

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП  
по программе ординатуры  
31.08.49 Терапия

д.м.н., профессор С.В. Шлык

« 29 » 08 2023

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
- ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.49 Терапия

Квалификация выпускника: врач-терапевт

Форма обучения: очная

Курс: 2

Семестр: 4

**Ростов-на-Дону  
2023**

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.49 Терапия рассмотрена на межкафедральном заседании кафедр внутренних болезней № 1, внутренних болезней № 2, внутренних болезней № 3, пропедевтики внутренних болезней, терапии с курсом поликлинической терапии, кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии.

Протокол № 7 от 30.06.2023

Председатель заседания  
Зав. кафедрой терапии  
с курсом поликлинической  
терапии  
Профессор



С.В.Шлык

## **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:

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

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

Выпускник ординатуры, успешно освоивший основную профессиональную образовательную программу высшего образования – программу подготовки кадров высшего образования по специальности

**31.08.49 Терапия** 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 программы ординатуры должен обладать **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 ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- **ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность медицинского персонала
- **ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник программы ординатуры должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

- **ПК- 1.** Способен осуществлять персонифицированный подход к пациентам терапевтического профиля при разработке клинко-диагностического, лечебно- профилактического и реабилитационно-восстановительного алгоритма с учетом гендерно- возрастных особенностей на основе современных данных доказательной медицины и в соответствии с федеральными стандартами, протоколами, рекомендациями, руководствами».
- **ПК-2.** Способен осуществлять диагностику, лечение, профилактику основных заболеваний терапевтического профиля у женщин в период

беременности и лактации на основе современных данных доказательной медицины и в соответствии с федеральными стандартами, протоколами, рекомендациями, руководствами».

## **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 **31.08.49 ТЕРАПИЯ**

**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 31.08.49 ТЕРАПИЯ осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-терапевта в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО. Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности **31.08.49 ТЕРАПИЯ** проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры **31.08.49 ТЕРАПИЯ**

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.49 ТЕРАПИЯ**

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\*).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности **31.08.49 ТЕРАПИЯ** 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.	<b>1. Гипертоническая болезнь: принципы терапии, основные группы гипотензивных препаратов</b>	УК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1

\* 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>2. Ситуационная задача: 59 – летняя больная с избыточным весом ( рост 165 см.. вес 90 кг.), страдающая артериальной гипертонией ( 200 /120 – 170/90 мм.рт.ст.), отмечает редкие приступы стенокардии, одышку при нагрузке. Объективно: ЧСС 70 уд. мин., АД 185/ 95 мм.рт. ст.. на ЭКГ гипертрофия левого желудочка, PQ 0,24, глюкоза крови 5.6 ммоль/л.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать больной?</li> <li>- Какова тактика терапии и какие группы препаратов необходимо назначить?</li> </ul>	ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1
2.	<p><b>Базисная терапия бронхиальной астмы и принципы этапности лечения ( национальные и международные рекомендаций)</b></p> <p>3. Ситуационная задача: Больная М., 32 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья до 3-4 раз в день, снимаемые ингаляциями беротека или в/в инъекциями эуфиллина, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Отмечает появление ночных приступов затрудненного дыхания – 2-3 раза в неделю. Приступы удушья появились в прошлом году в августе и сопровождались ринореей, слезотечением. Отмечает появление экспираторной одышки и приступов удушья при контакте с домашней пылью. Последнее обострение началось три недели назад. Амбулаторное лечение малоэффективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно - коробочный оттенок. В легких дыхание жестковатое, выдох удлинен, умеренное количество рассеянных свистящих хрипов, увеличивающееся при форсированном дыхании. ЧДД- 18 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. ПСВ составляет 60-80% от должных значений, вариабельность показателей в течение суток более 30 %.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Каковы степень тяжести бронхиальной астмы?</li> <li>- Какова тактика лечения?</li> </ul>	УК-1, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>3. Ситуационная задача: Больная М., 32 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья до 3-4 раз в день, снимаемые ингаляциями беротека или в/в инъекциями эуфиллина, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Отмечает появление ночных приступов затрудненного дыхания – 2-3 раза в неделю. Приступы удушья появились в прошлом году в августе и сопровождались ринореей, слезотечением. Отмечает появление экспираторной одышки и приступов удушья при контакте с домашней пылью. Последнее обострение началось три недели назад. Амбулаторное лечение малоэффективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно - коробочный оттенок. В легких дыхание жестковатое, выдох удлинен, умеренное количество рассеянных свистящих хрипов, увеличивающееся при форсированном дыхании. ЧДД- 18 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. ПСВ составляет 60-80% от должных значений, вариабельность показателей в течение суток более 30 %.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Каковы степень тяжести бронхиальной астмы?</li> <li>- Какова тактика лечения?</li> </ul>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1.

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

### Кардиология

1. Внезапная коронарная смерть: группы риска и тактика реанимационных мероприятий

2. Гипертоническая болезнь: принципы терапии, основные группы гипотензивных препаратов
3. Гипертонические кризы: диагностический и лечебный алгоритм
4. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний
5. Инфекционный эндокардит: критерии диагноза и принципы терапии позиций доказательной медицины.
6. Инфекционный эндокардит: этиология, группы риска, клинические проявления
7. Кардиомиопатии: классификация, клиника, диагностика
8. Классификация ишемической болезни сердца
9. Классификация хронической сердечной недостаточности
10. Лечебная тактика при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST (национальные и международные рекомендации).
11. Миокардиты: клиника, диагностика, тактика терапии
12. Острый коронарный синдром: клиника, лабораторная и инструментальная диагностика.
13. Принципы медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности ( национальные и международные рекомендации).
14. Соединительнотканые дисплазии в практике терапевта: клиника, диагностика
15. Стратификация риска при гипертонической болезни у коморбидных пациентов
16. Фибрилляция предсердий: тактика антиаритмической терапии

#### Ревматология

17. Дифференциальный диагноз системных васкулитов
18. Дифференциальный диагноз суставного синдрома
19. Паранеопластический синдром в практике терапевта
20. Ревматоидный артрит: клиника, критерии диагностики, подходы к терапии
21. Системная красная волчанка: клиника, критерии диагностики

#### Пульмонология

22. Астма физического усилия: дифференциально-диагностические аспекты
23. Базисная терапия бронхиальной астмы и принципы этапности лечения с позиции национальных и международных рекомендаций
24. Бронхиальная астма: классификация, оценка степени тяжести
25. Внебольничная пневмония: основные этиологические факторы, клиника и принципы терапии
26. Дифференциальный диагноз синдрома удушья
27. Легочная гипертензия (легочное сердце): этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика.
28. Нозокомиальные пневмонии: основные этиологические факторы, клиника и принципы терапии



29. Острый бронхит: клиника, диагностика, тактика терапии
30. Плеврит: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
31. Ранняя диагностика рака легких
32. Тромбоэмболия легочной артерии: клиника, диагностика, группы риска
33. Тромбоэмболия легочной артерии: тактика терапии
34. Тяжелая и жизнеугрожающая астма: тактика терапии
35. ХОБЛ : определение, классификация, клинические проявления
36. ХОБЛ: принципы терапии (национальные и международные рекомендации)

### Гастроэнтерология

37. Абдоминальный ишемический синдром: клиника, дифференциальная диагностика
38. Базисная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (национальные и международные рекомендации).
39. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение.
40. Дифференциальный диагноз желтух в практике терапевта
41. Лекарственное поражение печени. Этиопатогенез. Формы. Диагностические критерии. Принципы терапии
42. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: клинико-диагностические параллели
43. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: основные принципы терапии
44. Осложнения циррозов печени: портальная гипертензия, асцит, печеночная энцефалопатия: клиника, диагностика, тактика терапии
45. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.к
46. Хронический панкреатит: клиника, диагностика
47. Хронический панкреатит: принципы терапии
48. Цирроз печени: этиопатогенез, клиника, диагностика
49. Язвенная болезнь желудка и 12 п.к.: этиология, клинико-диагностические параллели.

### Эндокринология

50. Гипотиреоз в практике терапевта: этиология, клинические проявления, диагностика
51. Диабетические комы. Причины. Клиническая картина. Неотложная помощь
52. Метаболический синдром: понятие, критерии диагностики, принципы терапии
53. Надпочечниковая недостаточность: основные клинические проявления, диагностика
54. Принципы терапии сахарного диабета 2 типа. Основные классы сахароснижающих препаратов

55. Сахарный диабет 2 типа: клинические проявления, диагностические критерии (национальные алгоритмы и международные рекомендации)
56. Тиреотоксикоз: клиника, диагностика, основные подходы к терапии

### Нефрология

57. Гломерулонефриты: основные клинико-лабораторные синдромы, принципы терапии
58. Инфекция МВП: клиника, диагностика, принципы терапии
59. Нефротический синдром: этиология, диагностический алгоритм
60. Острая почечная недостаточность в практике терапевта: основные причины, клиника, подходы к терапии
61. Хроническая болезнь почек: причины развития, стратификация стадий, принципы терапии

### Гематология

62. Апластическая анемия: этиология, клиника, диагностическая и лечебная тактика
63. Дифференциальный диагноз лимфаденопатий
64. Железодефицитные анемии: этиология, клиника, диагностическая и лечебная тактика
65. Лихорадки неясного генеза: диагностический алгоритм
66. Мегалобластные анемии: этиология, клиника, диагностическая и лечебная тактика
67. Синдром повышенного СОЭ в практике терапевта
68. Субфебрилитет неясного генеза

## **ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

### Ситуационная задача № 1

59 – летняя больная с избыточным весом (рост 165 см., вес 90 кг.), страдающая артериальной гипертензией (200/120 – 170/90 мм.рт.ст.), отмечает редкие приступы стенокардии, одышку при нагрузке. Объективно: ЧСС 70 уд. мин., АД 185/95 мм.рт.ст., на ЭКГ гипертрофия левого желудочка, RQ 0,24, глюкоза крови 5.6 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать больной?
2. Какова тактика антигипертензивной терапии и какие группы препаратов необходимо назначить?

### Ситуационная задача № 2

У больной 52 лет, страдающей гипертонической болезнью, после физической нагрузки появились резко выраженная одышка, кашель с розовой пенистой мокротой. Доставлена в стационар машиной «скорой помощи». При осмотре: состояние тяжелое. Повышенного питания. Сидит, опершись руками на кровать. Выраженный цианоз губ и акроцианоз. Затрудненный вдох, клочущее дыхание. В легких масса сухих и влажных хрипов, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. АД 230/130 мм рт.ст. Тоны сердца приглушенные, пульс - 114 ударов в минуту. Язык чистый, живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения
5. Какие рекомендации лечению и нормализации образа жизни Вы дадите пациентке?

Ситуационная задача № 3

У 47-летнего больного в течение 15 лет - компенсированный ревматический порок сердца - митральный стеноз и аортальная недостаточность. Бициллинопрофилактику не проводил. 5 недель назад - тонзиллэктомия. В течение последних трех недель - температура 37,2- 37,8 С, потливость, артралгии, постепенно нарастающие слабость и одышка. Пальпируется край селезенки. Гемоглобин 100 г/л (60 ед.), СОЭ 30 мм/ч. Сделан посев крови, но результат не готов.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие этиологические факторы на настоящий момент являются основными в развитии данной патологии?
3. Какие инструментальные методы обследования необходимо выполнить?

Ситуационная задача № 4

Больная С., 28 лет, госпитализирована в стационар через 10 дней после искусственного прерывания беременности. В течение последней недели отмечает ежедневное повышение температуры до 38-38,5°C с ознобами без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта, незначительной одышки при обычной физической нагрузке. Самостоятельно принимала парацетамол в домашних условиях. В прошлом ничем не болела.

Объективно: общее состояние на момент осмотра средней тяжести, температура 38,2°C, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, петехиальная геморрагическая сыпь на голеньях, тоны сердца приглушены, ритмичные, грубый диастолический шум над аортой и в V точке. АД - 130/40 мм рт. ст., ЧСС 92 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту, печень – у края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул и диурез – без особенностей. ОАК: Нб – 87 г/л, эр. – 2,1 x 10<sup>12</sup>/л, лей – 14,1 x 10<sup>9</sup>/л, э - 1%, п/я - 15%, с/я - 67%, л - 14%, м - 3%, СОЭ - 49 мм/час. ОАМ: без особенностей. Биохимические исследования: без особенностей. Взяты посевы крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭКГ и рентгенограмма грудной клетки без патологии.

УЗИ органов брюшной полости: спленомегалия

УЗИ сердца – по линии смыкания створок аортального клапана лоцируются подвижные эхоинтенсивные массы размером 5-11 мм, недостаточность аортального клапана 3 степени. Митральный клапан без особенностей.

Осмотр гинеколога: без особенностей

Вечером у больной появились клонические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какие синдромы можно выделить у больной?
3. Что могло быть непосредственной причиной смерти ?

Ситуационная задача №5

У больного В., 19 лет высокого роста, пониженного питания, с непропорционально длинными конечностями, «паукообразными» пальцами, воронкообразной грудью, после поднятия тяжести внезапно появились боли за грудиной, массивная рвота алой кровью. Со слов родственников у больного в поликлинике диагностирован порок сердца. Объективно: состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Тахикардия. АД 75/45 мм.рт.ст. Во втором межреберье справа от грудины выслушивается систолический и диастолический шум. Сосудистый пучок несколько расширен. В легких без патологических изменений. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Несмотря на интенсивные терапевтические мероприятия кровотечение остановить не удалось.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие осложнения возможны со стороны сердечно-сосудистой системы при данной патологии?
3. Наиболее вероятная причина смерти данного пациента?

