

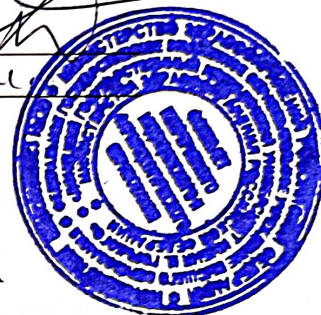
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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.Э.

« 01 » 06. 2024



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ  
31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ  
МЕДИЦИНА)**

1.	Этика и деонтология в медицине. Этапы консультирования больного. Особенности консультирования пациентов в конфликтной ситуации. Синдром эмоционального выгорания у врачей.
2.	Основные причины и характеристики кашля. Локализация кашлевых рецепторов. Осложнения кашля. Диагностическая программа ведения больного с кашлем.
3.	Основные алгоритмы диагностики при остром и хроническом кашле. Лечебные подходы к ведению пациента с кашлем. Лекарственные препараты для лечения кашля.
4.	Диагностический поиск при боли в грудной клетке. Заболевания, которые необходимо исключить/подтвердить в первую очередь при синдроме болей в грудной клетке.
5.	Характеристика болевого синдрома при кардиалгиях различной этиологии. Некоронарогенные поражения миокарда. Тактика ведения и лечения в условиях поликлиники.
6.	Современное определение понятия «температура тела». Дать определение понятий «длительный субфебрилитет», «лихорадка неясного генеза», «гипертермия». Причины длительного субфебрилитета. Заболевания, протекающие с лихорадкой.
7.	Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ): этиология, клинические симптомы (общие и местные), диагностика и лечение в условиях поликлиники. Экспертиза трудоспособности.
8.	Грипп: серотипы, особенности клинических проявлений. Диагностика и лечение в условиях поликлиники. Осложнения.
9.	Осложнения ОРВИ. Показания для госпитализации. Вакцинация против гриппа. Группы населения, подлежащие обязательной вакцинации. Типы противогриппозных вакцин.
10.	Центры здоровья. Принципы здорового образа жизни. Функциональные изменения

	сердечно-сосудистой системы у курящих. Принципы лечения никотиновой зависимости.
11.	Диспансеризация населения. Виды и этапы диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Работа врача терапевта с диспансерными группами. Критерии эффективности диспансеризации.
12.	Метаболический синдром: диагностические критерии, лечение пациентов с метаболическим синдромом. Вторичная профилактика.
13.	ХОБЛ: определение, причины, классификация, фенотипы, клиника, диагностика.
14.	Лечение ХОБЛ. Характеристика препаратов, используемых при лечении (бронхолитики, ИГКС и другие). Схемы базисной лекарственной терапии. Показания для госпитализации.
15.	Алгоритм ведения пациента с ХОБЛ. Критерии обострения ХОБЛ, лечение обострений. Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ.
16.	Вакцинопрофилактика.
17.	Бронхиальная астма: определение, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
18.	Внебольничная пневмония: этиология, клиническая картина, диагностика. Принципы эмпирической терапии; критерии эффективности антибактериальной терапии. Показания к госпитализации.
19.	Анемический синдром: гипохромные, нормохромные, гиперхромные анемии. Алгоритм диагностического поиска.
20.	Гипохромные микроцитарные анемии: диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Хроническая железодефицитная анемия (ЖДА). Лечение ЖДА. Вторичная профилактика.
21.	Гиперхромные макроцитарные анемии. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика В12-дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии. Принципы лечения. Вторичная профилактика.
22.	Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у пожилых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
23.	Синкопальные состояния в практике терапевта поликлиники. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний у молодых пациентов. Тактика ведения в поликлинике.
24.	Хронический панкреатит: факторы риска и причины развития, классификация. Клиническая картина. Осложнения.
25.	Хронический панкреатит: диагностика, лечение. Диспансеризация. Вторичная профилактика.
26.	Заболевания желчевыводящих путей: факторы риска, классификация. Клиника, диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта.
27.	Хронический некалькулезный холецистит: причины, клинические проявления (в т.ч. атипичные). Лечение. Вторичная профилактика.
28.	Хронические гепатиты в практике терапевта поликлиники. Классификация. Основные клинические синдромы.
29.	Жировая болезнь печени в практике терапевта поликлиники: диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения и лечения пациентов в поликлинике.
30.	Циррозы печени в практике терапевта поликлиники: тактика ведения и лечения хронических вирусных гепатитов. Вторичная профилактика.
31.	Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при протеинурии. Диагностическая значимость альбуминурии.
32.	Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при гематурии.



