого желудочка, нарастание признаков гипертрофии левого предсердия и, возможно, правого желудочка, появление перегрузки верхушечной области левого желудочка). На ЭКГ от ноября и июля 2015 г. – без принципиальных изменений. Консультировалась у кардиолога 5 лет назад (значимой патологии не выявлено), периодически получала мексикор, кавинтон, препараты магния, кардиомагнил, милдронат, элькар и пр. ЭхоКГ никогда не выполнялось. Беременностей 2, роды – 2, без особенностей.</p> <p>Выполнено дообследование: на ЭхоКГ от 03.11.15: МЖПд 8 мм, ЗСЛЖд 7 мм (!), ФВ 71%, на ТК регургитация 2 ст и градиент 30 мм рт.ст. УЗТС БЦА: S-образный вход ВСА справа без гемодинамически значимого сдвига. Ротационные пробы отрицательные. Ферритин 42 мкг/л от</p>

	<p>03.11.2015. ОАК – без патологии. По дневнику АД и ЧСС: АД 95/65 – 110/70 мм рт.ст., ЧСС 70-75 в минуту.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p><b>В12-дефицитные анемии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</b></p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная К., 60 лет, доставлена в больницу без сознания. По словам родственников она в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, боли в языке, онемение стоп и ладоней, по поводу чего 3 года назад находилась в стационаре, где был поставлен диагноз анемии. После выписки из больницы к врачам не обращалась, не лечилась. Несколько месяцев назад состояние стало ухудшаться: нарастала общая слабость, появилась одышка, отмечалось изменение походки, в течение последних дней появилась заторможенность.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, без сознания, резкая бледность кожи и слизистых. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны приглушены. ЧСС 120 в мин, АД 90/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, селезенка - на 2 см. Лабораторные данные: Эритроциты - <math>1,15 \cdot 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 50 г/л., ЦП - 1,3, макроцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз, тромбоциты - <math>120 \cdot 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>3,5 \cdot 10^9/л</math>, э-3, п-3, с-50, л-39, м-5, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ 22 мм/ч. Глюкоза крови - 4,6 ммоль/л, мочевины крови - 6,6 ммоль/л, непрямого билирубина 33 мкмоль/л, сывороточное железо 19 мкмоль/л. На ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательный зубец Т в отведениях I и AVL.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Гипертонические кризы. Провоцирующие факторы. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка Д, 42 лет, страдающая артериальной гипертонией, обратилась в приемное отделение стационара с жалобами на головные боли в затылочной области, давление на глаза, тошноту, озноб. Ухудшение состояния началось после стрессовой ситуации (неприятности на работе), приняла папазол без эффекта. Объективно: лицо гиперемировано, пульс напряженный, 98 в минуту, АД 170/100 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какие экстренные меры необходимо принять в данном случае?</li> <li>4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>5. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Железодефицитные анемии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p>

**Ситуационная задача.** Пациентка 45 лет. Жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, повышенную утомляемость, шум в голове, выпадение волос, желание есть мел.

В анамнезе неоднократно маточные кровотечения, миома матки. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев и постепенно нарастают.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся. Отмечается поперечная исчерченность и ломкость ногтей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Пульс 96 ударов в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Левая граница сердца в 5 межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум во всех точках. Шум волчка на яремных венах. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см., селезенка не пальпируется, размеры 4\*6 см.

Анализ крови:

Эр-2,9 \*10<sup>12</sup>/л., Нв-72 г/л., ретикулоциты – 0,4 %, ЦП-0,75 MCV – 72 фл, MCH – 22 пг, MCHC – 28 г/дл СОЭ-12 мм/ч, железо сыворотки – 8 ммоль/л., ОЖСС – 95 мкмоль/л

**Вопросы:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Сахарный диабет, тип 2. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия — в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, к врачу не обращалась.</p> <p>Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс — 64 в минуту. АД — 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца — на 2 см кнаружи от левой</p>