Ситуационная задача №6

Пациент Н., 72 лет, обратился с жалобами на одышку при ходьбе по ровной поверхности на расстояние 300-350 метров, ощущение перебоев в работе сердца, слабость, периодические боли в области сердца давящего характера при подъеме на 2 лестничных пролета. Из анамнеза известно, что больной в 2007 году перенес острый инфаркт миокарда. Лечился консервативно. Постоянно принимает периндоприл 4 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут, триметазидин 35 мг x 2 р/сут, розувастатин 10 мг/сут. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, обращает внимание пастозность голеней. Перкуторно границы сердца расширены влево на 2 см, аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается систолический шум на верхушке, ЧСС = Ps = 72 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, ослабление дыхательных шумов в нижних отделах, ЧД – 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Лабораторно: ОАК: Нб – 130 г/л, эр. –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9, лей –  $7,2 \times 10^9/л$ , э - 3%, п/я - 3%, с/я - 55%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 12 мм/час. ОАМ: без особенностей. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, АЛТ – 26 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, БР общ – 16,4 мкмоль/л, БР пр – 3,0 мкмоль/л, ОХС – 4,0 ммоль/л, ЛПНП – 1,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, СКФ (СКД-ЕРІ) – 50 мл/мин. Калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л. Данные инструментальных методов: ЭКГ – ритм синусовый, ЭОС отклонена влево, рубцовые изменения в передне-перегородочной области, нарушение внутрижелудочной проводимости, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. ЭхоКГ: гипокинезия передней стенки ЛЖ, ФВ ЛЖ – 37%, ИММЛЖ – 118 г/м<sup>2</sup>, толщина ЗСЛЖ – 13 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Как бы Вы откорректировали медикаментозную терапию данному пациенту? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие препараты Вы еще порекомендуете?

Ситуационная задача №7

Дежурный врач в 21 час срочно вызван в палату к больному 56-ти лет. Больной находился на лечении по поводу учатившихся в последний месяц приступов желудочковой тахикардии. Вне приступов периодически беспокоило «замирание» сердца и одышка при физической нагрузке. Иногда повышалось артериальное давление до 180/90 мм.рт.ст.

Вечером чувствовал себя плохо, так как участились перебои в работе сердца, не мог долго заснуть. В присутствии вызванной сестры внезапно стал метаться в постели, а затем потерял сознание. Объективно: больной без сознания, цианоз, пульс на лучевой и сонной артериях не прощупывается, артериальное давление не определяется, сердечные тоны не выслушиваются, зрачки расширены.

Вопросы:

1. Какое состояние развилось у больного, и что послужило его причиной?
2. Ваша неотложная тактика?

Ситуационная задача №8

Больной С. 38 лет. С раннего детства, со слов матери, в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при значительной физической нагрузке, купирующихся в покое. Объективно: общее состояние на момент осмотра удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум вдоль левого края грудины, АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 80 уд\мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез – без особенностей.

ОАК, ОАМ, биохимические показатели крови: без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка с систолической нагрузкой.

УЗИ сердца: левое предсердие 4,4 см, конечный диастолический размер левого желудочка 4,4 см, конечный систолический размер 2,8 см, толщина межжелудочковой перегородки 2,2 см, толщина задней стенки левого желудочка 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Допплер-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача №9

Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной, сердцебиение, одышку. Из анамнеза: 15 лет страдает ишемической болезнью сердца, ухудшение самочувствия отметил около 40 минут назад, когда появились сжимающие боли за грудиной, сердцебиение, одышка. Врачом «скорой помощи» доставлен в клинику. Объективно: состояние тяжелое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: левая – в V межреберье, на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая – правый край грудины, верхняя – III межреберье, по левой парастернальной линии. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС — 160 в 1 мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см. ниже края реберной дуги. На ЭКГ: комплекс QS в I, II стандартных отведениях, aVL, V1-V6.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова вероятная причина и патогенез неотложного состояния?
3. Составьте программу обследования больного
4. Тактика ведения больного.

### Ситуационная задача №10

Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной, приступы сердцебиения, одышку, отеки голеней. Из анамнеза: известно, что в течение 12 лет – тяжелый физический труд, частые респираторные заболевания.

Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Частота дыхательных движений 22 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца увеличены во все стороны. Тоны ослаблены, ритм галопа. ЧСС — 124 в 1 мин. АД — 110/70 мм рт. ст. Печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги. Отеки голеней.

ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия.

ЭхоКГ: АО 4,2 см, ЛП – 4,5 см, КДР – 5,8 см, КСР – 4,3 см, ФВ – 56%.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте программу обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Тактика ведения больного.

### Ситуационная задача №11

Больной К., 48 лет, жалуется на боли в области сердца и за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо. Боль возникает при быстрой ходьбе, сопровождается чувством страха. Впервые боли появились 2 месяца назад на фоне физической нагрузки. Лечился по поводу межреберной невралгии вольтареновой мазью, диклофенаком. Прошел курс физиотерапевтического лечения, после чего приступы стали возникать чаще. Курит 1 пачку сигарет в день. В течение 3 лет отмечает повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧСС 88 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см. АД 160/100 мм рт. ст. ЭКГ: гипертрофия миокарда левого желудочка. ОАК и анализ мочи без патологии.

#### Вопросы:

1. наиболее вероятный диагноз
2. с какими заболеваниями необходима дифф.диагностика?
3. каков план обследования?
4. план лечения

### Ситуационная задача №12

У больного Н., 58 лет с жалобами на давящую боль за грудиной в покое, длительностью до 1 ч, одышка, выраженная слабость. Анамнез заболевания: АГ около 5 лет, терапию получает регулярно. Ухудшение самочувствия в течении 2 часов, когда появились жалобы

Объективно: Кожа обычной влажности и окраски. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД - 165/90 мм рт.ст., ЧСС = пульс = 58 в минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 58 в минуту. Подъем сегмента ST II, III, aVF более 2,2 мм. Лабораторные исследования: глюкоза 5,3 ммоль/л, АСТ 22 ЕД/л, АЛТ 32 ЕД/л, Тропнин Т 0,01 нг/мл.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту?

5. Какую тактику ведения ОИМ Вы рекомендуете? Цели назначения базисной терапии?

#### Ситуационная задача №13

Больная В, 37 лет, находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизмы мерцательной аритмии. В 35 лет – постоянная форма мерцательной аритмии. Год назад – тромбоэмболия мелких ветвей ЛА, инфарктная пневмония. Объективно: состояние средней тяжести, заметная одышка в покое, ЧСС 110, аритмичные, АД 110/60, печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, отеки голеней. Р-скопия: существенное расширение всех отделов сердца, признаки застоя в сосудах легких.

#### Вопросы:

А. Какова на Ваш взгляд тактика ведения в отношении нарушений ритма: нормализация ритма не показана ИЛИ дигоксин для контроля ЧСС ИЛИ вопрос о целесообразности нормализации ритма решить после терапии дигоксином и антикоагулянтами ИЛИ показана нормализация ритма с помощью хинидина или показана нормализация ритма с помощью электроимпульсной терапии?

1. Обоснуйте выбор

#### Ситуационная задача №14

Больной К. 38 лет, шахтер по профессии, во время планового медицинского осмотра предъявил жалобы на появление одышки при значительной физической нагрузке. Из медицинской книжки установлено, что он страдает врожденным пороком сердца. До этого времени никаких жалоб не предъявлял. Объективно: больной высокого роста, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Границы сердца расширены влево и книзу, сердечный толчок хорошо выражен. При аускультации на груди выслушивается систолический шум, который распространяется по всей грудной клетке. При пальпации выявляется симптом «кошачьего мурлыканья». Второй тон на аорте ослаблен. АД 110/85 мм рт. ст. пульс 60 мин<sup>-1</sup>. Со стороны других органов существенных изменений не обнаружено.

#### Вопросы:

1. какая форма сердечной недостаточности (по возникновению и характеру течения) имеется у больного?
2. Какая стадия сердечной недостаточности по Нью-Йоркской функциональной классификации у пациента?
3. Какова тактика ведения данного больного?

#### Ситуационная задача №15

Больная 68 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, беспокоящие около 3 дней. За медицинской помощью не обращалась. В анамнезе около 15 лет страдает ИБС: стенокардией напряжения 2 ФК, гипертонической болезнью. Привычное АД – 170/100 мм рт. ст.. Периодически принимает эринит, рибоксин, верапамил. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС-96, пульс – 82, АД – 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

На ЭКГ – регистрируются волны f, расстояние между зубцами RR разное.

ЭХОКГ: Ao — 3,4 см, ЛП — 4,5 см, КДР — 5,7 см, КСР — 3,3 см, ФВ — 56%.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Необходима ли неотложная терапия?

#### Ситуационная задача №16

У пациентки Д., 47 лет. Жалобы на слабость, тошноту, профузное потоотделение, нарушение зрения, кратковременные судороги.

Анамнез заболевания: В душном закрытом помещении отметила ухудшение самочувствия, быстрое восстановление и повторное появление жалоб при переходе в вертикальное положение. Объективно: Кожа обычной влажности и окраски. Тоны сердца ритмичны, ясные, ЧСС = пульсу = 78 в минуту, АД - 120/85 мм рт.ст.. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Каковы наиболее частые причины этого состояния ?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика ведения пациента?
5. Что Вы порекомендуете для профилактики?

#### Ситуационная задача №17

Больная И., 22 года. Болеет около полугода. В летние месяцы через короткие промежутки времени трижды перенесла «грипп». С тех пор беспокоят боли в суставах, прогрессирующая потеря веса (на 15 кг за последние 4 месяца), субфебрилитет. В настоящий момент весит 49 кг при росте 167. При рентгенологическом исследовании грудной клетки, выполненном 3 недели назад амбулаторно в поликлинике, был выявлен двусторонний экссудативный плеврит. 2 недели назад у больной повысилась температура до 37,8-38,0°C, появились резкие головные боли, 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 (преимущественно по утрам). Суставы не изменены. АД - 180/110 мм рт.ст. Границы сердца увеличены влево на 2 см. Тоны приглушены, учащены. Акцент 2-го тона над аортой. Остальные внутренние органы без особенностей. ОАК: эритроциты -  $3,08 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 106г/л, тромбоциты -  $140 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $2,9 \times 10^9/л$ , э-0%, б-0%, п-5%, с-71%, л-20%, м-4%, СОЭ - 57мм/ч. Анализ мочи: уд.вес - 1020, белок-3,3% , лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 20-25 в поле зрения (выщелоченные), цилиндры гиалиновые и зернистые - единичные в препарате. Мочевина - 8,3 ммоль/л. Креатинин крови - 90 мкмоль/. Общий белок крови - 60 г/л. Альбумины - 38,7%. Глобулины - 61,3%,  $\alpha_1$  - 9,8%,  $\alpha_2$  - 18,4%,  $\beta$  - 7,5%,  $\gamma$  - 25,6%. LE - клетки обнаружены в единичном количестве.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

#### Ситуационная задача №18

69-летний больной в течение месяца отмечает боли в голеностопных суставах, небольшую их припухлость. В последнее время появились боли в позвоночнике при движениях. Объективно: деформация голеностопных суставов, больше справа, ограничение их подвижности. Кровь: эритроциты -  $3,16 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 88г/л, лейкоциты -  $9,8 \times 10^9/л$ , СОЭ - 66мм/ч. На Рг-мме позвоночника обнаружено сужение суставной щели крестцово-подвздошного сочленения.

#### Вопросы:



1. Верно ли утверждение: "Диагноз б-ни Бехтерева маловероятен, т.к. для нее не характерно развитие поражения голеностопных суставов"
2. Какие заболевания входя в круг дифференциального диагноза?
3. Имеется ли специфическая лабораторная диагностика?

#### Ситуационная задача №19

Больная К., 33 года. Жалуется на припухлость и боли при движениях в лучезапястных и мелких суставах кистей рук. Болеет около года, начало заболевания связывает с переохлаждением. Лечение неспецифическими противовоспалительными средствами оказывало кратковременный эффект. При осмотре отмечается симметричная припухлость лучезапястных и мелких суставов кистей, повышение температуры над областью суставов, ограничение подвижности преимущественно проксимальных межфаланговых суставов 2, 3, 4 пальцев, пястно-фаланговых суставов, незначительная ульнарная девиация, мышцы кистей рук атрофированы. На рентгенограмме лучезапястных суставов и кистей - околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей.

#### Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Определите тактику лечения.

#### Ситуационная задача №20

40-летняя больная длительное время предъявляет жалобы на слабость и боль в мышцах конечностей. При осмотре - кожные эритематозные высыпания на лице и шее, болезненность при пальпации проксимальных отделов мышц конечностей.

#### Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз ?
2. Каковы диагностические критерии данного заболевания ?
3. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Каковы основные подходы к лечению данного заболевания ?

#### Ситуационная задача №21

Больная 35 лет, в течение 5 лет периодически отмечает появление мелких красноватых высыпаний, преимущественно на коже разгибательной поверхности голени, а также бедер и живота. Периодически, после исчезновения высыпаний, отмечает боли в суставах ног, покраснение мочи, однократно отмечены схваткообразные боли в животе. Как правило, через 2-3 недели сыпь и другие жалобы исчезают. Общее состояние оставалось при этом удовлетворительным. Провоцирующие моменты не ясны. Один раз сыпь возникла после применения лекарственных препаратов (не помнит каких) по поводу простуды.

#### Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Предложите план обследования этой больной?
3. Каковы осложнения данного заболевания?

#### Ситуационная задача №22

Мужчина 23 лет обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5 С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите лечебную тактику

### Ситуационная задача №23

Больной Б., 56 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии. При поступлении жалобы на боли в области сердца, кашель с мокротой. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет отмечает кашель с отделением небольшого количества светлой мокроты, неоднократно болел пневмонией, курит в течение 35 лет. Последние 3 года стали беспокоить боли в области сердца, усилилась одышка, появились ощущения тяжести в правом подреберье и отеки на ногах. При осмотре: выраженный цианоз, одышка в покое до 28 в минуту, западение и выбухание межреберных промежутков при дыхании. При аускультации: жесткое дыхание, сухие хрипы. Границы сердца умеренно расширены в обе стороны, тоны приглушены, ЧСС - 100 в минуту, акцент 2 тона над легочной артерией. АД - 140/80 мм рт.ст. Печень увеличена, болезненна при пальпации, выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. Отеки голеней и стоп. При рентгенологическом исследовании выявлен резко выраженный диффузный пневмосклероз, признаки эмфиземы, плевральные наложения. На ЭКГ - синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, смещение переходной зоны к V5, умеренно выраженные признаки дистрофии миокарда.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Определите круг заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Обоснуйте выбор групп препаратов и механизм их действия.