33.	Мочевой синдром. Дифференциальная диагностика при лейкоцитурии. Инфекция мочевыводящих путей.
34.	ХБП. Факторы риска, скрининг, диагностика.
35.	Диагностические критерии ХБП. Алгоритм диагностики ХБП. Классификация ХБП.
36.	Гипертонические кризы: определение, классификация, клиническая картина, лечение.
37.	Артериальная гипертензия во время беременности: классификация, критерии диагностики и начала терапии. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии во время беременности.
38.	Острый коронарный синдром: клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациента с ОКС.
39.	Факторы риска развития ИБС. Профилактика событий (лекарственные средства, улучшающие прогноз).
40.	ИБС: классификация. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Экспертиза трудоспособности.
41.	ИБС: классификация, методы диагностики, тактика ведения пациентов в условиях поликлиники. Вторичная профилактика
42.	Медикаментозная терапия стенокардии. Антиишемические средства (лекарственные средства, улучшающие симптомы заболевания)
43.	Кардиореабилитация: цели, этапы и методы (медикаментозные, физические, психологические).
44.	Нарушения ритма сердца. Классификация тахиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушениями ритма.
45.	Нарушения проводимости сердца. Классификация брадиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушением проводимости.
46.	Фибрилляция предсердий. Классификация. Лечение и тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники.
47.	ТЭЛА. Классификация. Диагностика. Профилактика ТЭЛА. Ведение пациентов, перенесших ТЭЛА, в условиях поликлиники.
48.	Отечный синдром в практике врача поликлиники, причины. Дифференциальный диагноз (общие и местные отеки).
49.	Суставной синдром в практике врача поликлиники. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и лечения.
50.	Классификация артериальной гипертензии (стадии, степени). Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией. Первичная и вторичная профилактика.
51.	Лечение артериальной гипертензии. Основные группы лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии. Особенности лечения пациентов артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом.
52.	Обеспечение физической активности гражданам, имеющих ограничения в состоянии здоровья.
53.	Дилатационная кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности. Ведение больных в поликлинике.
54.	Гипертрофическая кардиомиопатия. Диагностика. Клинические особенности. Ведение больных в поликлинике.
55.	Онкогинекология. Предраковые заболевания. Злокачественные новообразования. Ранняя диагностика, тактика ведения.
56.	Остеохондроз. Неврологическая симптоматика в зависимости от локализации. Диагностика. Лечение.
57.	Острое нарушение мозгового кровообращения. Показания к госпитализации. Тактика ведения и лечения на до и постгоспитальном этапе. Реабилитация.

## ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНОГО ТЕСТОВОГО ЭКЗАМЕНА

1. 65-летнему больному после холецистэктомии в связи с сохраняющейся лихорадкой назначили гентамицин и цефалотин. Отмечено повышение уровня креатинина сыворотки до 0,3 ммоль/л. Суточное количество мочи 1200 мл. Анализ мочи без патологии. АД 130/80 мм рт. ст. По данным УЗИ размеры почек нормальные. О какой причине почечной недостаточности можно думать в этом случае?
- А. Острый гломерулонефрит
  - В. Хроническая почечная недостаточность
  - С. Гепаторенальный синдром
  - Д. Неадекватная инфузия жидкости
  - Е. Нефротоксичность гентамицина
2. Больная Т., 48 лет, поступила с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости в день), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Больна в течение 3 мес. При осмотре: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС — 74 в мин. АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот спокойный. Отеков нет. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1035, белка нет, сахар — 2%, ацетон — отрицательный. Ваш предварительный диагноз?
- А. Сахарный диабет 1 типа, форма тяжелая, декомпенсация, кетоацидоз, диабетическая нефропатия, ХПН 2
  - В. Сахарный диабет 2 типа, форма тяжелая, декомпенсация, кетоацидоз, диабетическая нефропатия, ХПН 2
  - С. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, декомпенсация, без кетоза
  - Д. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, декомпенсация, без кетоза, диабетическая нефропатия, ХПН 2
  - Е. Несахарный диабет
3. Больной П., 32 лет, обратился к врачу по поводу слабости, чувства тяжести в левом подреберье. В анализе крови: лейкоциты  $120 \times 10^9$ /л, сдвиг формулы до промиелоцитов, увеличение количества базофилов, гемоглобин и тромбоциты в норме. Спленомегалия. Какой диагноз наиболее вероятен у больного?
- А. Хронический миелолейкоз
  - В. Эритремия
  - С. Хронический лимфолейкоз
  - Д. Аутоиммунная гемолитическая анемия
  - Е. Лимфогранулематоз
4. Пациент Ю., 58 лет. Ухудшение состояние в течение 1 года, когда появились слабость, утомляемость, снижение массы тела, головная боль, боль в эпигастральной области ноющего характера, затруднение при глотании. Объективно: бледность кожных покровов, тахикардия, гепатомегалия, увеличение надключичных лимфоузлов. Заподозрен рак желудка с метастазами в лимфоузлы. Как называется такой вид метастазов?
- А. Метастаз Шницлера



- В. Метастаз Крукенберга
- С. Метастаз Вирхова
- Д. Метастаз Айриша
- Е. Метастаз сестры Марии Джозеф

5. Больной Л., 19 лет, при поступлении в нефрологическое отделение жалоб не предъявляет. 3 года назад перенес ангину, после чего в анализах мочи появились изменения. При осмотре: бледность кожных покровов, небольшая пастозность век. Анализы крови в пределах нормы. В моче: микрогематурия, цилиндрuria, протеинурия до 0,2-0,4 г/л. В анализе по Нечипоренко: эритроцитов – 11 230 в 1 мл. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- А. Тубулоинтерстициальный нефрит
- В. Острый гломерулонефрит, гематурическая форма
- С. Острый гломерулонефрит, латентная форма
- Д. Хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- Е. Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом.