	<p>срединно-ключичной линии. В легких -дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. Перкуторно — ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень — по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дополнительного обследования.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику</li> <li>4. Определить тактику ведения.</li> </ol>
2.	<p>Внезапная сердечная смерть. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <hr/> <p><b>Ситуационная задача.</b> На вашем амбулаторном приеме мужчина 65 лет поздоровался, побледнел и упал. Без сознания, кожные покровы бледные, зрачки широкие, на свет не реагируют. АД и пульс на сонных артериях не определяются.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Как называется данное состояние?</li> <li>4. Оказать неотложную помощь.</li> <li>3. Определить тактику ведения.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Рак кишечника. Факторы риска. Клиника. Ранние и поздние симптомы. Осложнения. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> В клинику поступила больная 62 лет с жалобами на слабость, головокружение, частый стул до 4 раз в сутки. Каловые массы неоформленные, дегтеобразного цвета, содержат примеси слизи. Болеет около 6 месяцев. Появились неинтенсивные боли в левой половине живота, изменился характер стула. В каловых массах появилась примесь слизи, прожилки изменённой крови. Периодически беспокоит вздутие живота, урчание. Начала терять вес, ухудшился аппетит. Состояние больной средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 110 уд. в мин АД 120/90мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в 1 точке аускультации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, по ходу нисходящего отдела ободочной кишки пальпируется опухолевидное образование. Диурез достаточный, моча обычного цвета. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал черного цвета.</p> <p>В ОАК – уменьшение количества эритроцитов, показателей гемоглобина, гематокрита, небольшой лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, ускорение СОЭ.</p>

	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Гипотиреоз. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина. Рост: 153 см. Вес: 55,8 кг. Возраст: 51 год. Окружность талии: 72,5 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 23,8 (норма 18,5-25,0) – норма.</p> <p>Жалобы: склонность к тахикардии: ЧСС в покое 85-90 в минуту. Однократный эпизод ощущения перебоев в работе сердца около месяца назад. Склонность к гипотензии: АД стабильно 90/60 – 110/70, при повышении САД более 120 – выраженный общий дискомфорт. Чувство нехватки воздуха – периодически. По лестнице поднимается на 4-й этаж без жалоб.</p> <p>Из анамнеза: В 2001 году удалена правая доля щитовидной железы (узловой зоб). Постоянное наблюдение эндокринолога, прием л-тироксина с заменой на йодамарин, последнее время принимает эутирокс 50 мг утро. Многократно гормоны в норме.</p> <p>На ЭКГ от 25.02.16 – синусовый ритм с ЧСС 85 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Неполная блокада ПНПЖ. Умеренные нарушения процессов реполяризации диффузного характера. В динамике – снижение вольтажа к. QRS в стандартных отведениях от конечностей.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>ИБС: классификация. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область, продолжительностью примерно 25 минут.</p> <p>Из анамнеза: подобные боли возникли впервые 2 недели назад, беспокоили 1 раз в 3 дня, продолжались 3-5 минут. Сегодня по дороге на работу впервые возникла более длительная боль – до 20 минут. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.</p> <p>Объективно: повышенного питания. ИМТ 31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>

	<p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</p>
2.	<p>Воспалительные заболевания гортани и глотки. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> У больной 36 лет жалобы на боль в горле при глотании, повышение температуры до 38,8° С, общее недомогание. Больна 3 дня. Лечилась домашними средствами - полосканием горла, принимала аспирин, лечение не помогло. Фарингоскопия затруднена - болезненно реагирует на введение, шпателя. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, инфильтрирована. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. При гипофарингоскопии определяется гиперемия, инфильтрация ткани язычной миндалины, на ее поверхности определяются налеты в виде белых островков.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</p>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Остеопороз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка Н., 76 лет, предъявляет жалобы на практически постоянное ощущение дискомфорта по ходу позвоночника, ощущение «усталости в спине»; снижение роста с 165 до 148 см в течение последних 10 лет; боли за грудиной и общую слабость при наклоне вперед ранее, чем через два часа после еды; головную боль, связанную с повышением АД до 160/90 мм рт.ст. (адаптирована к АД 120-130/70-80 мм рт.ст.); повышение массы тела и окружности талии, несмотря на отсутствие изменений в образе жизни.</p> <p>Объективно: выраженная деформация позвоночника во фронтальном и сагиттальном направлениях.</p> <p>Из дообследования: на рентгенографии органов грудной клетки определяется выраженная деформация позвоночника, признаки остеопороза, смещение желудка в грудную полость.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> </ol>