### Ситуационная задача №24

Пациент, 45 лет, длительное время страдает хроническим обструктивным бронхитом. Наблюдается у пульмонолога в ОКБ № 1. В последнее время стал отмечать снижение переносимости физической нагрузки, усугубление одышки. Периодически беспокоит кашель. Курит 22 года. При проведении спирометрии - ОФВ1 составляет 35-49% от должной величины. На РГ- ОГК - склероз перибронхиальной и интерстициальной ткани и своеобразной тяжистостью легочного рисунка. У данного пациента заболевание значительно снижает качество жизни. Требуется частые визиты в лечебное учреждение и наблюдение у врача-пульмонолога.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Определите круг заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Обоснуйте выбор групп препаратов и механизм их действия.

### Ситуационная задача №25

У пациента с бронхиальной астмой симптомы возникают ежедневно, обострения могут влиять на физическую активность и сон, ОФВ1 или ПСВ -60-80% от должных значений, вариабельность показателей в течение суток более 30 %.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Какова степень тяжести астмы?
3. Обоснуйте выбор групп препаратов и механизм их действия.

### Ситуационная задача №26

Больная М., 32 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья до 3-4 раз в день, снимаемые ингаляциями беротека или в/в инъекциями эуфиллина, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Отмечает появление ночных приступов

затрудненного дыхания – 2-3 раза в неделю. Приступы удушья появились в прошлом году в августе и сопровождались ринореей, слезотечением. Отмечает появление экспираторной одышки и приступов удушья при контакте с домашней пылью. Последнее обострение началось три недели назад. Амбулаторное лечение малоэффективно. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно - коробочный оттенок. В легких дыхание жестковатое, выдох удлинен, умеренное количество рассеянных свистящих хрипов, увеличивающееся при форсированном дыхании. ЧДД- 18 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. В остальном без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Тактика лечения

Ситуационная задача №27

Больной Ж. 72 лет, пенсионер (в прошлом летчик). Жалобы при поступлении в клинику: одышка при незначительной физической нагрузке, приступы затрудненного свистящего дыхания по несколько раз в сутки, купирующиеся инъекциями эуфиллина внутривенно, упорный, иногда надсадный кашель со слизисто-гноющей мокротой, периодически кровохарканье, повышение температуры до 37,7°C, резкая слабость, плохой аппетит. Год назад перенес правостороннюю очаговую пневмонию, лечился в стационаре, но выписан был с субфебрильной температурой, плохим самочувствием. Через 1-2 месяца после выписки стали появляться приступы затрудненного свистящего дыхания, в связи с чем был госпитализирован повторно, был поставлен диагноз бронхиальной астмы и назначен преднизолон, который получает до настоящего времени. Последнее ухудшение началось месяц назад: повысилась температура, увеличилось количество гноющей мокроты, усилился кашель, появилось кровохарканье, выросла одышка, участились приступы удушья. При объективном исследовании: состояние средней тяжести, положение в постели вынужденное - сидит, одышка в покое - число дыханий 28 в минуту, кожные покровы бледноваты, небольшой цианоз губ. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 130/70 мм рт ст, тоны сердца не изменены. Над легкими при перкуссии коробочный тон, справа под лопаткой укорочение перкуторного тона, при аускультации дыхание ослабленное с удлиненным выдохом, сухими свистящими хрипами, больше справа, а в месте укорочения перкуторного тона дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

ОАК: эр -  $3.9 \times 10^{12}$ , гем. - 78 г/л, ЦП - 0,60, лейкоц. -  $12.7 \times 10^9$ , э – 2%, п - 10%, с – 63%, л - 19%, м - 6%, СОЭ - 48 мм в час. Анализ мочи - без патологии. Анализ мокроты: кровянистая, при микроскопии - эритроциты покрывают все поле зрения, атипичные клетки и ВК не найдены. На первичных (год назад) рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях в шестом сегменте правого легкого определяется округлое образование размером 2,5х3 см с неровными контурами и небольшим участком просветления в центре, дополнительных образований в правом корне не определяется, сердечно-сосудистая тень в пределах возрастной нормы. На повторных рентгенограммах грудной клетки, выполненных в настоящее время, выявляется резкое увеличение имевшегося образования до размеров 8х8 см с большой полостью распада (6х6 см) и широким горизонтальным уровнем содержимого, контуры образования неровные, бугристые, через неделю после опорожнения полости содержимого в ней не определяется, внутренний контур ее также неровный, бугристый, правый корень резко расширен, имеет неровные полициклические контуры.

Вопросы:

- 1) О каких заболеваниях следует думать?
- 3) Каким процессом могут быть обусловлены рентгенологические изменения?

- 4) Ваш окончательный диагноз?
- 5) Какова лечебная тактика?

#### Ситуационная задача №28

Больной К., проходчик, 37 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные колющие боли в левой половине грудной клетки, из-за чего не может глубоко вздохнуть, болезненный кашель, повышение температуры тела до 37,2 - 37,5<sup>0</sup> С, слабость, потливость. Заболел 2 дня назад, когда появились слабость, боли в левом боку при глубоком дыхании, чихании, ночная потливость. Объективно: состояние удовлетворительное, положение вынужденное, лежит на левом боку, при кашле рукой придерживает левый бок. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, слева в подмышечной области перкуссия болезненная. Дыхание везикулярное, ЧДД 24, слева - ослабленное, по средней подмышечной линии на уровне 5-6 ребра при вдохе выслушивается нежное потрескивание, напоминающее влажные мелкопузырчатые хрипы или крепитацию, при покашливании не изменяется, усиливается при надавливании стетоскопом. Пульс - 80 уд. в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезенки при перкуссии в пределах нормы. ОАК: эритроциты - 4,6 x 10<sup>12</sup> /л, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - 8,8x10<sup>9</sup> /л, э - 1%, с- 52%, л - 40%, м- 3%, СОЭ - 24 мм/ч. Рентгенологическое исследование грудной клетки: легочные поля обычной прозрачности, слева синус раскрывается не полностью. Анализ мочи: уд. вес - 1019, белок - нет, лейкоциты - 4-5 в поле зрения.

#### Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назовите лечебную тактику

#### Ситуационная задача №29

Больной М., 32 года, в вестибюле стоматологической поликлиники почувствовал себя плохо: опершись о подоконник он стоял у открытой форточки и из-за одышки не мог отвечать на вопросы. Лицо одутловатое, при кашле - цианотичное. Дыхание затруднено, 12 в минуту( вдох короткий, поверхностный, выдох продолжительный , на расстоянии слышны сухие хрипы, больше на выдохе). Переведен в манипуляционный кабинет. Пульс 104 в минуту, ритмичный, наполнение удовлетворительное, АД-140/90 мм.рт.стб. Над легкими коробочный перкуторный звук. Эскурсии грудной клетки резко уменьшены. Дыхание везикулярное, усиленное, выдох удлинен, большое количество рассеянных сухих хрипов, преимущественно свистящих. Тоны сердца заглушаются дыхательными шумами, отмечается нерезкое усиление 11 тона над легочной артерией . Живот обычной формы, мышцы передней брюшной стенки гипертрофированны, прощупать что-либо в брюшной полости не удалось, печень перкуторно не увеличена.

#### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие неотложные лечебные мероприятия необходимо провести?
3. Какие обследования необходимы в дальнейшем для лечения больного?

#### Ситуационная задача №30

В терапевтическое отделение поступила больная М., 58 лет, с направительным диагнозом: пневмония. Заболела 7 дней назад, в первый день наблюдалось познабливание, боль в суставах, недомогание. Со второго дня болезни температура поднялась до 38,7С, появился сухой кашель. Лечилась ампиоксом в таблетках, эффект отсутствовал. Кроме того, беспокоит зуд и жжение слизистой глаз, выраженная головная боль. При осмотре: кожа

чистая. В легких некоторое укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия, ЧСС=пульсу — 92 уд./мин. АД — 150/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, пальпируется селезенка. Со слов больной: «В семье все болеют. Внук госпитализирован в больницу с пневмонией, у дочери тоже высокая температура и кашель, но она отказалась от госпитализации. Из животных дома есть кошка, недавно купили попугая».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Методы диагностики данного заболевания
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика ?

### Ситуационная задача №31

Больной В, 34 лет, поступил в урологическое отделение на плановую литотриксию. Однако, на вторые сутки пребывания в больнице появился озноб, подъем температуры до 38,4, потливость, кашель с отделением мокроты желтого цвета, боли в грудной клетке. На РГ ОГК – инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Какой вероятный диагноз?
2. Назначьте лечение

### Ситуационная задача №32

У 72-летнего малоподвижного больного страдающего длительно ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью (ритм остается синусовым, около 80 в мин, АД 140/80 мм.рт.ст.), на одиннадцатые сутки после острого инфаркта миокарда заметно усилились слабость, тахикардия, одышка; появился болезненный непродуктивный кашель. Температура не повышалась. Рентгенологически: на фоне застоя в малом круге новых изменений нет. Кардиопульмонография не проводилась. Ухудшение возникло на фоне лечения нитратами, диуретиками.

Вопросы:

1. С чем связано ухудшение состояния?
2. Каков план обследования пациента?

### Ситуационная задача №33

Больной Р, 65 лет, предъявляет жалобы на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отеки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над легочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса. Лабораторно выявлены повышенные значения Д-димера.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. какова тактика терапии?

### Ситуационная задача №34

Больной И., 42 лет, доставлен в клинику с жалобами на кашель с мокротой с примесью крови. В течение последних 2-3 месяцев беспокоили слабость, утомляемость к концу рабочего дня, потливость, снижение аппетита. Температура не повышалась, похудел на 5 кг. Месяц назад стал беспокоить сухой кашель, усиливающийся в ночное время. В день поступления появились боли в грудной клетке слева и сгустки крови в отделяемой мокроте. Заболеваниями желудочно-кишечного тракта никогда не страдал. Тромбофлебитом не болел. Объективно: при поступлении кожные покровы бледные, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Слева над ключицей прощупывается плотный, безболезненный лимфатический узел. ЧДД - 28 в минуту. При перкуссии слева сзади на уровне нижней трети лопатки у позвоночника определяется укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослабленное, с бронхиальным оттенком. Пульс - 100 уд. в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм РТ ст. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Язык обложен белым налетом, влажный. Зев чистый, обычной окраски. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
5. Каковы группы факторов риска по развитию данного заболевания?

### Ситуационная задача №35

Больной К., 38 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку (больше на выдохе) при незначительной физической нагрузке, постоянный приступообразный кашель с небольшим количеством серо-жёлтой мокроты (до 50 мл/сутки), головную боль, слабость, потливость, плохой сон (из-за приступов кашля), сердцебиение, отёки стоп. Считает, что заболел 5 лет назад, когда работая на лесоповале перенёс какое-то острое заболевание с кашлем, болью в груди, лихорадкой. После этого заболевания стал ощущать слабость и появился сухой кашель. Периодически состояние ухудшалась, появлялась температура, усиливался кашель. Последнее обострение связывает с переохлаждением. Курит более 20 лет. Злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Состояние тяжёлое, температура тела 37,2°C. Грудная клетка бочкообразная. Лицо одутловатое, цианотичное. Пастозность голеней, отёки стоп. В акте дыхания активно участвуют дополнительные мышцы, ЧДД 28 в мин. Набухшие шейные вены. Перкуторно: коробочный звук, подвижность нижнего лёгочного края – 1 см. При аускультации, дыхание жёсткое, выдох удлинён, билатеральные рассеянные сухие хрипы. Правая граница сердца на 3 см кнаружи от парастернальной линии. Определяется эпигастральная пульсация, которая не исчезает на вдохе. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона во 2-м межреберье слева, систолический шум на мечевидном отростке грудины. ЧСС 118 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Пальпируется слегка болезненный край правой доли печени.

ОАК: Эр.  $5,6 \times 10^{12}$ , Нб 160 г/л, Л  $7,0 \times 10^9$ , СОЭ 28 мм/час.

Спирограмма: ФЖЕЛ/ДЖЕЛ 50%, ОФВ<sub>1</sub> 53%.

ЦВД 180 см. вд. ст.

На Rg-грамме грудной клетки: лёгочные поля повышенной прозрачности. Корни лёгких расширены. КТИ – 65%

#### Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Сформулируйте и обоснуйте перечень дополнительных исследований.

### Ситуационная задача №36

Больная Л., 28 лет, спортсменка-биатлонистка. Регулярно проходит медкомиссии. В последний год стала отмечать появление как сразу после тренировки, так и на пике физической нагрузки одышку, кашель, иногда на расстоянии слышны сухие хрипы. В редких случаях отмечает появление болей и сдавления в грудной клетке, выраженного сердцебиения. Показатели спирографии в межприступный период в норме. Аллергологический анамнез не отягощен.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях стоит подумать?
2. Какой план обследования Вы назначите?

### Ситуационная задача №37

Больной С., 20 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул до 5-7 раз в сутки с примесью слизи и алой крови, частые позывы на низ, общую слабость, плохой сон, повышение температуры тела до 37,3 - 37,5 С. Похудел за время болезни на 10 кг. Болен около 2-х месяцев. При пальцевом исследовании -геморроя не обнаружили. Безуспешно лечился по поводу предполагавшейся дизентерии. Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс - 92 ударов в минуту, АД - 110/70мм.рт.ст. Живот мягкий, болезнен по ходу толстой кишки, особенно слева. Сигмовидная кишка спазмирована. Кровь: эритроциты -  $3,16 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 92 г/л, лейкоциты -  $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36мм/ч. Кал кашицеобразный, нейтральный жир - ++, мышечные волокна - ++, свежие эритроциты и лейкоциты на все поле зрения. Ректоромоноскопия: слизистая прямой и сигмовидной кишок гиперемирована, отечна, кровоточит, эрозии и язвы, покрытые фибрином. Ирригоскопия: толстая кишка сужена, контуры неровные, нечеткие, рельеф слизистой слизистой- «лоскутный».

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования целесообразно использовать для распознавания заболевания у данного больного?

### Ситуационная задача №38

Больной Ф., 22 лет, поступил в больницу по направлению участкового врача с жалобами на боли в правом нижнем фланке живота, периодически ощущения «тяжести и боли внизу живота», кашецеобразный стул, периодически боли в суставах кистей и стоп, коленных и локтевых. Отмечает появление афтозного стоматита. Похудел на 8 кг. Дважды в стационаре исключался аппендицит.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,8, пониженного питания, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 110/70мм.рт.ст. Живот мягкий, болезнен по ходу толстой кишки, мезогастрии. Сигмовидная кишка спазмирована.