6. Больной К., 25 лет, жалуется на голодные, ночные и поздние боли, при которых помогает прием соды или небольшого количества молока; изжогу, рвоту на высоте болей, облегчающую состояние; запоры. Болеет 5 лет. Обострения бывают поздней осенью, в промежутках чувствует себя хорошо. Диету не соблюдает, питается всухомятку, злоупотребляет алкоголем. При объективном обследовании живот слегка напряжен, болезненность в правой половине эпигастрия. При перкуссии по Менделю отмечается зона болезненности 1,5x2,0 см справа от срединной линии несколько выше пупка. Положительный симптом Гербста. Какое вероятнее всего заболевание у пациента?

- А. Хронический гастрит в стадии обострения
- В. Язвенная болезнь желудка, активная фаза, перигастрит
- С. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, активная фаза, перидуоденит
- Д. Хронический панкреатит в стадии обострения с болевым и диспептическим синдромами
- Е. Желудочная (функциональная) диспепсия: язвенноподобный вариант.

7. Больной П., 35 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе, ограничение движения в нем. Впервые боли появились 5 лет назад, тогда же они сопровождались субфебрилитетом, а в последствие температура не повышалась. Лечился тепловыми процедурами. Через год усилилась скованность в позвоночнике. При осмотре: пониженного питания, бледен. Движения в позвоночнике резко ограничены, выраженная атрофия мышц спины, бедер. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. ЧСС 66 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- А. Ревматическая полимиалгия
- В. Системная красная волчанка
- С. Анкилозирующий спондилоартрит
- Д. Ревматоидный артрит
- Е. Системная склеродермия.

8. Больному С., 68 лет, с ИБС, распространенным атеросклерозом, стенокардией, гипертонической болезнью II стадии наряду с рекомендациями по диете и режиму дня назначили амбулаторно медикаментозное лечение. В целом состояние больного

улучшилось, но появились и стали нарастать боли в икроножных мышцах при ходьбе. Какое лекарство могло способствовать этому?

- А. Нитроглицерин сублингвально
- В. Пропранолол
- С. Каптоприл
- Д. Тазепам
- Е. Нитромазь

9. У больного Л., 62 лет, при случайном обследовании крови выявлен абсолютный лимфоцитоз: лейкоциты –  $35 \times 10^9$ , лимфоциты – 60%, тени Гумпрехта; тромбоциты и уровень гемоглобина в пределах нормы. При повторном исследовании получены такие же показатели. Лимфоузлы и селезенка не увеличены. Какая должна быть тактика ведения больного?

- А. Вопрос о тактике ведения решается после исследования костного мозга
- В. Назначить хлорбутин
- С. Назначить циклофосфан
- Д. Назначить преднизолон
- Е. Наблюдение в динамике без назначения терапии

10. Пациент Р., 50 лет, шахтер, жалуется на экспираторную одышку, которая усиливается при физической нагрузке, кашель (чаще утром) с небольшим количеством гнойной мокроты. Болеет около 6 лет. Курит на протяжении 12 лет. Объективно: температура тела  $36,7^{\circ}\text{C}$ , ЧД - 22/мин, ЧСС - 84 в I мин, АД - 140/85 мм рт. ст. Гиперстеник. Цианоз губ. Над легкими – рассеянные сухие хрипы. Какой самый вероятный механизм развития легочной недостаточности у больного:

- А. Уменьшение дыхательной поверхности легких
- В. Ограничение подвижности грудной клетки
- С. Фиброзный процесс в легких
- Д. Ограничение подвижности диафрагмы
- Е. Сужение просвета нижних дыхательных путей.

Зав. кафедрой внутренних болезней №3,  
д.мед.н., профессор



Н.Т Ватулин



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.Э.

« 01 » 06. 2022 г.



ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ  
ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ  
31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)