	4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.
2.	<p>Циррозы печени. Этиология, клиника отечно-асцитического синдрома, диагностика, лечение.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациент М., 52 года, обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, выраженное вздутие живота, периодический кожный зуд, общую слабость, быструю утомляемость.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, признался, что ежедневно употребляет алкоголь не менее 1 стакана водки. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы смуглые, склеры - желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание жесткое, хрипы нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена - 160 x 100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.</p> <p><b>В анализах крови:</b> гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,5 млн, лейкоциты - 3,8 тыс., тромбоциты - 126 тыс., СОЭ - 15 мм/ч. АСТ - 86 ед/л, АЛТ - 58 ед/л, ГГТ - 92 ед/л, ЩФ - 280 ед/л, ХЭ - 4533 ед/л, общий билирубин - 3,0 мг/мл, альбумин - 3,5 г/дл. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.</p> <p>При <b>УЗИ</b> органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной М., 38 лет, жалуется на ежедневную изжогу, кислую отрыжку, кислый привкус во рту, подташнивание, вздутие живота, периодические расстройства живота по типу чередования запоров и поносов Работа связана с частыми командировками. Питается нерегулярно. Имеет вредные привычки: курит более 15 лет, по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет часто, особенно пиво. Рост – 178 см. Вес - 98 кг Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение 1,5 месяцев Объективно: состояние удовлетворительное. Язык густо обложен налетом желто-белого цвета. Живот мягкий, равномерно вздут, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне, по ходу ободочной кишки, больше справа. Печень увеличена на 1,5 см, поверхность гладкая, несколько плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный 2-3 раза в сутки.</p> <p><b>Вопросы:</b></p>

	<p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</p>
2.	<p>Риниты. Риносинуситы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная жалуется на периодические приступы чиханья, сопровождающиеся обильными водянистыми выделениями из носа, слезотечением, зудом в носу, затруднением носового дыхания. Перечисленные симптомы стали беспокоить в течение последнего года, когда начала работать на фабрике химической чистки одежды. Риноскопия: слизистая оболочка полости носа бледная= отечная, нижние и средние носовые раковины увеличены, «фарфоровые». Носовые ходы сужены, обильное слизистое отделяемое. Носовое дыхание отсутствует. Смазывание слизистой оболочки носа сосудосуживающими средствами носового дыхания не улучшает. Поставьте диагноз, укажите, какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза. Определите тактику лечения.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</p>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Подагра. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.</p> <p>Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно было обнаружено припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием парацетамола привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области пораженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.</p> <p>Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых</p>

	<p>суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав увеличен в объеме, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.</p> <p>Внутренние органы без существенных видимых изменений.</p> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <p>ОАК: Нв - 158 г/л, эр. - <math>4,5 \times 10^{12}</math>/л, лейкоц. - <math>7,9 \times 10^9</math>/л, СОЭ - 26 мм/час., анализ крови на сахар - 4,66 ммоль/л, ПТИ - 87%.</p> <p>БАК: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины <math>\alpha_1</math> - 3%, <math>\alpha_2</math> - 9%, <math>\beta</math> - 14%, <math>\gamma</math> - 21%.</p> <p>ОАМ: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейкоц. - 0-2-4 в п/зр.</p> <p>Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризованном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм<sup>3</sup> (преимущественно нейтрофилы).</p> <p>УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханый комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.</p> <p>СКТ почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте.</li> </ol>
2.	<p>Псориаз. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациент обратился в поликлинику с жалобами на кожные высыпания, покрытые чешуйками, преимущественно на границе волосистой части головы. Биоптат поврежденной кожи роста грибов не выявил.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложненные формы язвенной болезни: кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки, малигнизация. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина, 35 лет, обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в правом подреберье, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, тошноту, усиление аппетита.</p> <p>Анамнез заболевания: Заболел 7 дней назад. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя. Наследственный анамнез не отягощен.</p> <p>Общий анализ крови: Эритроциты-4,1x10<sup>12</sup>/л, Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты-7,8x10<sup>9</sup>/л, Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи - без особенностей.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 12 мм. ФЭГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном</p>