Кровь: эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 84г/л, лейкоциты -  $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 44 мм/ч. ЦП 1.3. Кал кашецеобразный, нейтральный жир - +, мышечные волокна - ++, свежие эритроциты и лейкоциты на все поле зрения. Ирригоскопия: спазм и отечность стенки кишечника, прослеживается ячеистый рисунок слизистой, складки утолщены, неправильных контуров. Имеются дефекты наполнения. С-м «булыжной мостовой».

1. Каков генез анемии у данного больного
2. Какие основные исследования необходимо осуществить для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты?
3. Какие группы препаратов используются для ведения пациентов с данным заболеванием?

### Ситуационная задача №39

Мужчина 44 лет в течение 15 лет страдает ризомелической формой анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева) с поражением позвоночника и тазобедренных суставов. Регулярно принимает перорально нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – ибупрофен, кетопрофен, диклофенак, бутадион. Дважды внутрисуставно вводили глюкокортикостероиды.

При очередном обследовании 3 мес назад обнаружена гепатомегалия. В клиническом анализе крови отклонений от нормы не выявлено, кроме повышения СОЭ до 29 мм/ч. В биохимическом анализе крови отмечено повышение активности АлАт до 137 МЕ/мл и АсАт до 101 МЕ/мл (норма – до 40 МЕ/мл), гамма-глутамилтранспептидазы до 93 МЕ/мл (норма – до 50 МЕ/мл). Маркеры вирусных гепатитов не выявлены. Злоупотребление алкоголем отрицает.

#### Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каковы критерии постановки данного диагноза?
3. Наметьте план дообследования

### Ситуационная задача №40

Больной М., 64 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на периодические ноющие боли в правом подреберье, слабость, снижение аппетита, дневную сонливость, отеки, периодические геморроидальные кровочетения. Считает себя больным около 10 лет, когда в качестве диагностической находки было выявлено повышение уровня аминотрансфераз в 5 раз выше верхней границы от нормальных значений. Был выявлен цирроз печени, ассоциированный с вирусным гепатитом В. Этиотропная терапия не проводилась, получал препараты эссенциальных фосфолипидов 1800 мг/сут, урсодезоксихолевую кислоту 750 мг/сут, режим диспансерного наблюдения не соблюдал. В течение последнего года беспокоили периодические отеки. Принимал спиронолактон 100 мг/сут. Объективно: состояние на момент осмотра средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Рост 180 см, вес 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричные, обращают внимание наличие множественных телеангиэктазий, гиперемия ладоней, гинекомастия. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный, окружность живота – 92 см. Печень на 2-3 см выступает из под края реберной дуги, желчнопузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Голени пастозны. ОАК: Нб – 105 г/л, эр –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 1,0, тромбоциты –  $170 \times 10^9 /л$ , лейкоциты –  $4,3 \times 10^9/л$ : э- 2%, п- 5%, с- 53%, лимф- 30%, мон - 10%, СОЭ – 14 мм/ч. ОАМ: без особенностей. Биохимическое исследование крови: общий белок – 56 г/л, альбумин – 40%, глюкоза – 4,2 ммоль/л, АЛТ – 82 Ед/л, АСТ – 144 Ед/л, ГГТ – 160 Ед/л, ЩФ – 320 Ед/л, БР общ – 47,6 мкмоль/л, БР пр – 16 мкмоль/л, ОХС – 3,2 ммоль/л. Данные ИФА: НВs-Ag – полож., Anti-НВсIgG – полож., НВеAg – полож., Anti-НВеIgG – полож.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

### Ситуационная задача № 41

Больной В, 75 лет, страдающий ИБС, стенокардией напряжения 3 ФК, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие примерно через 20 мин. после приема пищи, схваткообразного и давящего характера, не купирующиеся приемом



анальгетиков и проходящие самопроизвольно. Больной теряет в весе. При УЗИ брюшной полости выявлены признаки хронического холецистита. РГ-контрастное исследование желудка и 12 перстной кишки патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. С чем связана потеря веса у данного пациента?
3. Каков план обследования?

#### Ситуационная задача № 42

Мужчина 50 лет 3 года страдает язвенной болезнью ДПК с частыми обострениями. На терапию ранитидином отвечает положительно. Очередное обострение началось с болей и осложнилось кровотечением. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась, но остался эрозивный гастродуоденит.

Вопросы:

1. с чем связано ухудшение состояния?
2. Какова дальнейшая лечебная тактика?

#### Ситуационная задача №43

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

#### Ситуационная задача №44

Пациент К., 36 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, снижение аппетита. Данные симптомы беспокоят пациента на протяжении полугода. Самостоятельно купировал болевой синдром приемом антацидных препаратов. В течение последней недели боли усилились, появились ночные боли в эпигастрии. Согласно данным анамнеза известно, что около пяти лет назад пациенту был выставлен диагноз хронического гастрита. Данные о проведении антибактериальной терапии отсутствуют. Семейный анамнез: у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез без особенностей. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, язык обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области, желчно-пузырные симптомы отрицательные, симптом Менделя положительный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез – без особенностей. ОАК: Нб – 130 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9, лей –  $6,9 \times 10^9/л$ , э - 3%, п/я - 3%, с/я - 55%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 7 мм/час. ОАМ: без особенностей. Биохимическое исследование крови: общий белок – 65 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, АЛТ –

26 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, ГГТ – 36 Ед/л, ЩФ – 110 Ед/л, БР общ – 17,2 мкмоль/л, БР пр – 3,1 мкмоль/л. Результаты инструментальных методов обследования: ЭГДС – слизистая желудка гиперемирована, луковица двенадцатиперстной кишки обычных размеров, слизистая гиперемирована, определяется одиночный язвенный дефект диаметром 1,0 см, покрытый фибринозными наложениями. Уреазный тест - положительный.

Вопросы:

1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
2. Какие препараты показаны данному пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача №45

45-летний мужчина с двумя эпизодами алкогольного панкреатита в прошлом (последнее обострение 4 недели назад) поступил с болями плеврального характера в левой половине грудной клетки в течение недели. Накануне – нарушение диеты, прием спиртного и жирной пищи. В последнее время алкоголь не употребляет. Температура тела 38 град. С, частота дыхания - 24 в минуту, пульс - 100 в минуту. Дыхание ослабленное слева сзади, перкуторный звук притупленный. Со стороны брюшной полости без патологии.

Вопросы:

1. Чем связано ухудшение состояния?
2. Какова диагностическая и лечебная тактика?

Ситуационная задача №46

Больная П, 43 лет, обратилась с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Какие препараты показаны данному пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача №47

Больной К., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в животе, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, ощущение «мурашек» в голенях и стопах. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда после очередного алкогольного эксцесса появились указанные жалобы. В течение 20 лет злоупотребляет алкоголем. Работает грузчиком.

Состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Околоушные железы увеличены. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора. Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота. Пропальпировать печень и селезенку не удастся. Размеры печени по Курлову: 14 x 12 x 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ОАК: гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты -  $4,6 \times 10^9$ , эритроциты -  $3,3 \times 10^{12}$ , тромбоциты -  $135,0 \times 10^9$  СОЭ - 20 мм/ч. Б/х крови: общий белок - 7,8 г/л, альбумин - 3,1 г/%, холестерин - 3,2 ммоль/л, мочевины - 4,1 ммоль/л, креатинин - 88 ммоль/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, общий билирубин - 63 ммоль/л, непрямого билирубина - 12 ммоль/л, АЛТ - 74 ЕД/л, АСТ - 258 ЕД/л, ЩФ - 403 ЕД/л, ГГТП - 304,2 ЕД/л, амилаза - 255 ЕД/л. Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны. УЗИ ОБП: небольшой асцит, гепатоспленомегалия. V. porta 1, 2 см. Диффузные изменения поджелудочной железы. ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 88 в минуту, нормальное положение ЭОС.

#### Вопросы?

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

#### Ситуационная задача №48

Пациент К., 32 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на периодические боли в эпигастрии, возникающие спустя примерно полчаса после приема пищи, сопровождающиеся изжогой, загрудинными болями, отрыжкой кислым. Изжога беспокоит также в ночные часы. Данные жалобы беспокоят пациента в течение последних 6-8 месяцев, усиливаются после погрешностей в диете. Ранее за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно эпизодически принимал ренни, альмагель. Вредные привычки – курение по 1 пачке сигарет в день в течение последних 5 лет, употребление алкоголя отрицает. Семейный анамнез: отец умер от аденокарциномы пищевода. Аллергологический анамнез без особенностей. Объективно: общее состояние на момент осмотра удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 64/мин, АД – 130/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины и желчнопузырные симптомы отрицательные. Печень – у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез – без особенностей. ОАК: Нб – 140 г/л, эр. –  $5,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лей –  $7,1 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 2%, с/я - 57%, л - 29%, м - 10%, СОЭ - 9 мм/час. ОАМ: без особенностей. Биохимическое исследование крови: общий белок – 68 г/л, глюкоза – 4,0 ммоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, ГГТ – 38 Ед/л, ЩФ – 115 Ед/л, БР общ – 16,7 мкмоль/л, БР пр – 2,9 мкмоль/л. Результаты инструментальных методов обследования: ЭГДС – слизистая оболочка пищевода гиперемирована, кардиальный сфинктер смыкается не полностью, выявляется очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, отдельные нессливающиеся эрозии до 5 мм, слизистая желудка гиперемирована с единичными эрозиями. Уреазный тест - положительный. По результатам биопсии слизистой оболочки нижней трети пищевода – гиперплазия плоского эпителия; желудка – хронический гастрит.

#### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

#### Ситуационная задача №49

Пациентка Т., 46 лет, госпитализирована в стационар – 07.12.16. **жалобы:** желтушность кожных покровов. **В анамнезе:** Ранее в поликлинике и стационаре не наблюдалась. Со

слов родственников длительное время злоупотребляет алкоголем, последний раз около 5-ти дней назад. В последнее время родственники стали отмечать, что кожные покровы больной приобретают желтушный оттенок. **Терапия на амбулаторном этапе:** Не проводилась. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы желтушной окраски. Пастозность голеней. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см. ЧСС 100 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Б.х крови от 07.12.16: гипоальбуминемия, общий билирубин -248 мкмоль/л, прямой -188, 3 мкмоль/л., АСТ 207 Ед/л. ЭКГ-ритм синусовый, нормальное положение ЭОС

В ОАК - Нь 58 г/л.

УЗИ - хронический панкреатит, диффузные изменения печени, застойный желчный пузырь

Ухудшение состояния в течении недели, когда появилась желтушность кожных покровов и слизистых.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие синдромы можно выделить?
3. Определите факторы неблагоприятного прогноза и причину смерти

#### Ситуационная задача №50

Мужчина 30 лет, доставлен в отделение интенсивного лечения. Выяснилось, что больной страдает диффузным токсическим зобом. В течение года принимал мерказолил, прием которого прекратил 3 месяца назад. Постепенно нарастали слабость, раздражительность, уменьшение массы тела. За 2 дня до поступления появился кашель с мокротой, повысилась температура, состояние резко ухудшилось. При обследовании: состояние больного тяжелое, температура тела 41,2<sup>0</sup>С. Кожа темная горячая, влажная, выраженный тремор рук и всего тела. Обращает на себя внимание наличие большого пульсирующего зоба, над ним определяется систолическое «мурлыканье» и сосудистый шум. Пульс 140 уд. в минуту, фибрилляция предсердий. Двухсторонний экзофтальм, отек век.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С чем связано ухудшение состояния?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Какова тактика лечения тиреотоксического криза

#### Ситуационная задача №51

Больная 35 лет. 5 лет назад поставлен диагноз - узловый зоб, по поводу которого выполнена субтотальная струмэктомия. Последние несколько месяцев отмечает нарастание слабости, появилась сонливость, нарушение памяти, выпадение волос, запоры, ломкость ногтей, нарушения менструального цикла, отечность лица. Объективно: кожа сухая, плотная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 55 в минуту, АД - 90/60 мм.рт.ст. Данные дополнительных исследований: глюкоза крови - 3,33 ммоль/л, холестерин - 9,6 ммоль/л. Гормональный спектр: Т3 - 0.1 нмоль/л ( N 1.2 – 3.5 ), Т4 – 14 нмоль/л ( N 51 –154 ), ТТГ – 4,2 нмоль/л.

Вопросы:

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Каковы наиболее частые причины данного состояния?
3. Предложите план лечения.

#### Ситуационная задача №52

У больного М., 55 лет, при профосмотре выявлен сахарный диабет. Объективно: рост 170 см., масса тела 106 кг. Кожа обычной влажности и окраски. АД - 165/95 мм рт.ст., пульс 76 в минуту, ритмичный. Левая граница сердечной тупости смещена на 1 см влево от

средне-ключичной линии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет жировой клетчатки. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Лабораторные исследования: гликемия натощак - 7,88 ммоль/л., «С» - пептид – 5,5 нг/мл. Страдает АГ в течение 3х лет. Данных о наличии в анамнезе нарушений углеводного обмена нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие группы препаратов Вы рекомендуете, помимо антигипертензивных, необходимо назначить?

Ситуационная задача №53

Больной Н, 29 лет, в течение 2-х лет отмечает подъемы АД до 160/100, мышечную слабость, недомогание, прибавку в весе на 7 кг, рецидивирующую гнойничковую сыпь на коже, снижение остроты зрения. Объективно: кожные покровы сухие, истонченные, с мраморной окраской. Питание повышено. Избыточное отложение жира в области шеи и туловища. Стрии. Содержание 17 ОКС в моче повышено, содержание кортизола крови повышено, АКТГ снижено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ситуационная задача №54

Больная Т, 60 лет, предъявляет жалобы на повышение массы тела, слабость, особенно в мышцах нижних конечностей, дневную сонливость, кожный зуд. Глюкоза плазмы капиллярной крови натощак в двух последовательных анализах 7.44 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. С какими заболеваниями чаще всего коморбидна данная патология?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ситуационная задача №55

Больной П, 56 лет, страдает СД 2 типа в течение 4 лет. Последний год помимо диеты получает терапию ПССП, однако целевой уровень глюкозы не достигнут. 6.06. назначен Диабетон МВ 60 мг/сут. Глюкоза крови от 7.06 11.2 ммоль/л.

Вопросы:

1. С чем может быть связано недостижение целевых значений гликемии?
2. Какие плейотропные свойства сахароснижающих препаратов Вы знаете?
3. Какую тактику необходимо выбрать: контроль глюкозы через 2-3 дня, отмена данного препарата и переход на другой, увеличение дозы препарата или перевод на инсулинотерапию
4. Какие рекомендации по питанию и образу жизни необходимо дать пациенту?