*Ситуационное задание 1*

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

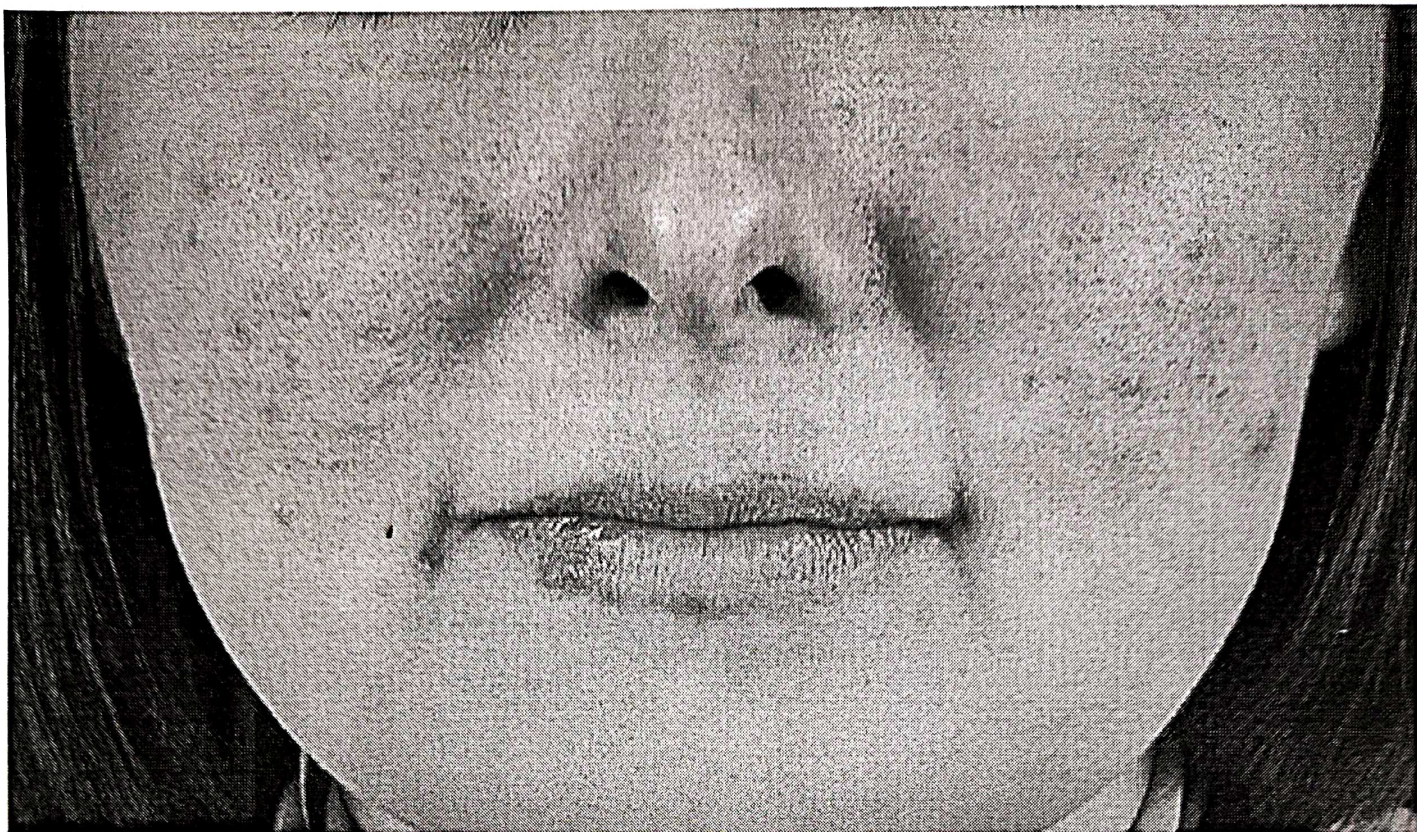
### **Ситуационное задание 2**

На ЭКГ-исследовании у здоровой девушки 22 лет во время профосмотра был выявлен уширенный комплекс QRs до 0,11 сек с пологой начальной частью глубокого сливного зубца R с наибольшей амплитудой зубца R в I отведении, qRS во II отведении. Интервал P-R во всех отведениях 0,06 сек.

Вопросы:

1. Какое нарушение лежит в основе описанной выше ЭКГ-картины?
2. Почему молодая девушка ничего не чувствовала и впервые узнала о наличии выявленного у неё нарушения только на профосмотре?
3. Какие механизмы вызывают клинические проявления выявленного нарушения?
4. Что следует предпринять, если у практически здорового человека на ЭКГ впервые обнаружилось выявленное нарушение?
5. Какое лечение требуется при наличии выявленного нарушения?





1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у данной пациентки?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить пациентке? Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, ОАМ, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? Какие иммунологические маркёры могут быть обнаружены при обследовании?
4. С какими заболеваниями следует проводить диф. диагностику?
5. Лечебная тактика.



#### Ситуационное задание 4

Мужчина, 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, периодически в коленных суставах, длящиеся около 2 лет. Также отмечает ночные боли в грудном отделе позвоночника, которые уменьшаются после различных движений и упражнений.

Из анамнеза жизни известно, что 6 месяцев назад проходил лечение у окулиста по поводу увеита.

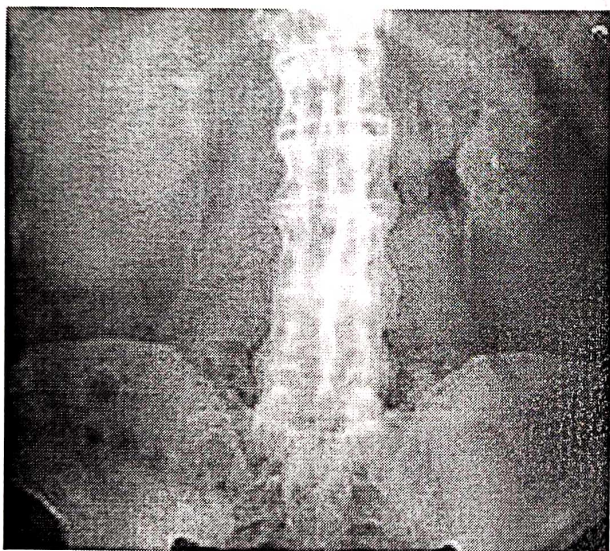
Из семейного анамнеза известно, что у отца пациента были похожие боли в спине с молодости.

При объективном осмотре: суставы без видимых изменений. При наклоне туловища вперед не достает до пола 37 см. Со стороны внутренних органов особенностей нет.

В общем анализе крови: эритроциты -  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 140 Г/л., лейкоциты -  $8,2 \cdot 10^9 /л$ , СОЭ - 43 мм/ч.