	<p>отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва передней стенки луковицы размером 8 мм. Заключение: эрозивный антральный гастрит. Язва передней стенки луковицы 12п кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12п кишки 2 ст.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Синдром старческой астении. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка 68 лет поступила в терапевтическое отделение городской больницы с жалобами на выраженные боли в костях и позвоночнике, усиливающиеся при физической нагрузке, перемене погоды, повышенную утомляемость. За последние полтора года рост уменьшился на 3 сантиметра. В анамнезе: двухсторонняя овариоэктомия 15 лет назад. У матери был перелом шейки бедра.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Рост – 158 см, вес- 56 см, выраженная сутулость. Болезненность при пальпации остистых отростков позвонков. Реберная дуга низко опущена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. АД 120/80мм рт ст. Живот мягкий безболезненный.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Желчнокаменная болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина, 35 лет, обратился на прием с жалобами на боли в правом подреберье, режущего характера, возникающие через 2 часа после приема пищи, купирующиеся приемом молока, усиление аппетита.</p> <p>Анамнез заболевания: Заболел вчера. Данное состояние возникло на фоне нервного стресса и употребления алкоголя.</p> <p>Из обследования: общий анализ крови: Эритроциты-4,1х10<sup>12</sup>/л, Гемоглобин-120 г/л, Цветной показатель-0,9, Лейкоциты-7,8х10<sup>9</sup>/л, Эозинофилы-2%, Сегментоядерные-64%, Лимфоциты-24%, Моноциты-10%, СОЭ-25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи - без особенностей.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, pancreas. Перегиб желчного пузыря, камень в ЖП – 2мм.</p> <p>ФГДС: Слизистая желудка ярко гиперемирована, с эрозиями в антральном отделе, эрозии 2-4 мм, рубцовые изменения луковицы 12п кишки, язва размером 4-6 мм.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>

	<p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</p>
2.	<p>Гестозы второй половины беременности. Классификация гестозов 2-ой половины беременности. Клиника, диагностика. Оценка тяжести. Дифференциальный диагноз. Лечение. Тактика ведения беременности, родов и послеродового периода. Влияние и исходы позднего гестоза для плода и ребенка.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Беременная И., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации в сроке беременности 33-34 недели с жалобами на отеки нижних конечностей. Беременность первая. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический пиелонефрит (состоит на диспансерном учете у нефролога). Прибавка веса составила 14 кг, за последнюю неделю – 1,0 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 и 115/80 мм.рт.ст. Матка в состоянии нормального тонуса. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные, 140 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей. Общие анализы крови, мочи без патологических изменений.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</p> <p>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</p>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
гериатрии и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная 56 лет страдает артериальной гипертензией (АД 180/100 – 150/90 мм рт. ст.). АД стало повышаться в возрасте 50 лет с развитием постменопаузы. За последние пять лет прибавила в весе 20 кг.</p> <p>Объективно: повышенного питания. Рост 156 см, вес 90 кг. Индекс массы тела 40 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение абдоминального типа. Объем талии 103 см, объем бедер 108 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края.</p> <p>Биохимический анализ крови: билирубин - 16,6 мкмоль/л, АЛТ - 64 ЕД/л, АСТ- 40 ЕД/л, холестерин общий 8 ммоль/л; триглицериды 2,5 ммоль/л; ХС ЛПВП 0,9 ммоль/л; глюкоза крови натощак 6,1 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы 10,0 ммоль/л.</p> <p>Микроальбуминурия: 250 мг/сутки.</p> <p>ЭХОКГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка 121 г/м<sup>2</sup>, признаки диастолической дисфункции, ФВ 62%.</p> <p>УЗИ ОБП: признаки жирового гепатоза</p>

	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Хроническая венозная недостаточность. Принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению.</p> <hr/> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень больше правой в диаметре. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Язвенный колит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной С., 20 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, учащенный жидкий стул до 5-7 раз в сутки с примесью слизи и алой крови, тенезмы, боль при дефекации, повышение температуры тела до 37,3 - 37,5 С общую слабость, нарушение сна, тревожность. За время болезни похудел на 10 кг. Считает себя больным 2 года. Диагноз геморроя не подтвержден. Дважды в стационаре исключался аппендицит. Безуспешно лечился по поводу предполагавшейся дизентерии.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, упитанность снижена, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 92 уд в минуту, АД - 100/70 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована. Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,16 \times 10^7</math> /л и гемоглобин 78 г/л, лейкоциты <math>10,8 \times 10^9</math> /л, СОЭ – 36 мм/ч. Копрограмма: нейтральный жир ++, мышечные волокна ++, свежие эритроциты и лейкоциты на все поле зрения, большое количество слизи. Ректороманоскопия: слизистая прямой и сигмовидной кишок гиперемирована, отечна, зернистая, кровоточит, гранулирующие эрозии. Ирригоскопия:</p>