### Ситуационная задача №56

Больной г, 48 лет, находится в отделении АРО в связи с развившейся на фоне СД 1 типа гипогликемической комой. Наиболее вероятная причина комы- введение избыточной дозы инсулина и пропуск приема пищи. После проведения неотложной терапии глюкоза крови = 4.1 ммоль/л. Сохраняется угнетение сознания.

#### Вопросы:

1. С чем может быть связано данное состояние?
2. Какие осложнения следует ожидать?
3. Какова дальнейшая тактика?

### Ситуационная задача №57

Больная С., 32 года. 3 года назад после родов у больной появились полиартралгии, онемение зябкость конечностей (кистей и стоп), стойкая субфебрильная температура неподдающаяся лечению антибиотиками. После лечения кортикостероидными гормонами состояние больной значительно улучшилось. С тех пор почти непрерывно принимает кортикостероиды, то в поддерживающих, то в лечебных дозах. В дальнейшем развилась дисфагия с резким затруднением глотания и прохождения по пищеводу твердой пищи, потеря веса. Рентгенологически было выявлено сужение пищевода в нижней трети. Но при обследовании у онколога диагноз рака пищевода был отвергнут. Состояние резко ухудшилось 3 недели назад: появились головные боли, слабость и адинамия, тошнота, рвота, резкое снижение зрения. Больная производит впечатление скованной, лицо адинамично, рот раскрывается с трудом. Кожа в области кистей и стоп бледная, холодная, плотная, не может быть собрана в складку. Левый коленный сустав деформирован, объем движений в нем ограничен. АД - 230/125 мм.рт.ст. Тахикардия. Тоны сердца приглушены. Акцент 2-го тона над аортой. Остальные внутренние органы без существенных отклонений от нормы. Суточный диурез 600-500. ОАК: эритроциты-  $2,58 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин- 86г/л, лейкоциты -  $7,8 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула без сдвигов. СОЭ - 18 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес - 1012, белок - 1,66‰, эритроциты - 8-10 в поле зрения (преимущественно выщелоченные), лейкоциты - 0-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 4-6 в препарате. Креатинин - 0,797 ммоль/л. Мочевина - 36,8 ммоль/л.

#### Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. С чем связана олигоанурия у данной пациентки и каковы подходы к лечению данного поражения почек?

### Ситуационная задача №58

Больной К., 18 лет. Заболел остро, через 10 дней после перенесенной ангины вновь повысилась температура ( $37,6^{\circ}C$ ), появились обильные мелкоточечные геморрагические высыпания на нижних конечностях, кожный зуд, боли и припухлость крупных суставов. На второй неделе заболевания появились ноющие боли в пояснице и мутная красная моча.

При осмотре отмечается пастозность век и лица. Мелкоточечные геморрагические высыпания густо расположены на коже голеней и бедер. АД - 155/95 мм рт.ст. Объективных данных о патологии внутренних органов не выявлено.

ОАК: эритроциты -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты -  $10,2 \times 10^9/л$ , э - 4%, п - 6%, с - 61%, л - 23%, м - 6 %, СОЭ- 25 мм/ч. Анализ мочи: цвет «мясных помоев», реакция кислая, уд.вес-1004, белок - 0,33‰, эритроциты - выщелоченные на все поле зрения, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-4 в поле зрения.

#### Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Каковы принципы терапии данного заболевания?

### Ситуационная задача №59

Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертензия (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел. Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19. Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета. В общем ОАК: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты -  $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $9,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты –  $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы. При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико-медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

#### Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
3. Назначьте лечение

### Ситуационная задача №60

Больная Б., 19 лет, медсестра, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, отеки лица и нижних конечностей, одышку при физической нагрузке, периодические носовые кровотечения. Заболела остро, 12 дней назад перенесла ОРВИ во время отдыха на море, были боли в горле, слизистое отделяемое из носа. Принимала жаропонижающие средства (парацетамол). Антибактериальную терапию не получала. 5 дней назад заметила появление отеков, уменьшение количества отделяемой мочи, появились вышеописанные жалобы.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, на щеках участки гиперемии. Лимфатические узлы не увеличены. Рост 165 см. Вес 52 кг. Выраженные отеки нижних конечностей. Межфаланговые суставы кистей припухшие, при пальпации несколько болезненные. ЧД 23 в мин. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 96 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Область поясницы отечна, при поколачивании интактна. Диурез снижен (около 600 мл). Щитовидная железа не пальпируется.

ОАМ: уд. вес 1016, белок, 4,1 г/л, лейкоциты - 3-5-6-, эритроциты - 10-15-20 в поле зрен., Бактерии нет. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 4000, эритроциты - 22000. З.

Креатинин 98 мкмоль/л Холестерин 12,3 ммоль/л Мочевина 7,8 ммоль/л, Калий 5,1 ммоль/л, белок 51 г/л Натрий 140 ммоль/л Ревматоидный ф-р отрицат. Коагулограмма: гиперкоагуляция. Сахар крови: 4,13 ммоль/л. Суточная потеря белка - 5,8 г в сутки. ЭКГ: Синусовая тахикардия. ЭОС не отклонена. Снижен вольтаж зубцов. Дисметаболические изменения в миокарде. УЗИ почек, гепатобилиарной зоны: почки увеличены в размерах (130x55мм), паренхима 20 мм, кортико-медулярная дифференциация стерта. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. Составьте план дополнительного обследования. Как можно верифицировать данное заболевание?

### Ситуационная задача №61

Женщина 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов сопровождающееся ознобом, слабость.

Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно принимала амоксилав, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование; Нв-118 г/л, эр-3.2\*10<sup>12</sup>/л: лейк-10,6\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ-32мм/ч. о/а мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л. лейк-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр. креатинин 96 мкмоль/л. Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледные, температура 38,2. Над легкими перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Вопросы:

4. Предположите и обоснуйте вероятный диагноз
5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
6. Назначьте лечение

### Ситуационная задача №62

Больной Ф., 67 лет. Болеет около года. Отмечает быструю утомляемость, слабость, головные боли, головокружение, одышку при ходьбе, боли в костях и суставах, особенно интенсивные в подвздошно-кресцовом сочленении, упорный субфебрилитет. За время болезни похудел на 7кг. При осмотре отмечается резкая бледность кожи и слизистых. Болезненность при поколачивании по грудине и ребрам. Лимфатические узлы не увеличены. АД - 140/90 мм рт.ст. Приглушенность тонов сердца и систолический шум над верхушкой и сосудами. Остальные внутренние органы без особенностей. ОАК: эритроциты - 2,9x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 92г/л, тромбоциты - 210x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты - 6,8x10<sup>9</sup>/л. Лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 78мм/ч. Анализ мочи: уд.вес - 1017, белок - 4,8%, эритроциты - 2-4 в поле зрения, лейкоциты - 8-10 в поле зрения,



цилиндры восковидные и зернистые - 7-9 в поле зрения. Обнаружен белок Бенс-Джонса. Суточная протеинурия - 18г. Общий белок крови - 134г/л. Креатинин крови - 0,44 ммоль/л. На рентгенограммах черепа, тазовых костей, позвоночника обнаружены множественные круглые дефекты различных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какое исследование не рекомендовано выполнять данному пациенту? Как раньше называлось данное заболевание ?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

#### Ситуационная задача №63

Больная Н., 28 лет, поступила с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 38,4 °С, кровоточивость десен. Считает себя больной в течение 3 недель, когда стала отмечать ежедневное повышение температуры до фебрильных цифр. При осмотре отмечается бледность кожи и слизистых, увеличение размеров шейных, подмышечных лимфатических узлов до размеров фасоли. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, селезенка - на 2см. На коже туловища, конечностях - единичные кровоизлияния различных размеров и сроков давности. Лабораторные данные: гемоглобин - 88г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9, лейкоциты -  $250 \times 10^9/л$ , п - 1%, с - 14%, л - 60%, м - 3%, бластные формы - 22%, тромбоциты -  $35 \times 10^9/л$ .

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. На каких критериях базируется постановка диагноза?
3. Назовите основные цели и принципы терапии данного заболевания.

#### Ситуационная задача №64

Больной Р., 63 года. Предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, умеренную общую слабость, одышку. При осмотре - кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пальпируются плотные, безболезненные, подвижные лимфоузлы размером 3-3,5 см. В легких дыхание везикулярное. АД - 150/90 мм. рт. ст. Пульс - 92 уд./мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка - на 1,5 см. В общем анализе крови - Нв - 82 г/л, ЦП - 1,0, лейкоциты - 117 тыс., нейтрофилы п/ядерные - 2 %, с/ядерные - 16 %, моноциты - 10 %, лимфоциты - 72 %, преимущественно зрелые формы, СОЭ - 32 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику при данном заболевании.
3. При каких инфекционных заболеваниях наблюдается лимфоцитоз?

#### Ситуационная задача №65

Пациент Б., 56 лет, обратился к врачу-терапевту с жалобами на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, общую слабость, которые его беспокоят длительное время. В течение 3 последних месяцев появилась неустойчивость при ходьбе, жжение языка, онемение конечностей, покалывание в кончиках пальцев ног. Из анамнеза известно, что пациент был обследован у гастроэнтеролога 5 лет назад, выполнено ФГДС исследование, выявлены атрофические изменения слизистой желудка, преимущественно в фундальном отделе.

Объективный осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы имеют бледно-желтый оттенок, нормальной влажности. Присутствует алопеция и витилиго. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс=ЧСС=86 ударов в минуту. АД – 128/76 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Язык у корня обложен белым налетом, имеет малиновый оттенок, сосочки сглажены. Живот мягкий, слегка чувствителен в эпигастрии, не увеличен в размере. Периферических отеков нет.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты -  $2,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель - 1,12, MCV - 120, ретикулоциты - 1%, лейкоциты -  $4,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/ч, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 30 Ед/л, АСТ - 28 Ед/л, щелочная фосфатаза - 57 Ед/л.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие специфические иммунологические маркеры могут подтвердить диагноз?
3. Предложите план лечения.

#### Ситуационная задача №66

Пациент А., 36 лет обратился с жалобами на ночные боли в эпигастральной области, головокружения, сердцебиение при физической нагрузке, утомляемость, черный стул, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациент страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с 15 лет. В течение последнего месяца общее состояние ухудшилось, появились головокружение, черная окраска стула, слабость.

Объективный осмотр. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс=ЧСС 84 удара в минуту, АД - 112/73 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 81 г/л, эритроциты –  $3,4 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель – 0,72, ретикулоциты – 1%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ – 10 мм/час, MCV – 70 фл., железо сыворотки – 8 мкмоль/л. ОЖСС – 102 мкмоль/л.

#### Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

#### Ситуационная задача №67

Пациент Р., 63 лет 5 лет назад получал химиотерапию и лучевую терапию по поводу рака лёгкого. В течение последних 6 месяцев появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе. При обследовании пациента, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено. Клинический анализ крови: гемоглобин - 65 г/л, эритроциты -  $2,1 \times 10^{12}$  /л, ретикулоциты - 0,5%, лейкоциты -  $1,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты –  $90 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/ч. Результаты стеральной пункции: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани. Лейкоцитарная формула без особенностей.

#### Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли пациенту трансплантация гемопоэтических стволовых клеток?

### Ситуационная задача №68

Пациент В., 75 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, головные боли, периодическую потливость по ночам, эпизоды повышения температуры тела до 37,4, одышку при умеренных физических нагрузках, приступы сжимающих болей за грудиной без четкой связи с нагрузками, интенсивную боль в правой поясничной области, возникшую около двух часов назад, потемнение мочи. Более 40 лет курит около 20 сигарет в день. В течение последних 20 лет беспокоят приступы загрудинных болей, которые расценивались как стенокардия. Проводилась терапия нитратами и аспирином, с некоторым эффектом. Около семи лет назад стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе, которые значительно возросли в течение последнего полугодия, в связи с чем два месяца назад произведена операция аортобедренного шунтирования. После операции отмечался длительный период субфебрильной температуры, которая постепенно нормализовалась на фоне терапии клафораном. Однако эпизоды повышения температуры периодически возобновлялись, значительно нарастала общая слабость, стали беспокоить выраженные головокружения.

При осмотре состояние тяжелое. Конституция гиперстеническая. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. Акроцианоз. Отеков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, в базальных отделах с обеих сторон - единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

Сердце: левая граница - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, второй тон во II межреберье справа от грудины резко ослаблен, после первого тона выслушиваются грубый шум, проводящийся на сонные артерии, и шум после второго тона с эпицентром в точке Боткина. ЧСС - 72 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 110/45 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется, размеры ее 10 x 7 см.

В АОК: гемоглобин - 8,7 г%, эритроциты - 3,1 млн, лейкоциты - 8,6 тыс. (п/я - 2%, нейтрофилы - 44%, лимфоциты - 39%), тромбоциты - 144 тыс., СОЭ - 43 мм/ч, общий белок - 6,8 г%, альбумин - 3,9 г% (54%), альфа-1 - 8%, альфа-2 - 11%, бета - 9%, гамма - 18%, СРБ ++, латекс-тест +, IgG - 1400 мг%, креатинин - 2,4 мг%, азот мочевины - 40 мг%, общий билирубин - 1,3 мг%.

В анализе мочи: рН - 5, удельный вес - 1012, белок - 0,4 г/л, сахара, ацетона нет, эритроциты - 20-30 в поле зрения.

На РГ ОГК: значительно увеличены третья и четвертая дуги по левому контуру сердца, плевральные синусы свободны.

ЭКГ прилагается.