На рентгене крестцово-подвздошных сочленений – двухсторонний сакроилеит II степени.

На рентгене позвоночника: сужение межпозвоночных щелей, костные мостики - синдесмофиты между позвонками. Синдром «бамбуковой палки».



1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику данного заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить пациенту?
5. Определите тактику ведения пациента.



### Ситуационное задание 5

Пациентка К., 63 лет, поступила в отделение с жалобами на боли коленных и голеностопных суставах, резкую общую слабость и болезненность в мышцах верхних и нижних конечностей (с трудом осуществляет за собой уход). Отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр - 37,5°C в течение последних двух недель.

Анамнез заболевания: Заболела около 5 месяцев назад. Со слов без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в ревматологическом отделении, где был установлен диагноз – ревматоидный артрит, назначена терапия глюкокортикостероидами. Состояние улучшилось, исчезли боли в вышеуказанных суставах, кожные изменения и слабость не беспокоили. Принимала метилпреднизолон около 3 месяцев с постепенным снижением дозы до полной отмены. Летом отдыхала на море, активно загорала и по возвращении домой. Появилась лихорадка, больная практически перестала вставать с кровати из-за болезненности в коленных, плечевых суставах, мышцах голени, плечей в связи с чем вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может встать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 110/70 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Диурез соответствует выпитой жидкости.



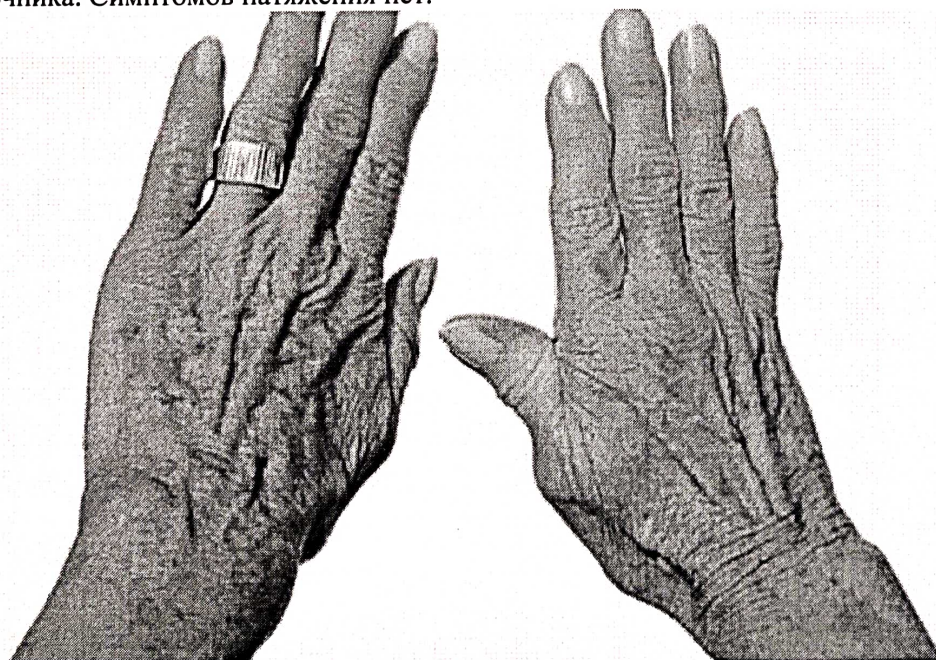
1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие дообследования необходимо провести пациентке?
3. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови при данном заболевании?
4. С каким диагнозом необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Лечебная тактика.



### Ситуационное задание 6

Пациентка П., 67 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженные боли в обоих тазобедренных, левом коленном суставах, деформацию мелких суставов кистей. Боли в суставах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые вышеописанные жалобы отметила около 5 лет назад. За медицинской помощью не обращалась, лечилась народными средствами.

Объективно: пациентка повышенного питания. ИМТ 38. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/85 мм рт. ст. ЧСС — 72 уд./мин, Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация болезненны, незначительно ограничены. Коленные суставы: деформация левого сустава из-за отека, движение в нем несколько ограничено из-за боли, при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет.



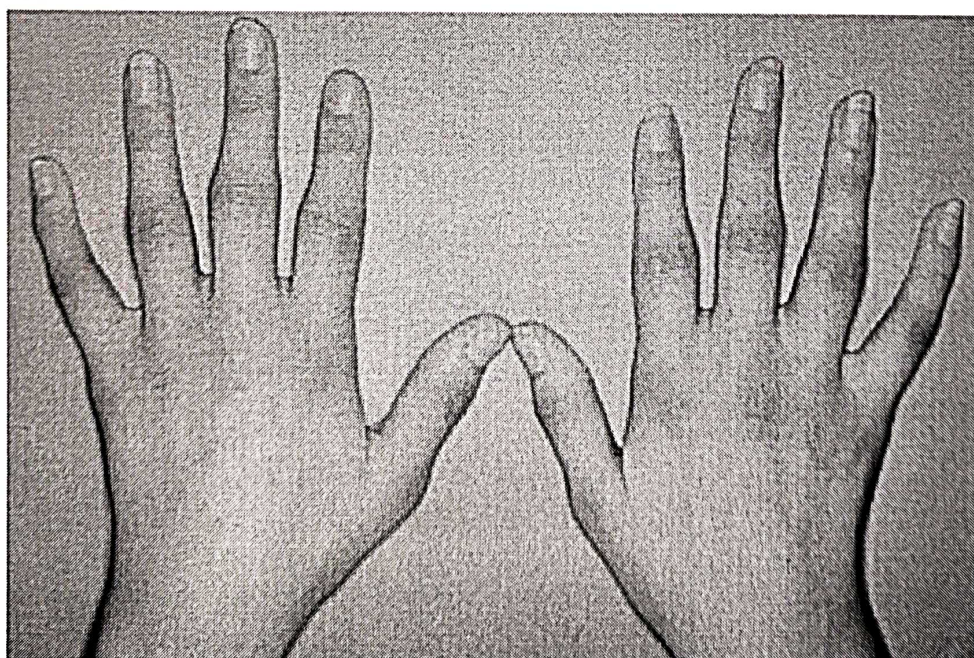
1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки?
3. Составьте план обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?