	<p>толстая кишка сужена, лишена гаустр, контуры неровные, нечеткие.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Рак молочной железы. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Появилось шелушение, эрозии в области соска. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре отмечается втяжение соска с отшелушиванием над ним эпидермиса. При пальпации в области соска определяется опухоль 3х2 см. В левой подмышечной области увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без патологии.</p> <p>Мамография – тень в области соска с отложением солей кальция.</p> <p>УЗИ молочных желез – гиперэхогенное образование без четких контуров.</p> <p>Пункционная биопсия – аденокарцинома.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз</li> <li>2. Какие заболевания необходимо дифференцировать.</li> <li>3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Определите лечебную тактику.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Ожирение. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина. Рост: 152 см. Вес: 83,4 кг. Возраст: 63 года. Окружность талии: 103 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 36,1 (норма 18,5-25,0) – ожирение 2 ст.</p> <p>Жалобы: Повышение АД до 160-170/90-100 мм рт.ст., постоянное, сопровождающееся головной болью. Отеки ног при длительном сидении. Одышка инспираторная при подъеме на 3-й этаж. Изжога выраженная, связывает с приемом лекарственных средств.</p> <p>Из анамнеза: повышение АД более 30 лет на фоне частых стрессов. Последнее время самостоятельно принимает ателолол 100 мг + тромбоАСС 100 мг, эпизодически – эналаприл.</p> <p>Год назад выполнялось ФГДС - норма (изжоги тогда не было).</p> <p>На ЭхоКГ – склероз аорты, створок АК, МК, недостаточность МК 1 ст. ЛП 43 мм. МЖРд 9, ЗСЛЖд 9,0-9,5 мм. ФВ 60%. Начальные проявления ДДЛЖ.</p> <p>УЗТС БЦА – норма.</p> <p>ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Выраженные нарушения процессов реполяризации в нижне-боковых отделах левого желудочка перегрузочного либо ишемического характера.</p>

	<p>Гликозилированный гемоглобин 5,3%, С-пептид 622 пмоль/л (норма).</p> <p>Липидограмма – ОХС 5,9, ЛПНП 3,48, ТГ1,29.</p> <p>АЛТ 0,26, АСТ 0,23, креатинин 97. ОАМ норма. В ОАК СОЭ 23, гемоглобин 122, эритроциты 5,8 (ЦП 0,63).</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Часто болеющие дети. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Мальчику 6 лет проведена проба Манту в связи с запланированной ревакцинацией БЦЖ. При проверке диагностической пробы – папула 12 мм. Из учетной формы 63 установлено: ребенок привит против туберкулеза в роддоме, рубчик 5 мм. Реакция манту в 1 год – папула 5 мм, в 2 года – папула 3 мм, в 3,4,5 лет – реакция Манту отрицательная.</p> <p>Из анамнеза жизни ребенка известно: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, в течение года после развода с мужем мать и ребенок проживают у родственницы, нигде не работающей, злоупотребляющей спиртным.</p> <p>При осмотре: мальчик правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы определяются в 5 группах, мелкие, плотно-эластичные. В легких перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные. Живот мягкий б/б.</p> <p>Со слов мамы, последние месяцы у ребенка снижен аппетит, стал менее подвижным, появилась потливость, неустойчивая температура, к врачу не обращались.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предположительный диагноз, дифференциальный диагноз.</li> <li>2. Составьте план дополнительного обследования ребенка и членов семьи.</li> <li>3. Определите тактику лечения, показания к ревакцинации БЦЖ, посещения ДДУ.</li> </ol>