#### Вопросы:

1. Круг предполагаемых заболеваний
2. Какие клинические синдромы Вы выделяете?
3. План обследования данного пациента
4. Наиболее вероятный диагноз

### **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

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

#### 6.1. Основная литература

1. Общая врачебная практика : национальное руководство. В 2 т. Т. 1 / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2. Общая врачебная практика : национальное руководство. В 2 т. Т. 2 / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 888 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»

3. Внутренние болезни: учебник в 2-х томах. Том 1 / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 960 с.: ил. Б. - 10 экз. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
4. Внутренние болезни: учебник в 2-х томах. Том 2 : рекомендовано ФГАОУ ВО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова" / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с.: ил. Б. - 10 экз. + 1 электрон. опт.диск.-+ Доступ из ЭБС «Консультант врача»

## 6.2. Дополнительная литература

1. COVID-19 : реабилитация и питание : руководство для врачей / В. А. Тутельян, Д. Б. Никитюк, А. В. Погожева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2. COVID-19: реабилитация и питание: руководство для врачей / В. А. Тутельян, Д. Б. Никитюк, А. В. Погожева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - (Серия "COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
3. Абдульянов И. В. Инструментальная диагностика сердечной патологии:учебное пособие / И. В. Абдульянов, М. Ю. Володюхин, Л. А. Гараева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 200 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
4. Аллергология и клиническая иммунология / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 336 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
5. Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
6. Анемия хронических заболеваний / В. Т. Сахин, Е. В. Крюков, О. А. Рукавицын ; под общ. ред. Е.В. Крюкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
7. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. - 12-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 560 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
8. Белялов, Ф. И. Прогнозирование и шкалы в медицине : руководство для врачей / Ф. И. Белялов. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 416 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»

9. Беременность и фармакотерапия: выбор лекарственных препаратов / под ред. Е. В. Ших. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
10. Болезни миокарда и перикарда : от синдромов к диагнозу и лечению / О. В. Благова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 884 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
11. Бояринцев, В. В. Хирургический больной : мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В. , Пасечника И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - – Доступ из ЭБС «Консультант врача» – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
12. Бронхолегочные заболевания / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
13. Веселов С.В. Лекарственные препараты. Практикум для ординаторов клинических кафедр: учеб. пособие / С.В. Веселов, Н.Ю. Колгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 216 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
14. Внезапная сердечная смерть / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревитшвили, Н. М. Неминуций, И. В. Проничева - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
15. Волкова, Н. И. Электрокардиография : учебное пособие / Н. И. Волкова, И. С. Джериева, А. Л. Зибарев [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 136 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
16. Гастроэнтерология : национальное рук-во / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 450 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
17. Гематология: национальное рук-во / под ред. О.А. Рукавицына. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 784 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
18. Герасименко, Н. Ф. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 664 с.
19. Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
20. Грипп в эпоху пандемии COVID-19 : руководство для врачей / под ред. Н. Ю. Пшеничной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
21. Громов, М. И. Послеоперационное лечение и реабилитация в неотложной гинекологии : руководство для врачей / М. И. Громов,

- Е. И. Новиков, А. В. Осипов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 176 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
22. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1112 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  23. Дементьева, И. И. Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция / Дементьева И. И. , Чарная М. А. , Морозов Ю. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 432 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  24. Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации / авт.-сост. : В.А. Ахмедов [и др.] ; под. ред. В.А. Ахмедова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 256 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  25. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации : руководство для врачей / С. Г. Горохова. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  26. Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 432 с. - (Серия "COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  27. Диагностика и лечение неотложных состояний у больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 344 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  28. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В.В. Щёктова, А.И. Мартынова, А.А. Спасского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  29. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии на догоспитальном этапе : руководство для врачей и фельдшеров / под ред. Н. Ф. Плаунова, Г. М. Кожевниковой, О. А. Бургасовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 64 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  30. Доброхотова Ю.Э. Антенатальная помощь беременным экстрагенитальными заболеваниями / Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  31. Древаль, А. В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D : руководство для врачей / А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. ? 160 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»



32. Заболевания желудочно-кишечного тракта / под ред. В. Н. Лариной. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
33. Зырянов, С. К. Сердечно-сосудистые средства в гериатрии / С. К. Зырянов, Е. А. Ушкалова, О. И. Бутранова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 224 с.
34. Интенсивная терапия : национальное руководство: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. 1. - 1152 с. : ил.
35. Интенсивная терапия : национальное руководство: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. 2. - 1056с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
36. Интерпретация лабораторных исследований при атеросклерозе и его осложнениях / А. П. Ройтман, Г. Г. Арабидзе, И. А. Либов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 128 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
37. Калинина А.М. Диспансерное наблюдение в практике кардиолога, терапевта и врача общей практики. Модуль. / А.М. Калинина, Л.Ю. Дроздова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
38. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 816 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
39. Кишкун, А. А. Биохимические исследования в клинической практике / А. А. Кишкун. - 2-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 512 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
40. Клиническая лабораторная диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей / А. И. Карпищенко [и др.] ; под ред. А. И. Карпищенко. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2020. - 464 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
41. Клинические рекомендации по кардиологии / под ред. Ф. И. Беялова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
42. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Беялова. - 11-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 416 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
43. Косухина О.И. Экспертная оценка случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в кардиологической практике / О.И.

- Косухина, Е.Х. Баринов. - Москва : Проспект, 2018. – 128 с. - Доступ из ЭБС «Консультант студента»
44. Круглов, В. А. Электрокардиограмма в практике врача : руководство / В. А. Круглов, М. Н. Дадашева, Р. В. Горенков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 136 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  45. Лазебник, Л. Б. Органы пищеварения и COVID-19. Руководство для врачей / Л. Б. Лазебник, В. Б. Гриневич, Ю. А. Кравчук, А. К. Ратникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 224 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  46. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи : руководство для врачей и фельдшеров : / А. В. Тараканов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  47. Медицинская информатика в общественном здоровье и организации здравоохранения. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1184 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  48. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях : учебное пособие / А. И. Махновский, В. А. Мануковский, И. М. Барсукова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  49. Многоликий инфаркт миокарда : руководство / С. С. Якушин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 232 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  50. Напалков, Д. А. Венозные тромбоэмболические осложнения. Антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 96 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  51. Напалков, Д. А. Фибрилляция предсердий: антикоагулянтная терапия в таблицах и схемах / Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 112 с. - - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  52. Неотложная эндокринология : учебное пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 128 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  53. Нефрология : Национальное рук-во. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 608 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
  54. Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени, определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информац. - справ. материалы /

сост.: Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кудасов, С.М. Грошилини; - Ростов-н/Д: РостГМУ, 2014. - 108 с. (10 экз.)

55. Нутрициология и клиническая диетология : национальное руководство / под ред. В. А. Тутельяна, Д. Б. Никитюка. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 656 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
56. Обрезан, А. Г. Острые и хронические коронарные синдромы / А. Г. Обрезан, Е. К. Сережина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 224 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
57. Обрезан, А. Г. Сердечная недостаточность и кардиомиопатии / А. Г. Обрезан, Е. К. Сережина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 144 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
58. Обрезан, А. Г. Социально значимые заболевания в терапевтической практике. Стандарты раннего выявления и профилактики : руководство для врачей / А. Г. Обрезан, Е. К. Сережина, А. А. Обрезан. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 544 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
59. Обрезан, А. Г. Управление факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний / А. Г. Обрезан, Е. К. Сережина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 184 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
60. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
61. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К.Р. Амлаева, В.Н. Муравьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
62. Онконастороженность в работе врача поликлиники / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 128 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
63. Основы профессиональной кардиологии. Сердечно-сосудистые заболевания при трудовой деятельности : учебное пособие для врачей / С. Г. Горохова, О. Ю. Атьков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 344 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
64. Остеопороз : факторы риска, диагностика, лечение, профилактика : справочное руководство / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
65. Острые респираторные вирусные инфекции у детей и взрослых / А. В. Горелов, А. А. Плоскирева, Ж. Б. Понежева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 80 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»

66. Первая помощь при ранениях, травмах и других неотложных состояниях в условиях мирного времени и в вооруженных конфликтах / П. Е. Крайнюков, Р. Г. Макиев, М. Р. Булатов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 184 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
67. Периоперационная коррекция кровопотери : руководство для врачей / В. В. Голубцов, А. А. Рагимов, В. А. Крутова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 264 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
68. Пособие по пульмонологии. Иммунология, клиника, диагностика и лечение воспалительных вирусных, бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов, легких / Э. П. Бербенцова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
69. Практическая пульмонология : руководство для врачей / под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитоновна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
70. Рациональная фармакотерапия неотложных состояний / под ред. А. Л. Вёрткина. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 720 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
71. Ревматология / под ред. А.А. Усановой - Москва:ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 408 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
72. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
73. Самойлова, А. В. Больничный лист в вопросах и ответах : практическое руководство / А. В. Самойлова, С. В. Шлык, М. А. Шишов. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 272 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
74. Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19: руководство для врачей / В. А. Епифанов, М. С. Петрова, А. В. Епифанов и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. : ил. (Серия "COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
75. Сахин, В. Т. Анемия хронических заболеваний / под общ. ред. Крюкова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
76. Сердечно-сосудистые заболевания / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с . : ил. - (Серия "На амбулаторном приеме"). - доступ из ЭБС «Консультант врача»

77. Симптомы и синдромы в онкологии: руководство для врачей / авт.-сост. В. М. Тимербулатов, Ш. Х. Ганцев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. : ил. - (Серия "Симптомы и синдромы"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
78. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии : учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
79. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
80. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
81. Современный подход при дисплазии соединительной ткани в кардиологии: диагностика и лечение : руководство для врачей / Г. И. Нечаева, А. И. Мартынов и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 432 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
82. Справочник врача-гематолога / А. А. Рукавицын, О. А. Рукавицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. : ил. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
83. Старчиков, М. Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача)- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
84. Статистика и анализ деятельности учреждений здравоохранения / В. М. Чернышев, О. В. Стрельченко, И. Ф. Мингазов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 224 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»
85. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,- Доступ из ЭБС «Консультант врача»
86. Фармакология : учебник / Аляутдин Р.Н., Преферанский Н.Г., Преферанская Н.Г. - Москва:ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 688 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
87. Фармакология : учебник / А. И. Венгеровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 848 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
88. Фармакотерапия во время беременности / под ред. Е.В. Ших. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»

89. Физическая активность и сахарный диабет / А. В. Древаль, О. А. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
90. Хронический пиелонефрит и хроническая болезнь почек в практике врача поликлиники / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 144 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
91. Шляхто, Е. В. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
92. Эволюция клинико-фармакологических и терапевтических принципов лечения инфекции COVID-19 / В. И. Петров [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с.: ил. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
93. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1112 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
94. Ярцев, С. С. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в повседневной практике врача / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 64 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»
95. Ярцев, С. С. Электрокардиография. Практическое руководство-справочник для врачей / С. С. Ярцев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 368 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»

### 6.3. Электронные образовательные ресурсы

Перечень интернет-ресурсов на 2023-2024 учебный год

№	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opac/">http://109.195.230.156:9080/opac/</a>	Доступ неограничен
2.	Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Консультант студента». - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru">https://www.studentlibrary.ru</a> + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a> +	Доступ неограничен

	возможности для инклюзивного образования	
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 библиотеки
6.	<b>БД издательства Springer Nature.</b> - URL: <a href="https://link.springer.com/">https://link.springer.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ <a href="https://kias.rfbr.ru/reg/index.php">https://kias.rfbr.ru/reg/index.php</a> (Нацпроект)	Доступ неограничен
7.	<b>Wiley Online Library / John Wiley &amp; Sons.</b> - URL: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com">http://onlinelibrary.wiley.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
8.	<b>Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile :</b> архив. – URL : <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/">https://onlinelibrary.wiley.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Бессрочная подписка
9.	<b>Sage Publication :</b> [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: <a href="https://sk.sagepub.com/books/discipline">https://sk.sagepub.com/books/discipline</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
10.	<b>Ovid Technologies :</b> [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: <a href="https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi">https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
11.	<b>Questel база данных Orbit Premium edition :</b> база данных патентного поиска <a href="http://www.orbit.com/">http://www.orbit.com/</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Доступ ограничен
12.	<b>Wiley :</b> офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: <a href="https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html">https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html</a>	Контент открытого доступа
13.	<b>Российское образование. Единое окно доступа :</b> федеральный портал. - URL: <a href="http://www.edu.ru/">http://www.edu.ru/</a> . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
14.	<b>Федеральный центр электронных образовательных ресурсов.</b> - URL: <a href="http://srtv.fcior.edu.ru/">http://srtv.fcior.edu.ru/</a>	Открытый доступ
15.	<b>Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).</b> - URL: <a href="http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library">http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library</a>	Открытый доступ
16.	<b>Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.</b> - URL: <a href="https://femb.ru/femb/">https://femb.ru/femb/</a>	Открытый доступ
17.	<b>Cochrane Library :</b> офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: <a href="https://cochranelibrary.com/about/open-access">https://cochranelibrary.com/about/open-access</a>	Контент открытого доступа
18.	<b>Кокрейн Россия :</b> российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: <a href="https://russia.cochrane.org/">https://russia.cochrane.org/</a>	Контент открытого доступа
19.	<b>Вебмединфо.ру :</b> сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: <a href="https://webmedinfo.ru/">https://webmedinfo.ru/</a>	Открытый доступ
20.	<b>Univadis from Medscape:</b> международ. мед. портал. - URL: <a href="https://www.univadis.com/">https://www.univadis.com/</a> [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
21.	<b>Med-Edu.ru:</b> медицинский образовательный видеопортал. - URL: <a href="http://www.med-edu.ru/">http://www.med-edu.ru/</a> . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
22.	<b>Мир врача:</b> профессиональный портал [информационный ресурс	Бесплатная