5. Как называются узловатые разрастания в области дистальных и проксимальных фаланг пальцев кистей?
6. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов?
7. Лечебная тактика.

#### *Ситуационное задание 7*

Больная Д., 40 лет, при поступлении в клинику жалуется на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, лучезапястных суставах, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет в течение 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 8 мг преднизолона в сутки, НПВС (вольтарен, нимесулид). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. В ОАК: эритроциты —  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , Hb — 116 Г/л, лейкоциты —  $9 \cdot 10^9 /л$ , СОЭ — 50 мм/ч. РФ +++ . Рентгенография кистей, стоп: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узур в области проксимальных межфаланговых суставов.



1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания, присутствующие у пациентки.
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией. Выпишите рецепты.

5. С какими заболеваниями следует проводить диф. диагностику?

### **Ситуационное задание 8**

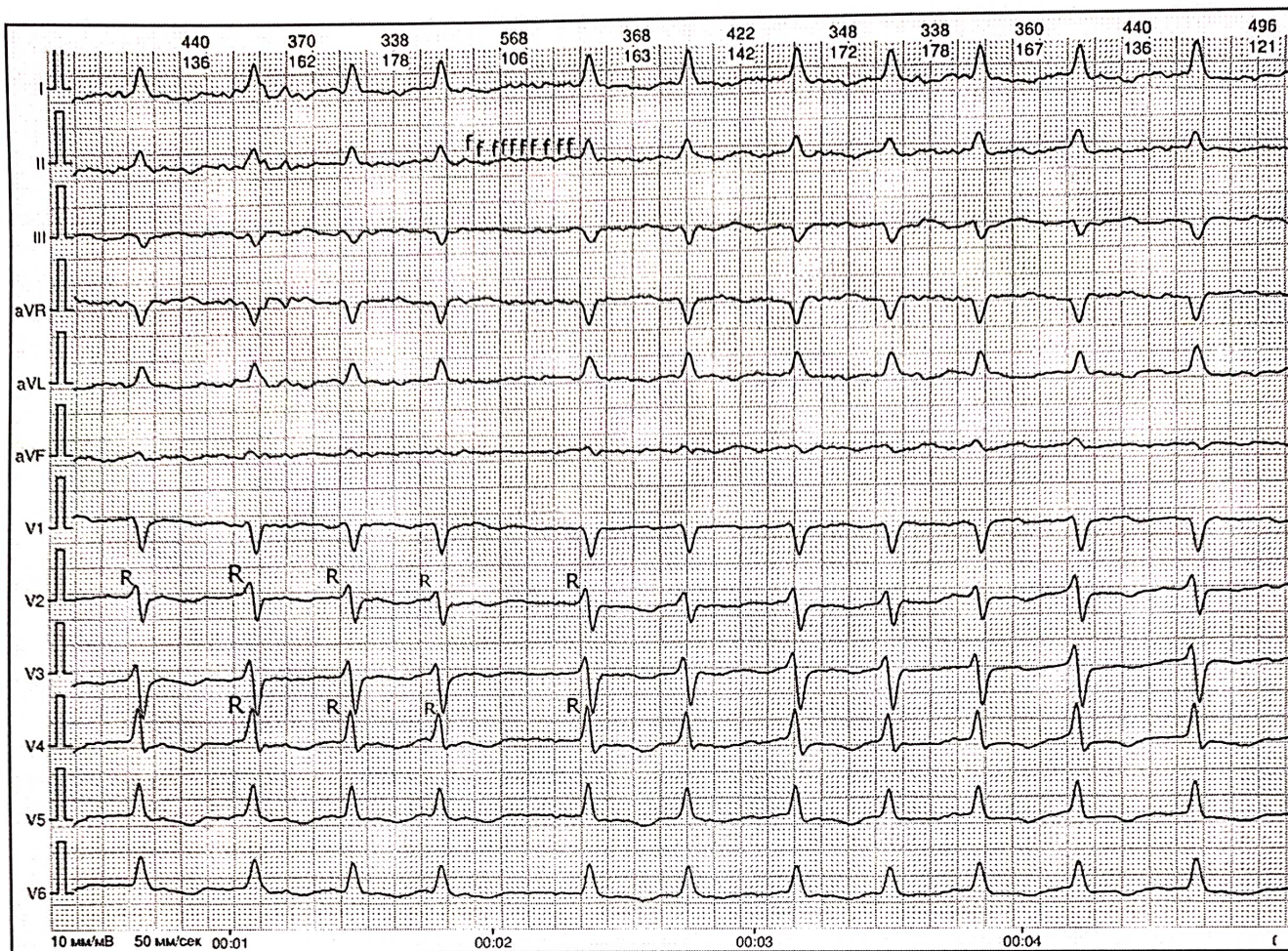
Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.