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
гериатрии и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Желчная колика. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная К. 47 лет, бухгалтер, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на острые боли в эпигастральной области и в правом подреберье с иррадиацией вверх и в правую лопатку, продолжительностью рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения, изменение окраски мочи до цвета пива, обесцвеченный кал. В течение 2 последних недель отмечает появление нерезко выраженных болей в верхней части живота после еды, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, чередование запоров и поносов</p> <p>История заболевания: Боли появились 6 часов назад после употребления жирной пищи. Самостоятельно приняла 2 таблетки но-шпы, однако облегчения не наступило и пациентка вызвала СП. При осмотре: гиперстеническая конституция, небольшая иктеричность склер, слизистых мягкого неба. Лихорадка – 37,7. При пальпации живота - положительный симптом Ортнера - Мюсси, напряжение мышц передней брюшной стенки.</p> <p>Лабораторные показатели: повышен <u>общий билирубин за счет прямой фракции</u>, щелочная фосфатаза, ГГТП - повышены.</p>

	<p>Клинический анализ крови: лейкоц. -15,1 (п.-12%, с-63%, лимф.-32%, м.-4), СОЭ-25 мм/ч.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Климактерический синдром. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина, 55 лет. Индекс массы тела 29,4 кг/м<sup>2</sup>. Жалобы: ноющая, колющая боль в области основания сердца, без видимой причины, неоднократно в сутки, длится от 1-2 минут до 30-40 минут, проходит самостоятельно или после корвалола или валокордина. Повышение АД до 145/80-90 при привычном 100/60. Эпизоды высокого пульсового АД при низком ДАД (например, 110/50). Дрожь при отсутствии пищи, проходящая после сладкого. Увеличение веса на 5 кг за 6 месяцев.</p> <p>Из анамнеза: данные жалобы эпизодически беспокоили несколько лет, последние 3 недели стали чаще и интенсивнее. В 2009 г. экстирпация матки с придатками, получает заместительную гормональную терапию.</p> <p>Обследование не проводилось.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Почечная колика. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> В приемный покой доставлен больной 68 лет с жалобами на боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро. Боль сопровождается тошнотой и рвотой. Слабо выражен симптом поколачивания и симптом раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное. Диагноз неясен.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Вскармливание ребенка первого года жизни.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Девочка 8 месяцев выписана из детской больницы, в которой лечилась по поводу правосторонней полисегментарной пневмонии, рахита II степени, в периоде разгара. При выписке на контрольной рентгенограмме органов грудной клетки</p>

патологии легких не выявлено; общий анализ крови – Нб 90 г/л, цветовой показатель 0,7, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6 \times 10^9/л$ , СОЭ 6 мм/час.

Из анамнеза известно, что девочка родилась от нежеланной беременности, женщина злоупотребляла алкоголем, курила. Роды при сроке 35 недель, масса 2200 г.

**Вопросы.**

1. Укажите факторы риска развития фоновых заболеваний.
2. Оцените данные гемограммы и выставите диагноз.
3. Дополните данные клинической картины фоновых заболеваний.
4. Составьте план лечения, ухода, вскармливания, реабилитации.
5. Составьте примерное меню ребенку на день.

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Желудочно-кишечное кровотечение. Клиника. Диагностика. Оказание помощи на догоспитальном этапе.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> У больного 40 лет, длительно страдающего язвенной болезнью желудка, в последние сутки боли значительно уменьшились, но появилась нарастающая общая слабость, головокружение.</p> <p>Утром поднявшись с постели, потерял на несколько секунд сознание. Родственники вызвали СП.</p> <p>Объективно: Больной бледен. Тоны сердца приглушены, ритмичные, чистые. ЧСС-96 в 1 мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Пульс частый, нитевидный.</p> <p>Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. Стул – однократный, черного цвета.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

2.	Синдром головокружения. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
	<p><b>Ситуационная задача.</b> Мужчина 40 лет утром по дороге на завод почувствовал заложенность левого уха и усиление в нем шума, который замечал уже в течение 3 мес. Спустя 2 ч во время работы на станке внезапно появились резкое головокружение с ощущением вращения предметов влево, расстройство равновесия, тошнота, позывы к рвоте, общая слабость. Врачом медицинского пункта констатировано побледнение и повышенная влажность кожи, низкое артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст., урежение пульса до 60 ударов в минуту, спонтанный нистагм влево, понижение слуха на левое ухо. Указаний на какое-либо заболевание ушей в прошлом нет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li><li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li><li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li><li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li></ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Острый и хронический гломерулонефрит. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная И. 22 года. Болеет около полугода. В летние месяцы через короткие промежутки времени трижды перенесла "грипп". С тех пор беспокоят слабость, снижение аппетита, боли в суставах, прогрессирующая потеря веса (на 15 кг за последние 4 месяца), субфебрилитет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки был выявлен двусторонний экссудативный плеврит. 4 недели назад у больной вновь повысилась температура до 37,8-38,0 С, усилилась слабость, появились резкие головные боли, нарушение зрения, тупые ноющие боли в области сердца, одышка при ходьбе, на щеках и на носу ярко розовая эритема в виде "бабочки", моча приобрела цвет "мясных помоев".</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные. Имеются отеки на лице и веках. Суставы не изменены. АД - 180/110 мм.рт.ст. ЧСС 90 ударов в минуту. Границы сердца увеличены влево на 2 см. Тоны приглушены, ритмичные. Акцент 2-го тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,08 \times 10^9</math> /л, гемоглобин - 106 г/л, тромбоциты -</p>

