

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному  
образованию  
проф. Багрий А. С.



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ  
31.08.49 ТЕРАПИЯ**

|    |   |
|----|---|
| 1. | Организация терапевтической службы                |
| 2. | Методы исследования в клинике внутренних болезней |
| 3. | Болезни сердечно-сосудистой системы               |
| 4. | Болезни органов пищеварения                       |
| 5. | Болезни органов дыхания                           |
| 6. | Ревматические болезни                             |
| 7. | Болезни почек                                     |
| 8. | Болезни органов кроветворения                     |
| 9. | Эндокринные заболевания                           |

**ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

1. Больной М., 56 лет, жалуется на одышку с затруднением выдоха, выделение мокроты утром в течение 22 лет. Выкуривает 1 пачку сигарет днем с 18-летнего возраста. Во время проведения пробы на ФВД обратимость обструкции составляет 10%. Какие препараты следует назначить в начале лечения?

- A. Ингаляционные холинолитики (атровент)
- B. Антибиотики
- C. Ингаляционные симпатомиметики (беротек)
- D. Мембраностабилизаторы (интал, тайлед)
- E. Ингаляционные глюкокортикостероиды

2. Больной Т., 68 лет, страдает хроническим пиелонефритом в течение 15 лет. В последние 3 месяца жалуется на инспираторную одышку при физической нагрузке, сердцебиение, периодическую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость. Объективно: Акроцианоз на фоне бледности кожи. Пульс 104/мин., ритмичный,

напряженный. АД 190/110 мм рт. ст. левая граница сердца на 2 см влево от левой среднеключичной линии, над верхушкой I тон сердца ослаблен, систолический шум, акцент II тона над аортой. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца влево, дисметаболические изменения. Анализы крови: Hb - 66 г/л, креатинин 1,1 ммоль/л, относительная плотность мочи 1,012. Какой симптом указывает на недостаточность кровообращения?

- A. Отклонение электрической оси сердца влево
- B. Боль в области сердца без иррадиации
- C. Сердцебиение
- D. Одышка при физической нагрузке
- E. Акцент II тона над аортой

3. Больной З., 49 лет, жалуется на боль и отек в I плюснефаланговом суставе правой стопы, покраснение кожи над ним, повышение температуры тела до 38°C, которые появились три дня назад. За последние 6 лет было несколько приступов артрита, продолжавшиеся до 7-10 дней. В анамнезе - хронический тонзиллит. При осмотре: плюснефаланговые суставы правой стопы увеличены в объеме, деформированы, движения в суставах резко болезненны. Другие суставы без патологических изменений. СОЭ - 26 мм/час. Механизм развития этого заболевания?

- A. Повышение биосинтеза мочевой кислоты
- B. Иммуный ответ на стрептококковую инфекцию
- C. Гиперпродукция аутоантител к коллагену
- D. Уменьшение количества хондроитинсульфата
- E. Образование антител к нативной ДНК

4. У больного Р., 72 лет, жалобы на кашель с выделением большого количества мокроты, одышку при ходьбе, слабость. В анамнезе - около 20 лет хронический обструктивный бронхит. При обследовании пальцы в виде «барабанных палочек». Пульс 120 в мин. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. В легких жесткое дыхание, большое количество сухих и влажных хрипов. Изменения на ЭКГ наиболее характерные для данного больного?

- A. Гипертрофия левого желудочка
- B. Гипертрофия левого предсердия
- C. Гипертрофия правого желудочка
- D. АВ блокада I ст
- E. Блокада левой ножки пучка Гиса

5. Больной С., 56 лет, жалуется на одышку с затруднением выдоха, выделение мокроты утром в течение 22 лет. Выкуривает 1 пачку сигарет днем с 18-летнего возраста. Во время проведения пробы на ФВД обратимость обструкции составляет 10%. Какие препараты следует назначить в начале лечения?

- A. Ингаляционные холинолитики (атровент)
- B. Антибиотики
- C. Ингаляционные симпатомиметики (беротек)
- D. Мембраностабилизаторы (интал, тайлед)
- E. Ингаляционные глюкокортикостероиды

6. Больной И., 25 лет, жалуется на боли в голеностопных суставах, повышение температуры до 38°C, неприятные ощущения в глазах: «в глазах полно песка». Объективно: увеличение объема голеностопных суставов, ограниченное движение в них. Какой диагноз у больного?