2. ЭХО-КГ – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.

3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.

4. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.

5. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , л. –  $6,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 6 мм/ч.

Задание:

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



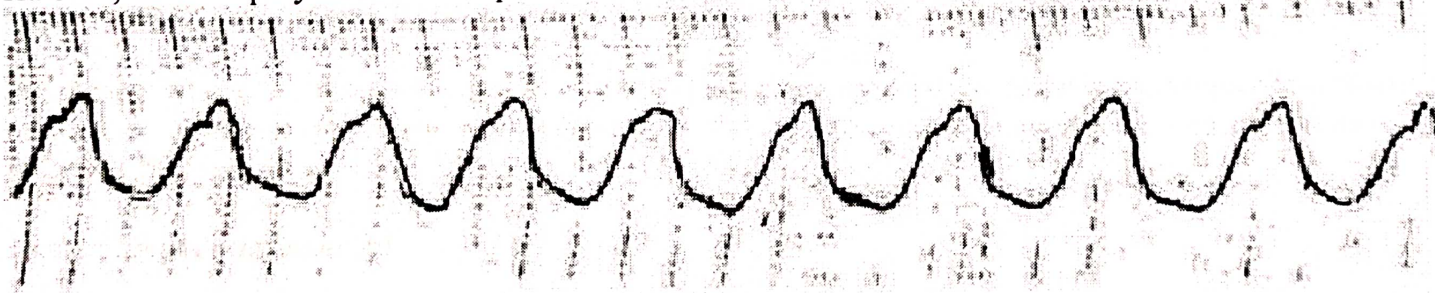
### Ситуационное задание 9

К больной 71 года вызван врач-терапевт участковый. Жалобы на одышку, слабость, головокружение и учащённое сердцебиение в течение 15 минут.

Анамнез заболевания: перенесла Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт. ст. в течение 10 лет. При небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние 200 метров спокойным шагом) бывают загрудинные боли, которые снимаются приемом Нитроглицерина. Приступы в течение последнего полугодия не учащались. Отмечает отёки голеней больше к вечеру. Принимает периодически Эналаприл, Амлодипин, Фуросемид, Дигоксин.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от *lin.mediosclavicularis sin.* + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на лёгочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В лёгких жёсткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже рёберной дуги. Отёки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма:



Вопросы:

1. Дайте описание изменений на электрокардиограмме.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Проведите обоснование Вашего предположительного диагноза.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.



### **Ситуационное задание 10**

Больной К., 50 лет, поступил в отделение с жалобами на чувство жжения и боль в языке, снижение аппетита, отрыжку, тошноту, поносы, боль в эпигастральной области после приема пищи, чувство онемения, ползания мурашек в пальцах кистей и стоп, ощущение «ватных» ног, общую слабость. Указанные симптомы появились около двух месяцев назад, за медицинской помощью не обращался, в связи с наличием болей в эпигастрии и диспептических явлений самостоятельно в течение недели принимал омепразол, однако отмечал нарастание вышеуказанных жалоб. Много лет отмечает периодически возникающие боли и чувство тяжести в животе после приема пищи, отрыжку, тошноту. Объективно: бледность кожных покровов с желтушным оттенком, атрофия сосочков языка, тахикардия, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка увеличена. В неврологическом статусе выявлено нарушение чувствительности в дистальных отделах нижних и верхних конечностей, понижение сухожильных рефлексов.

1. Какие основные синдромы имеются у больного?

2. Какое заболевание у пациента вы предполагаете?
3. Чем объяснить изменения в неврологическом статусе пациента?
4. Какие изменения в анализе крови вы ожидаете увидеть в данном случае?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
6. С какой патологией необходимо дифференцировать это заболевание?
7. Какую лечебную тактику необходимо применить в отношении данного больного?

### *Ситуационное задание 11*

Больная В., 56 лет, предъявляет жалобы на головную боль, шум в голове, повышение артериального давления до высоких цифр на протяжении последних 1,5 лет, зуд кожи, усиливающийся после приема ванны, пекущие боли в пальцах стоп, покраснение лица. **Объективно:** общее состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, нормостеник. Гиперемия кожи лица, ладоней, подошв, мягкого неба, инъекции склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, шумы не выслушиваются, ЧСС 80 уд/мин. АД 180/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка на 2 см выступает из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Отрезки кишечника обычных свойств. Пастозность стоп. В общем анализе крови эр 6,4 Т/л, Нв 201 г/л, ЦП 1,0, тромб 620 Г/л, лейкоц 13,5 Г/л, э 1 п 5 с 65 л 25 м 4, СОЭ 2 мм/ч, гематокрит 57%.