	<p>140x10<sup>9</sup>/л, лейкоц - 3,9x10<sup>9</sup>/л, э-0%, б-0%, п-5%, с-71%, л-20%, м-4%, СОЭ – 57 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес - 1020, белок-3,3г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20 в поле зрения (выщелоченные), цилиндры гиалиновые и зернистые - единичные в препарате. Мочевина - 8,3 ммоль/л. Креатинин крови - 144 мкмоль/л. Общий белок крови - 50 г/л. Альбумины - 38,7%. Глобулины - 61,3%, α1 - 9,8%, α2 -18,4%, β - 7,5%, γ - 25,6%. ГЕ - клетки не обнаружены.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Ишемический инсульт. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи, тактика врача общей практики (семейного врача) на догоспитальном и послегоспитальном этапе ведения больного.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина 47 лет страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. При неврологическом осмотре выявлен левосторонний гемипарез, левосторонняя гемигипестезия и гемипанопсия.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предположительный клинический диагноз</li> <li>2) Требуется ли госпитализация?</li> <li>3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?</li> <li>4) Тактика лечения.</li> <li>5) Принципы вторичной профилактики заболевания и профилактики инвалидизации.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  
\_\_\_\_\_  
протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Осложнения сахарного диабета (диабетическая ангиопатия, нефропатия, офтальмопатия). Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> На прием обратился пациент Б., 48 лет, с жалобами на общую слабость, снижение зрения, увеличение массы тела. СД 2 выявлен 3 года назад, принимает метформин в дозе 2000 г/сут. В последние годы периодически повышается артериальное давление (АД), регулярную антигипертензивную терапию не получает. Вредные привычки: курит (10–12 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез отягощен по ИБС и артериальной гипертензии. При физикальном осмотре: рост 176 см, вес – 96 кг, индекс массы тела – 30,6 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии – 98 см. АД 160/95 мм рт. ст. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена.</p> <p>Результаты дообследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• клинический анализ мочи: глюкозурия - 7,0 ммоль/л; микроальбуминурия (МАУ) – 260 мг/сут;</li> <li>• биохимический анализ крови: креатинин – 99,5 мкмоль/л, мочевая кислота – 277,2 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза – 20 е/л, аланинаминотрансфераза – 16,3 е/л, гликемия – 8,9 ммоль/л;</li> <li>• липидный профиль: общий холестерин – 5.93 ммоль/л, триглицериды – 1,94 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)</li> </ul>

	<p>– 3.93 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,0 ммоль/л;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• СКФ – 74 мл/мин на 1,73 м<sup>2</sup>;</li> <li>• гликированный гемоглобин (HbA1c) – 8,8%;</li> <li>• Электрокардиограмма: ритм синусовый с ЧСС 80 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.</li> <li>• По данным эхокардиограммы, имелись признаки гипертрофии левого желудочка; полости не расширены, зон гипокинеза не отмечено; фракция выброса 68%.</li> <li>• Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS&gt;OD). Состояние после лазерной коагуляции сетчатки от 2010 г.</li> </ul> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Воспалительные заболевания наружного и среднего уха. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> У больного 30 лет жалобы на пульсирующую боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха слева. Болен в течение двух недель. После переохлаждения появилась заложенность в ухе, затем сильные боли в нем и гноетечение. Температура поднялась до 39 С. С появлением гнойного отделяемого из левого уха боли стихли, температура снизилась, однако обильные слизисто-гнойные выделения из уха продолжали беспокоить, ощущение боли распространялось на заушную область. При осмотре – слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, с перфорацией в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, ее болезненность при пальпации. На рентгенограмме височных костей - затемнение клеток сосцевидного отростка, антрума.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Внебольничные пневмонии; этиология и патогенез; клиническая картина; диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больной В., 35 лет, обратился повторно к врачу с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, связанную с актом дыхания, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38, 5С. Считает себя больным в течение последних 5 дней, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 39 С, отмечалась ломота в теле. В течение последующих 3 дней присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, парацетамол, патогенетическая противогриппозная терапия). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. На фоне терапии состояние несколько улучшилось, температура снизилась до субфебрильных цифр, однако на 5 день появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38, 5С.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на</p>