- A. Остеоартроз
- B. Ревматизм
- C. Ревматоидный артрит
- D. Болезнь Рейтера
- E. Подагра

7. Больной Р., 30 лет, жалуется на одышку, боль в правом подреберье, сухой кашель, отеки голеней. Болеет 4 месяца, лечился по поводу ревматизма - без эффекта. Диффузный цианоз, отеки ног, ЧД - 28/мин., Т-36,8°C. Над нижними отделами легких - мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца распространены во все стороны. Тона сердца ослаблены, систолический шум в 5-й точке. Рс - 90 в мин., АД - 100/80 мм рт. ст. Печень на 4 см ниже реберной дуги. Предварительный диагноз?

- A. Гипертрофическая кардиомиопатия
- B. Ревматическая недостаточность митрального клапана
- C. Инфекционный эндокардит аортального клапана
- D. Дилатационная кардиомиопатия
- E. Острый миокардит

8. Больная Ч., 50 лет, в течение года страдает приступами болей в правом подреберье, которые возникают преимущественно после жирной пищи. Последнюю неделю приступы повторялись ежедневно, стали более болезненными. На 3-й день пребывания в стационаре появились желтушность склер и кожи, светлый стул и темная моча. Анализ крови: Нв - 128 г/л, ретикулоциты - 2%, нейтрофильный лейкоцитоз ( $13,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ), СОЭ - 28 мм/ч. Что является наиболее вероятной причиной желтухи?

- A. Хронический панкреатит
- B. Желчекаменная болезнь
- C. Хронический холестатический гепатит
- D. Гемолитическая анемия
- E. Острый вирусный гепатит

9. Больной Б., 52 лет, жалуется на кровавую рвоту, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. Злоупотребляет алкоголем. Объективно: Пониженного питания, иктеричность склер и кожи, на коже лица - сосудистые «звездочки», асцит расширение вен передней брюшной стенки. Печень выступает на 4 см, селезенка - на 3 см из-под реберной дуги. Что является вероятной причиной кровотечения?

- A. Цирроз печени
- B. Эрозивный эзофагит
- C. Опухоль пищевода.
- D. Синдром Меллори-Вейса
- E. Тромбоз воротной вены

10. У мужчины В., 25 лет, после переохлаждения появилась гематурия. Объективно: АД 160/110 мм рт. ст. В анализах мочи: протеинурия 3,5 г/л, эритроциты покрывают все поле зрения, цилиндры гиалиновые 5 - 6 в поле/зр. Какой метод диагностики является предпочтительным в данном случае?

- A. Биопсия почки
- B. Томография
- C. Экскреторная урография
- D. Цистоскопия
- E. УЗИ почек



## ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больная Д., 38 лет. Жалобы: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство скованности в них, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Заболела остро 6 мес. назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство скованности в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°C. Проводилось лечение индометацином, антигистаминными препаратами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных. Объективно: температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 17/мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс – 100 уд/мин, ритмичный. АД – 120/ 70 мм рт. ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. В анализах крови: Hb – 66 г/л, ЦП – 0,80, Л – 2,9 тыс., Тр – 112 тыс., СОЭ – 59 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в I, III, aVF, V3-V5 отведениях.

### Вопросы:

2. Поставьте предварительный диагноз?
3. С чем необходимо проводить диф. диагностику?
4. Какие диагностические критерии заболевания имеются у пациентки?
5. Назовите методы дообследования больной с целью уточнения диагноза?
6. Укажите группы препаратов лечения данного заболевания.

2. Больной Д., 28 лет, жалуется на жгучую боль за грудиной и отрыжку кислым, которые возникают после приема большого количества жирной пищи, употребление томатного сока, газированных напитков, реже имеет место отрыжка воздухом, иногда вздутия живота, неустойчивое испражнение, плохой сон после позднего ужина. Об-но: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Кожа и слизистые обычные. АД 110/ 70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмическая, ЧСС 78 в мин., мелодия без особенностей. Живот мягкий, в эпигастрии умеренно болезненный, печень и селезенка не увеличены. Анализы крови и мочи без патологии.

### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Какие немедикаментозные рекомендации надо дать больному?
5. Препараты какой группы показаны пациенту при подтверждении диагноза?

3. Пациент А. 45 лет, жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: общее состояние тяжелое. Цианоз губ. Температура 39°C. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации выслушивается участок бронхиального дыхания, крепитация. Ритм сердца правильный, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. ОАК: лейкоцитоз, увеличенное СОЭ. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты -  $11 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Зав. кафедрой терапии ФИПО  
им. проф. А.И. Дядька,  
к.м.н., доцент



Г.Г. Тарадин