1. Выделите ведущий клинический синдром
2. Ваш предположительный диагноз.
3. С каким состоянием необходимо проводить дифференциальную диагностику
4. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза?
5. Определите тактику ведения пациентки. Перечислите группы препаратов для патогенетического и симптоматического лечения.

### *Ситуационное задание 12*

Пациент Л., 28 лет, был доставлен в ЛОР-отделение бригадой скорой помощи в связи с непрекращающимся носовым кровотечением, которое началось после незначительной травмы. Введение дицинона, применение гемостатической губки, тампонада носа не дали никаких результатов. При риноскопии отоларинголог обратил внимание на множественные телеангиоэктазии на слизистой в полости носа. При сборе анамнеза выяснено, что у больного часто возникают носовые кровотечения с детского возраста, несколько раз в жизни были эпизоды макрогематурии. Подобные симптомы имеются у его отца. При объективном осмотре обращают на себя внимание безболезненные, возвышающиеся над уровнем здоровой кожи багрово-синюшные высыпания 2-4 мм в диаметре, бледнеющие при надавливании предметным стеклом и локализующиеся на губах, крыльях носа, языке. Других отклонений от нормы не выявлено.

1. Какой ведущий синдром можно выделить в клинической картине заболевания?
2. Какой тип кровоточивости отмечается у пациента?
3. Какой предварительный диагноз может быть установлен?



4. Какой тип наследования характерен для данного заболевания?
5. Какой метод лечения наиболее эффективен при данном заболевании?

Пациент 40 лет трое суток назад отметил появление кашля, отсутствие запахов, повышение температуры до 38°C. Бледен, жалуется на одышку, ЧДД-24 в мин. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. Аускультативно – дыхание слева ослаблено. Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад приехал из-за рубежа.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте предполагаемую маршрутизацию пациента, обоснуйте ваш ответ.
3. В каком срочном обследовании нуждается пациент?
4. Необходим ли сбор эпид. анамнеза, обследование контактных людей?
5. Какой метод интенсивной терапии показан пациенту?

#### **Ситуационное задание 14**

Вызов фельдшера скорой помощи к пациенту М. 29 лет, предъявляющему жалобы на тупые боли в правой половине поясничной области, частое мочеиспускание, температуру тела 38,40 С, общую слабость, ломоту в мышцах, отсутствие аппетита. Данные симптомы появились вчера после сильного переохлаждения. Объективно: температура 38,40 С, состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (+) справа. Диурез до 9-10 раз днем и 3- 4 раза в ночное время. Стул регулярный, оформленный.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения.
5. Профилактика в условиях ОВП.



### *Ситуационное задание 15*

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых, здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х мес. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках. При осмотре температура тела 38,2 градусов С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче, крике, появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель. Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5x5см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей. Общий анализ крови Нв-142 г/л, Эр-4,32x10<sup>12</sup>/л, L-11,2x10<sup>9</sup> /л, Э-2%, П-2%, С-28%, М-4%, СОЭ-24 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи фельдшером ОВП и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, расскажите о подготовке к ним пациента, принципах лечения.
5. Диспансерное наблюдение



### *Ситуационное задание 16*

Мама с девочкой 2,5 лет обратилась к фельдшеру ОВП по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,50 С. Осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и после обследования был выставлен диагноз "цистит". Лечение проводилось амбулаторно. В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны мамы заболевание почек. Объективно: масса 11,5 кг, рост 85 см. Состояние удовлетворительно. Астеническое телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные, размером до 0,8 см, неспаивающиеся с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочной, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, 15 раз в день. В общем анализе мочи реакция щелочная, относительная плотность мочи 1012, мутная, лейкоциты 20-25, плоский эпителий 3-5 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ 25 мм/час, лейкоциты  $12 \times 10^9$  /л, Нв 108 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез 300 мл, ночной диурез 500 мл, колебания удельного веса 1005-1012. УЗИ почек: размеры соответствуют возрасту, положение и подвижность обычные, отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа. Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выполнения.
4. Расскажите о принципах лечения.
5. Составьте план реабилитационных и профилактических мероприятий в условиях ОВП



### **Ситуационное задание 17**

Вызов фельдшера ФАПа к пациенту В. 23 лет, который жалуется на сильную головную боль, повышение температуры тела до 39,50 С, отеки на лице, общую утомляемость, ноющие боли в пояснице, мутную мочу. Связывает появление этих симптомов с перенесенной примерно 2 недели назад ангиной. Объективно: температура 39,50 С, общее состояние средней тяжести. Лицо бледное, одутловатое, кожа горячая на ощупь. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс 92 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого (поколачивания) положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 7-9 раз в сутки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
5. Принципы лечения.



### ***Ситуационное задание 18***

К фельдшеру обратился пациент 32 лет с жалобами на боли в эпигастральной области после еды, изжогу, отрыжку кислым. Боли периодически беспокоят 2 года. Режим питания не соблюдает. Объективно: температура 36,00 С, состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык обложен белым налетом. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Перечислите и охарактеризуйте группы здоровья, выявленные при дополнительной диспансеризации.

### **Ситуационное задание 19**

Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

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.
5. Продемонстрируйте технику фракционного желудочного зондирования.



### **Ситуационное задание 20**

К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, 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.

#### **Задания**

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
5. Подлежит ли пациентка диспансеризации?