	<p>мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий — 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД — 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.</li> <li>3. План лечения.</li> </ol>
2.	<p>Синдром болей в спине. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина. Рост: 164 см. Вес: 99,6 кг. Возраст: 70 лет. Окружность талии: 105 см (норма ж до 80 см, м до 94 см). Индекс массы тела 35,3 (норма 18,5-25,0) – ожирение II ст.</p> <p>Жалобы: Боли в пояснице, особенно при поворотах влево. Дискомфорт в тазобедренных и коленных суставах.</p> <p>Из обследования: Р-графия позвоночника – остеоартроз поясничного отдела позвоночника III ст.</p> <p>ОАК – СОЭ 41 мм/ч (!!!), гемоглобин 172 г/л, в остальном – норма.</p> <p>СОЭ в 2011 г – 25, май 2015 – СОЭ дважды 42 мм рт.ст.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного пациента?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Хронический панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная С. 47 лет на приеме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой</p>

	<p>пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову — 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Какую тактику ведения Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</li> </ol>
2.	<p>Синдром головной боли. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная Н., 32 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на периодически возникающие приступы пульсирующей головной боли, локализующейся в лобно-височно-глазничной области, чаще справа. Боль нарастает постепенно, в течение 1,5-2 часов, усиливается при физической нагрузке и громком разговоре, сопровождается тошнотой, рвотой. После рвоты интенсивность головной боли снижается. Длительность болевого приступа около 24-48 часов. Приступ провоцируется приемом красного вина и кофе. Всего за последний год было около шести подобных приступов. Тетя больной по материнской линии страдала аналогичными приступами, которые прекратились после наступления менопаузы.</p> <p>При осмотре в неврологическом статусе и на глазном дне патологических изменений не выявлено, на РЭГ - явления сосудистой дистонии.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Поставьте диагноз.</li> <li>5. Назначьте дообследование.</li> <li>6. Назначьте лечение.</li> </ol>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Шавкута Г.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры  
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)  
Год начала подготовки –**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30**

Утверждено  
на заседании кафедры общей врачебной  
практики (семейной медицины) (с курсами  
герiatrics и физиотерапии)  

---

протокол от 11.01.2023 № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>Остеоартрит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Больная А., 68 лет, пенсионер. При обращении к врачу поликлиники предъявляет жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения мази на основе НПВС. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни: страдает артериальной гипертензией, лечится нерегулярно. Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Рост – 162 см. Вес-106 кг. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных</p>

	<p>изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.</p> <p><b>Вопросы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дополнительного обследования.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Определить тактику лечения.</li> </ol>
2.	<p>Корь, краснуха, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</p> <p><b>Ситуационная задача.</b> Ребенок 6 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.</p> <p>При осмотре участковым врачом: температура тела 37,8<sup>0</sup>С, увеличение и болезненность шейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.</p> <p>При осмотре ротоглотки: выявлялась энантема в виде красных пятен на нёбе и нёбных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка – не увеличены.</p> <p>Общий анализ крови: Нв – 135г/л, Эр – 4,1х10<sup>12</sup>/л, Лейк – 6,3х10<sup>9</sup>/л, п/я – 1%, с/я – 30%, э – 5%, л – 53%, м – 3%, плазматических клеток – 8, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Поставьте клинический диагноз.</li> <li>9. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</li> <li>10. Проведите дифференциальный диагноз.</li> <li>11. Оцените результаты анализа периферической крови.</li> <li>12. Какие осложнения возможны при данном заболевании?</li> <li>13. Назначьте лечение.</li> <li>14. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12-й неделе беременности?</li> </ol>