	для врачей и студентов]. - URL: <a href="https://mirvracha.ru">https://mirvracha.ru</a> .	регистрация
23.	<b>DoctorSPB.ru</b> : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: <a href="http://doctorspb.ru/">http://doctorspb.ru/</a>	Открытый доступ
24.	<b>МЕДВЕСТИК</b> : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: <a href="https://medvestnik.ru">https://medvestnik.ru</a>	Открытый доступ
25.	<b>PubMed</b> : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/</a>	Открытый доступ
26.	<b>Cyberleninka Open Science Hub</b> : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: <a href="https://cyberleninka.org/">https://cyberleninka.org/</a>	Контент открытого доступа
27.	<b>Научное наследие России</b> : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: <a href="http://www.e-heritage.ru/">http://www.e-heritage.ru/</a>	Открытый доступ
28.	<b>Президентская библиотека</b> : сайт. - URL: <a href="https://www.prilib.ru/collections">https://www.prilib.ru/collections</a>	Открытый доступ
29.	<b>SAGE Openaccess</b> : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: <a href="https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage">https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage</a>	Контент открытого доступа
30.	<b>EBSCO &amp; Open Access</b> : ресурсы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.ebsco.com/open-access">https://www.ebsco.com/open-access</a>	Контент открытого доступа
31.	<b>Lvrach.ru</b> : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: <a href="https://www.lvrach.ru/">https://www.lvrach.ru/</a>	Открытый доступ
32.	<b>ScienceDirect</b> : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: <a href="https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals">https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals</a>	Контент открытого доступа
33.	<b>Taylor &amp; Francis. Dove Medical Press. Open access journals</b> : журналы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.tandfonline.com/openaccess/dove">https://www.tandfonline.com/openaccess/dove</a>	Контент открытого доступа
34.	<b>Taylor &amp; Francis. Open access books</b> : книги открытого доступа. – URL: <a href="https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books">https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books</a>	Контент открытого доступа
35.	<b>Thieme. Open access journals</b> : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: <a href="https://open.thieme.com/home">https://open.thieme.com/home</a>	Контент открытого доступа
36.	<b>Karger Open Access</b> : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: <a href="https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index">https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index</a>	Контент открытого доступа
37.	<b>Архив научных журналов</b> / НП НЭИКОН. - URL: <a href="https://arch.neicon.ru/xmlui/">https://arch.neicon.ru/xmlui/</a>	Открытый доступ
38.	<b>Русский врач</b> : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: <a href="https://rusvrach.ru/">https://rusvrach.ru/</a>	Открытый доступ
39.	<b>Directory of Open Access Journals</b> : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: <a href="http://www.doaj.org/">http://www.doaj.org/</a>	Открытый доступ
40.	<b>Free Medical Journals</b> . - URL: <a href="http://freemedicaljournals.com">http://freemedicaljournals.com</a>	Открытый доступ
41.	<b>Free Medical Books</b> . - URL: <a href="http://www.freebooks4doctors.com">http://www.freebooks4doctors.com</a>	Открытый доступ
42.	<b>International Scientific Publications</b> . – URL: <a href="http://www.scientific-publications.net/ru/">http://www.scientific-publications.net/ru/</a>	Открытый доступ



43.	<b>Эко-Вектор</b> : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: <a href="http://journals.eco-vector.com/">http://journals.eco-vector.com/</a>	Открытый доступ
44.	<b>Медлайн.Ру</b> : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: <a href="http://www.medline.ru">http://www.medline.ru</a>	Открытый доступ
45.	<b>Медицинский Вестник Юга России</b> : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: <a href="http://www.medicalherald.ru/jour">http://www.medicalherald.ru/jour</a>	Открытый доступ
46.	<b>Южно-Российский журнал терапевтической практики</b> / РостГМУ. – URL: <a href="http://www.therapeutic-j.ru/jour/index">http://www.therapeutic-j.ru/jour/index</a>	Открытый доступ
47.	<b>Рубрикатор</b> клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/">https://cr.minzdrav.gov.ru/</a>	Открытый доступ
48.	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: <a href="https://www.crc.ru">https://www.crc.ru</a>	Открытый доступ
49.	<b>Министерство здравоохранения Российской Федерации</b> : офиц. сайт. - URL: <a href="https://minzdrav.gov.ru">https://minzdrav.gov.ru</a>	Открытый доступ
50.	<b>Федеральная служба по надзору</b> в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: <a href="https://roszdravnadzor.gov.ru/">https://roszdravnadzor.gov.ru/</a>	Открытый доступ
51.	<b>Всемирная организация здравоохранения</b> : офиц. сайт. - URL: <a href="http://who.int/ru/">http://who.int/ru/</a>	Открытый доступ
52.	<b>Министерство науки и высшего образования</b> Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: <a href="http://minobrnauki.gov.ru/">http://minobrnauki.gov.ru/</a> (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
53.	<b>Официальный интернет-портал правовой информации.</b> - URL: <a href="http://pravo.gov.ru/">http://pravo.gov.ru/</a>	Открытый доступ
54.	<b>Другие</b> открытые ресурсы вы можете найти по адресу: <a href="http://rostgmu.ru">http://rostgmu.ru</a> → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

## 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:***

#### ***Пример теоретического вопроса:***

#### **1. Лечебная тактика при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема сегмента ST ( национальные и международные рекомендации).**

##### ***Эталон ответа :***

Выбор первоначальной тактики лечения ОКС без подъема сегмента ST:

- Существует две первоначальные тактики лечения больных с ОКС без подъема сегмента ST: ранняя консервативная тактика, подразумевающая использование только медикаментозных препаратов на начальном этапе, и ранняя инвазивная тактика, при которой помимо медикаментозной терапии в первые 48 ч проводят реваскуляризацию миокарда с помощью чрескожных коронарных вмешательств (ангиопластика или стентирование коронарных артерий) либо коронарное шунтирование. Выбор тактики лечения базируется на результатах стратификации риска больных. Большинство исследований продемонстрировало существенное преимущество ранней инвазивной тактики лечения по сравнению с консервативной тактикой у больных группы высокого риска, особенно имеющих повышенное содержание сердечных тропонинов. У больных низкого риска ранняя инвазивная тактика лечения не давала существенного выигрыша по сравнению с консервативной. При выборе первоначальной консервативной тактики лечения после стабилизации состояния больным низкого риска через 7– 10 дней показано проведение нагрузочных тестов (тредмил-тест, стресс-эхоКГ, сцинтиграфия миокарда с нагрузкой). По их результатам выбирают дальнейшую тактику лечения: рекомендуют продолжать медикаментозную терапию и определяют ее объем либо проводят в ближайшее время коронароангиографию для решения вопроса о методе реваскуляризации миокарда.
- Медикаментозное лечение больных с ОКС без подъема сегмента ST включает в себя комплексное применение нитратов,  $\beta$ -адреноблокаторов, блокаторов  $Ca^{2+}$  - каналов, антитромбоцитарных препаратов (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел,

блокаторы Пв/Ша-рецепторов тромбоцитов), антитромбиновых препаратов (фракционированных и нефракционированных гепаринов) и статинов.

- Нитраты : на начальном этапе лечения больных с ОКС без подъема сегмента ST нитраты вводят в виде постоянной внутривенной инфузии через дозаторы ЛС в стартовой дозе 5 мг/ч с последующей ее корректировкой в зависимости от величины АД и клинического состояния больного. Длительность внутривенной инфузии нитратов чаще всего не превышает 48 ч (этого обычно достаточно для стабилизации состояния), после чего переходят на пероральный или трансдермальный путь введения нитратов.
- β-Адреноблокаторы: не существует прямых доказательств благоприятного влияния β-адреноблокаторов на клинический исход у больных с ОКС без подъема сегмента ST, однако, учитывая антиангинальный и антиишемический эффект β-адреноблокаторов, их фармакологическое действие, вызывающее замедление ЧСС, уменьшение потребности миокарда в кислороде, снижение риска возникновения фатальных желудочковых аритмий, высокую эффективность их применения у больных инфарктом миокарда с Q-зубцом, можно говорить о целесообразности их использования у больных с ОКС без подъема сегмента ST. Блокаторы кальциевых каналов: применение коротко- и длительно действующих дигидропиридинов (нифедипин, амлодипин) у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, не получающих β-адреноблокаторов, противопоказано. Эффективность и безопасность двух недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов – верапамила и дилтиазема – никогда не оценивали в плацебо-контролируемых клинических исследованиях у больных с ОКС без подъема сегмента ST. Вероятно, верапамил, так же как и дилтиазем, можно применять у больных, когда имеются абсолютные противопоказания к использованию β-адреноблокаторов. Однако наиболее подходящей нишей для клинического применения дилтиазема служит вариантная вазоспастическая стенокардия Принцметала. Антитромбоцитарные препараты: ацетилсалициловая кислота остается одним из препаратов первого выбора в лечении больных с ОКС без подъема сегмента ST. Ацетилсалициловую кислоту в первоначальной дозе 160–320 мг (первую дозу желательно разжевать) необходимо как можно раньше назначать больным с несомненным ОКС без подъема сегмента ST либо с подозрением на него с последующим постоянным приемом ее в дозе 100 мг/сут. (желательно в кишечнорастворимой форме) неопределенно долго. Тиенопиридины (клопидогрел и тиклопидин), блокируя P2Y<sub>12</sub>-рецепторы тромбоцитов, необратимо подавляют агрегацию тромбоцитов, индуцированную АДФ. По сравнению с тиклопидином клопидогрел лучше переносится, реже вызывает побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, лейкопению и тромбоцитопению, обладает более выраженным антитромбоцитарным действием и может применяться в нагрузочной дозе. Согласно современным рекомендациям, клопидогрел следует назначать как можно раньше больным, госпитализированным с ОКС без подъема сегмента ST в следующих случаях: – если у пациентов отмечают гиперчувствительность к ацетилсалициловой кислоте или ее непереносимость из-за желудочнокишечных побочных эффектов; – с применением нагрузочной дозы вместе с ацетилсалициловой кислотой, если не планируется выполнение чрескожных коронарных вмешательств, с последующим приемом от 1 до 9 месяцев; – с применением нагрузочной дозы вместе с ацетилсалициловой кислотой, если планируют выполнение чрескожных коронарных вмешательств, с последующим приемом от 1 до 9 месяцев при отсутствии риска серьезных геморрагических осложнений.
- Блокаторы Пв/Ша-рецепторов тромбоцитов (абциксимаб, эптифибатид и тирофибан) – наиболее мощные антитромбоцитарные препараты. Клинические исследования неопровержимо доказали высокую эффективность блокаторов Пв/Ша-рецепторов тромбоцитов при выполнении чрескожных коронарных вмешательств у больных с ОКС без подъема сегмента ST. В то же время Диагностика и лечение ОКС в рамках

комплексной медикаментозной терапии у больных с ОКС без подъема сегмента ST, у которых не планируют применение чрескожных коронарных вмешательств, можно использовать только эптифибатид и тирофибан (но не абциксимаб), при этом вводить их целесообразно только больным высокого риска. Антитромбиновые препараты (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные фракционированные гепарины, ингибиторы фактора Ха) – одни из ключевых в лечении больных с ОКС без подъема сегмента ST. Нефракционированный гепарин. При использовании НФГ в комплексном лечении больных с ОКС без подъема сегмента ST НФГ должен вводиться как минимум в течение 48–72 ч только внутривенно в виде постоянной инфузии через дозаторы ЛС под регулярным контролем АЧТВ (целевое АЧТВ в 1,5–2 раза выше первоначального значения). Помимо необходимости постоянной внутривенной инфузии, у НФГ есть и другие относительные недостатки: возникновение тромбоцитопении, развитие феномена «рикошета» по окончании введения препарата, выраженная вариабельность степени связывания с белками плазмы, что делает ангиокоагулянтный эффект НФГ труднопредсказуемым, повышает вероятность кровотечений и требует частого лабораторного контроля.

- Низкомолекулярные гепарины: по сравнению с НФГ в меньшей степени влияют на образование тромбина и в большей степени блокируют фактор Ха. Важные преимущества НМГ: возможность подкожного введения 2 раза в день (при этом достигают прогнозируемой и достаточной антикоагуляции), отсутствие необходимости в лабораторном контроле и более редкое развитие тромбоцитопении. Проводимые клинические испытания показали, что ни далтепарин, ни надропарин не имеют достоверных клинических преимуществ по сравнению с НФГ, за исключением удобства применения, а эноксапарин более эффективен, чем НФГ. Ингибиторы фактора Ха (фондапаринукс натрия). В отличие от НМГ фондапаринукс натрия блокирует исключительно фактор Ха, что намного выгоднее и эффективнее, если иметь в виду подавление каскада коагуляции. При лечении больных с ОКС без подъема сегмента ST фондапаринукс также эффективен, как эноксапарин, суммарная частота кровотечений при его применении существенно ниже. Выбор первоначальной тактики лечения РКС с подъемом сегмента ST Основной задачей при лечении больных с ОКС с подъемом сегмента ST является скорейшее (в первые 12 ч после начала клинической картины заболевания), полноценное и стойкое восстановление кровотока (реперфузия) по окклюзированной коронарной артерии. Существует два способа восстановить коронарный кровоток у больных с ОКС с подъемом сегмента ST – реперфузия с помощью тромболитических препаратов (стрептокиназа, тканевые активаторы плазминогена) либо с помощью первичных чрескожных коронарных вмешательств (баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий). При этом под понятием «первичное чрескожное коронарное вмешательство» понимают баллонную ангиопластику или стентирование инфарктсвязанной коронарной артерии, выполненные в течение первых 12 ч после начала клинической картины инфаркта миокарда без предшествовавшего применения тромболитических либо других препаратов, способных растворять тромбы. Согласно Европейским рекомендациям по чрескожным коронарным вмешательствам 2005 г., считают, что первичные чрескожные коронарные вмешательства – метод выбора лечения больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 12 ч заболевания. Однако подавляющее большинство больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST во всем мире, в том числе и в России, в качестве реперфузионной терапии получают тромболитические препараты. У каждой из этих тактик есть свои преимущества и недостатки. К преимуществам тромболитической терапии относят простоту ее проведения, относительно невысокую стоимость, возможность проведения как на догоспитальном этапе (существенное – не менее чем на 30 мин – сокращение времени до начала реперфузионной терапии), так и в любом

стационаре. К недостаткам следует отнести низкую эффективность (от 50 до 80 % в зависимости от типа тромболитического препарата и времени, прошедшего от начала заболевания), развитие ранних (5–10 % больных) и поздних (30 % больных) повторных окклюзий коронарных артерий, вероятность тяжелых геморрагических осложнений, включая геморрагический инсульт у 0,4–0,7 % больных. К преимуществам первичных чрескожных коронарных вмешательств относят более эффективное восстановление проходимости коронарных артерий (95–98 %), незначительную частоту ранних и поздних повторных окклюзий коронарных артерий, более полное сохранение сократительной функции миокарда, меньшую частоту инсультов, в том числе геморрагических. Все это трансформируется в хорошие отдаленные клинические результаты. Недостатки первичных чрескожных коронарных вмешательств: организационные сложности, потеря времени на дооперационном этапе, высокая стоимость.

- Медикаментозная терапия ОКС с подъемом сегмента ST Основные задачи: – купирование болевого синдрома; – скорейшее восстановление кровотока по окклюзированной коронарной артерии (тромболитическая терапия или первичные чрескожные коронарные вмешательства); – ограничение зоны некроза (восстановление коронарного кровотока,  $\beta$ -адреноблокаторы, нитраты); – предупреждение повторного тромбоза коронарной артерии (антитромбоцитарные и антитромбиновые препараты); – лечение осложнений инфаркта миокарда.
- Для купирования болевого синдрома обычно используют наркотические анальгетики (морфин, тримеперидин, фентанил). Наиболее эффективен 1%-й раствор морфина, который вводят внутривенно медленно после разведения в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Применять любой из наркотических анальгетиков нужно осторожно, помня об их способности угнетать дыхательный центр и снижать АД.
- Системный тромболизис : принципиально важно, что проведение системного тромболизиса целесообразно только в первые 6 ч после появления клинических признаков ОКС. В более поздние сроки системный тромболизис не показан, поскольку эффективность его крайне низкая и он не оказывает существенного влияния на показатели госпитальной и отдаленной смертности. В настоящее время наиболее широко используют стрептокиназу (самый часто используемый в мире препарат) и тканевые активаторы плазминогена, к которым относят альтеплазу (t-PA), ретеплазу (rt-PA) и тенектеплазу (nt-PA). Показания к проведению системного тромболизиса: – наличие типичной клинической картины ОКС в сочетании с изменениями ЭКГ в виде подъема сегмента ST более 1,0 мм в двух смежных стандартных отведениях от конечностей либо подъема сегмента ST более 2,0 мм в двух и более смежных грудных отведениях; – впервые выявленная полная блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с типичной клинической картиной. Признаки эффективного тромболизиса: – снижение интервала S–T на 50 % или более по сравнению с выраженностью первоначального подъема через 90 мин после окончания введения тромболитика; – появление реперфузионных аритмий (частая желудочковая экстрасистолия, пробежки медленной желудочковой тахикардии, крайне редко возникает ФЖ). Необходимо отметить, что далеко не всегда формально эффективная по косвенным признакам тромболитическая терапия приводит к восстановлению коронарного кровотока, по данным коронароангиографии. Реперфузионная эффективность стрептокиназы составляет около 50 %, альтеплазы, ретеплазы и тенектеплазы – 75–85 %. По сравнению со стрептокиназой (тромболитик первого поколения), альтеплазой и ретеплазой (тромболитики второго поколения), которые требуют внутривенного капельного введения в течение определенного времени, удобство применения тенектеплазы (тромболитик третьего поколения) заключается в возможности его болюсного внутривенного введения. Это чрезвычайно удобно при проведении догоспитального тромболизиса в условиях бригады скорой медицинской помощи.

Абсолютные противопоказания: – геморрагический инсульт или инсульт неизвестного характера любой давности в анамнезе; – ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев; – наличие сосудистой патологии головного мозга (артериовенозная мальформация); – наличие злокачественной опухоли головного мозга или метастазов; Диагностика и лечение ОКС – недавняя травма, в том числе черепно-мозговая, полостная операция в течение последних 3 недель; – желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца; – известные заболевания, сопровождающиеся кровоточивостью; – подозрение на расслоение стенки аорты.

Относительные противопоказания: – транзиторная ишемическая атака в течение последних 6 месяцев; – терапия непрямymi антикоагулянтами; – беременность и 1-я неделя после родов; – пункция сосудов, не поддающихся компрессии (например, подключичная вена); – реанимационные мероприятия, сопровождающиеся травмой грудной клетки; – неконтролируемая АГ (систолическое АД > 180 мм рт. ст.); – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; – запущенные заболевания печени; – инфекционный эндокардит. Необходимо подчеркнуть, что если раньше возраст старше 75 лет также считали противопоказанием к проведению тромболитической терапии, то в настоящее время это ограничение снято.

Стрептокиназу вводят внутривенно капельно в дозе 1,5 ЕД, растворенных в 100 мл 0,9%-го изотонического раствора натрия хлорида или 5%-й декстрозы в течение 30–60 мин. Предварительно, для того чтобы уменьшить вероятность аллергических реакций, целесообразно ввести внутривенно 60–90 мг преднизолона. Альтеплазу вводят в суммарной дозе 100 мг следующим образом: первоначально внутривенно в виде болюса вводят 15 мг препарата, затем в течение следующих 30 мин начинают внутривенное капельное введение альтеплазы из расчета 0,75 мг/кг, в последующие 60 мин продолжают его из расчета 0,5 мг/кг. Ретеплазу вводят внутривенно в виде двух болюсных инъекций в дозе 10 ЕД каждая с 30-минутным интервалом между введениями. Тенектеплазу вводят внутривенно в виде однократной болюсной инъекции в дозе, рассчитываемой в зависимости от массы тела больного: при массе 60–70 кг вводят 35 мг препарата, 70–80 кг – 40 мг, 80–90 кг – 45 мг, более 90 кг – 50 мг. Для усиления тромболитического эффекта и предупреждения повторного тромбоза коронарной артерии (при эффективном тромболизисе) используют антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел) и антитромбиновые препараты (НФГ, НМГ, ингибиторы фактора Ха). Ацетилсалициловую кислоту следует назначать как можно раньше всем больным с ОКС с подъемом сегмента ST (при отсутствии абсолютных противопоказаний), при этом первую дозу следует разжевывать. Тиенопиридины (клопидогрел). Еще более эффективно добавление к тромболитической терапии комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела. Блокаторы P<sub>2</sub>/P<sub>3</sub>а-рецепторов тромбоцитов, по современным сведениям, не показаны к применению в сочетании с тромболитическими препаратами с целью усиления реперфузионного действия последних. Антитромбиновые препараты. Целесообразность применения НФГ при лечении больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST зависит от того, проводился ли системный тромболизис, а если проводился, то какой тромболитик был использован. Если системного тромболизиса по какой-либо причине не проводили, целесообразно начать внутривенное введение НФГ и продолжить инфузию в ближайшие 24–72 ч. Если системный тромболизис проводили с использованием стрептокиназы, то последующее применение НФГ не обязательно, хотя и возможно (в исследовании GUSTO показано, что введение НФГ после проведенного системного тромболизиса стрептокиназой не влияло на проходимость инфарктсвязанной коронарной артерии). Если в качестве тромболитического препарата использовали тканевый активатор плазминогена (альтеплаза, ретеплаза, тенектеплаза), то после его введения целесообразно начать

внутривенную инфузию НФГ и продолжать ее в течение 24–48 ч. Это позволяет добиться более устойчивой проходимости инфарктсвязанной коронарной артерии. Принципиально важен путь введения НФГ: его следует назначать исключительно в виде постоянной внутривенной инфузии через дозирующие устройства под контролем АЧТВ. Целевая величина АЧТВ в 1,5–2 раза больше первоначального значения. Для этого первоначально НФГ вводят внутривенно в виде болюса 60 ЕД/кг (но не более 4 000 ЕД) с последующей внутривенной инфузией в дозе 12 ЕД/кг/ч, не превышающей 1 000 ЕД/ч, под регулярным (через 3, 6, 12 и 24 ч после начала инфузии) контролем АЧТВ с соответствующей коррекцией дозы НФГ. В ряде случаев (у людей моложе 75 лет и при отсутствии признаков почечной недостаточности) альтернативой НФГ может служить эноксапарин (первоначально внутривенный болюс в дозе 30 мг, затем с интервалом 15 мин в виде подкожных инъекций в дозе 1 мг/кг каждые 12 ч).

- Нитраты. Рутинное применение нитратов на начальном этапе лечения больных ОКС с подъемом сегмента ST нецелесообразно.
- β-Адреноблокаторы. Раннее рутинное внутривенное применение β-адреноблокаторов у больных с ОКС с подъемом сегмента ST не показано. Прием β-адреноблокаторов внутрь на начальном этапе лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST более безопасен и при отсутствии противопоказаний может быть рекомендован всем больным независимо от того, что им проводили – тромболитическую терапию или чрескожные коронарные вмешательства. Противопоказания: клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности (застойные влажные хрипы в нижних отделах легких), артериальная гипотония (систолическое АД < 90 мм рт. ст.), брадикардия (< 60 ударов), АВ-блокада (PR-интервал более 0,24 с), наличие выраженного бронхообструктивного синдрома.
- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II. При отсутствии противопоказаний ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II следует назначать всем больным с ОКС с подъемом сегмента ST в первые сутки заболевания, но особенно они показаны больным высокого риска.
- Блокаторы медленных кальциевых каналов. Результаты клинических исследований не позволяют рекомендовать блокаторы кальциевых каналов (как короткодействующие, так и медленно высвобождающиеся дигидропиридины) в качестве рутинной терапии больных с ОКС с подъемом сегмента ST. Препараты магния, глюкозо-инсулинкалиевая смесь не влияют на прогноз и течение ОКС с подъемом сегмента ST, поэтому их рутинное применения не показано.
- Лидокаин. В современных рекомендациях профилактическое назначение лидокаина больным с ОКС с подъемом сегмента ST не показано.

### *Пример ситуационной задачи по теме:*

**2. Ситуационная задача:** У больного Н., 58 лет с жалобами на давящую боль за грудиной в покое, длительностью до 1 ч, одышка, выраженная слабость. Анамнез заболевания: АГ около 5 лет, терапию получает регулярно. Ухудшение самочувствия в течении 2 часов, когда появились вышеуказанные жалобы

Объективно: Кожа обычной влажности и окраски. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД - 165/90 мм рт.ст., ЧСС = пульс = 58 в минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 58 в минуту. Подъем сегмента ST II, III, aVF более 2,2 мм. Глюкоза 5,3 ммоль/л, АСТ 22 ЕД/л, АЛТ 32 ЕД/л, Тропнин Т 0,01 нг/мл.

#### Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту?
4. Какую тактику ведения ОИМ Вы рекомендуете?
5. Цели назначения базисной терапии?

**Эталоны ответов :**

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST задне-диафрагмальной стенки левого желудочка. ХСН I ФК IIa Killip I. Гипертоническая болезнь III ст, 3 степень, 4 (очень высокого риска).
2. Диагноз ОИМ установлен на основании клинической картины, данных ЭКГ, данные лабораторные: маркеры некроза сохраняются отрицательными, учитывая давность развития ОИМ. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных анамнеза и осмотра. Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия АКС - ОИМ. Степень риска ССО поставлена на основании сочетания факторов риска и ассоциированных состояний.
3. Необходимо подключение к кардиомонитору для контроля ритма и проводимости, контроль гемодинамики. ОАК, ОАМ, маркеры некроза миокарда (тропонин Т или I, МВ-КФК, КФК) биохимический анализ, липидограмма. ЭКГ в динамике наблюдения. Необходимо проведение ЭХО-КГ для оценки объема нарушения сокращения миокарда, диастолической и систолической функции, легочной гипертензии, исключения перикардита, механические изменения при ОИМ. Консультация кардиохирурга, окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.
4. Догоспитальный этап: нитроглицерин аэрозоль, наркотический анальгетик (купирование болевого синдрома), двойная дезагрегантная терапия (аспирин 250 мг и клопидогрель 300 мг или брилинта 180 мг), решение о первичной ЧКВ или выполнение тромболитической терапии, симптоматическая терапия. Госпитальный этап: проведение коронарографии (нагрузочная доза клопидогреля до 450-600 мг) и принятие решения о выполнении первичной ЧКВ при госпитализации или коронарография в течении 3-24 ч после догоспитального тромболитического, коронарное шунтирование. Назначение базисной терапии аспирин кардио 100 мг, кропидогрель 75 мг в сутки, иАПФ, в-блокаторы, статины (аторвастатин, розувастатин), нитраты, антикоагулянты (гепарин, эноксапарин) п/к, метаболическая терапия (глюкоза 5%-200,0 мл + КСЛ 7,5% 10,0 мл (панангин) + инсулин короткого действия 4ЕД), нитраты (нитроглицерин, изокет) в/в капельно. Учитывая локализацию ОИМ возможно ожидать развитие нарушения а-в проводимости, имплантация временного ЭКС. Постельный режим, соблюдение диеты.
5. Восстановление кровотока. Коронарография для решение вопроса о первичном ЧКВ или после ТЛТ. Назначение базисной терапии с целью улучшения прогноза пациентов: в-адреноблокатор (достижение целевой ЧСС), И-АПФ (достижение целевых цифр АД), статины (контроль липидограммы, достижение целевых значений, контроль безопасности), двойная дезагрегантная терапия (снижение риска тромбоэмболических осложнений). Нитраты – симптоматическая терапия.



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

Государственный экзамен  
 по образовательной программе высшего образования -  
 программе ординатуры 31.08.49 «Терапия»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	<p><b>1. Гипертоническая болезнь: принципы терапии, основные группы гипотензивных препаратов</b></p> <p>2. Ситуационная задача:                      59 – летняя больная с избыточным весом (рост 165 см., вес 90 кг.), страдающая артериальной гипертонией (200 /120 – 170/90 мм.рт.ст.), отмечает редкие приступы стенокардии, одышку при нагрузке. Объективно: ЧСС 70 уд. мин., АД 185/ 95 мм.рт.ст.. на ЭКГ гипертрофия левого желудочка, PQ 0,24, глюкоза крови 5.6 ммоль/л.  <u>Вопросы:</u>                      - Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать больной?                      - Какова тактика терапии и какие группы препаратов необходимо назначить?</p>
2.	<p><b>1. Базисная терапия бронхиальной астмы и принципы этапности лечения (национальные и международные рекомендаций)</b></p> <p>2. Ситуационная задача:                      Больная М., 32 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья до 3-4 раз в день, снимаемые ингаляциями беротека или в/в инъекциями эуфиллина, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Отмечает появление ночных приступов затрудненного дыхания – 2-3 раза в неделю. Приступы удушья появились в прошлом году в августе и сопровождались ринореей, слезотечением. Отмечает появление экспираторной одышки и приступов удушья при контакте с домашней пылью. Последнее обострение началось три недели назад. Амбулаторное лечение малоэффективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно - коробочный оттенок. В легких дыхание жестковатое, выдох удлиннен, умеренное количество рассеянных свистящих хрипов, увеличивающееся при форсированном дыхании. ЧДД- 18 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. ПСВ составляет 60-80% от должных значений, вариабельность показателей в течение суток более 30 %.  <u>Вопросы:</u>                      1.Каковы степень тяжести бронхиальной астмы?                      2. Какова тактика лечения?</p>

Руководитель ООП  
 Д.м.н., профессор

С.В.Шлык