

ЕЛЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. И.А. БУНИНА



## ПРОГРАММА

### ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**Специальность:** 31.05.01 Лечебное дело

**Направленность (профиль):** Лечебное дело

**Квалификация (степень):** Врач – лечебник

**Форма обучения:** очная

**Факультет:** медицинский

**Кафедра:** медицинских дисциплин и безопасности жизнедеятельности

## **I. Общие положения**

1.1. Целью государственной итоговой аттестации является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО) и основной профессиональной образовательной программы высшего образования (далее – ОПОП ВО), разработанной в Елецком государственном университете им. И.А. Бунина.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации закреплён в Положении о порядке проведения государственной итоговой аттестации по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина»

1.2. В государственную итоговую аттестацию по специальности *31.05.01 Лечебное дело* входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

1.3. В ходе освоения ОПОП ВО выпускник готовится к осуществлению профессиональной деятельности в области *02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению)*.

1.4. Выпускник, освоивший программу специалитета, готов к решению задач профессиональной деятельности следующего типа: медицинский.

1.5. Объем государственной итоговой аттестации составляет: 3 з.е.

1.6. Государственный экзамен направлен на проверку сформированности у обучающихся универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, соотнесенных с индикаторами достижения компетенций: УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; УК-6; УК-7; УК-8; УК-9; УК-10; УК-11; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ОПК-11; ПКС-1; ПКС-2.

## **II. Формы государственной итоговой аттестации**

### **Государственный экзамен**

**Цель государственного экзамена:** проверка сформированности у выпускника компетенций, приобретенных при изучении дисциплин и практик образовательной программы, в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности *31.05.01 Лечебное дело*.

**Структура и содержание тем, входящих в государственный экзамен.**

В программу государственного экзамена включены следующие дисциплины: «Внутренние болезни», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Поликлиническое дело».

*Дисциплина: «Внутренние болезни»*

*Тема 1. Дифференциальный диагноз и лечение анемий*

*Тема 2. Дифференциальный диагноз и лечение суставного синдрома*

*Тема 3. Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии*

*Тема 4. Дифференциальный диагноз и лечение, врачебная тактика при остром коронарном синдроме*

*Тема 5. Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани*

*Тема 6. Дифференциальная диагностика, врачебная тактика при сердечных шумах*

*Тема 7. Хроническая почечная недостаточность, дифференциальный диагноз и принципы лечения.*

*Тема 8. Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях толстого кишечника.*

*Тема 9. Дифференциальный диагноз и лечение при системных васкулитах*

*Тема 10. Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний.*

*Тема 11. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме. Принципы лечения.*

*Тема 12. Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях печени*

*Тема 13. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.*

*Тема 14. Синдром дыхательной недостаточности. Принципы лечения*

*Тема 15. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхоструктивным синдромом. Принципы лечения*

*Тема 16. Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма.*

*Тема 17. Дифференциальная диагностика при кардиомегалии. Принципы лечения.*

*Тема 18. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.*

*Тема 20. Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний*

## *Тема 19. Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний легких*

### *Дисциплина: «Хирургия»*

*Раздел 2. Хирургия повреждений.*

*Раздел 3. Гнойная хирургическая инфекция*

*Тема 4. Основы нарушения периферического кровообращения.*

*Раздел 5. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита.*

*Раздел 6. Грыжи. Осложнения грыж*

*Раздел 7. Хирургическая патология желудка*

*Раздел 8. Заболевания желчевыводящих путей при желчекаменной болезни*

*Раздел 9. Заболевания поджелудочной железы*

*Раздел 10. Хирургическая патология печени*

*Раздел 11. Хирургическая патология щитовидной железы.*

*Раздел 12. Хирургическая патология легких.*

*Раздел 13. Хирургическая патология пищевода.*

*Раздел 14. Хирургическая патология толстой кишки.*

*Раздел 15. Экстренная хирургия*

*Раздел 16. Сосудистая хирургия*

*Раздел 17. Онкология*

*Раздел 18. Плановая хирургия*

*Раздел 19. Гнойная хирургия*

*Раздел 20. Амбулаторная хирургия*

*Тема 21. Острые процессы брюшной полости у детей. Острый аппендицит, перитонит.*

*Тема 22. Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость.*

*Тема 23 Хирургическая инфекция у детей. Острый и хронический остеомиелит у детей различных возрастных групп. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей.*

*Тема 24. Травматология детского возраста. Характерные виды повреждений в зависимости от возраста. Ожоги и отморожения*

*Тема 25. Урология детского возраста. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Пороки развития, связанные с нарушением облитерации вагинального отростка брюшины, крипторхизм, варикоцеле. Пупочная грыжа. Синдром отечной мошонки.*

*Тема 26 Хирургические заболевания и пороки развития легких, диафрагмы и пищевода у детей*

### *Дисциплина: «Акушерство и гинекология»*

*Тема 1. Изменения в организме беременной женщины. Методы исследования во время беременности.*

*Тема 2. Причины наступления родов. Клиническое течение родового акта.*

*Тема 3. Обезболивание родов.*

*Тема 4. Аномалии родовой деятельности.*

*Тема 5. Невынашивание беременности.*

*Тема 6. Преждевременные и запоздалые роды.*

Тема 7. Кровотечения в 3 периоде родов и раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок. ДВСсиндром в акушерстве.

Тема 8. Фетоплацентарная недостаточность.

Тема 9. Преэклампсия, эклампсия.

Тема 10. Кровотечения при беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты)

Тема 11. Узкий таз в акушерстве

Тема 12. Беременность и роды при сахарном диабете.

Тема 13. Беременность и роды при сердечно-сосудистой патологии

Тема 14. Патология печени при беременности.

Тема 15. Беременность и заболевания мочевыделительной системы

Тема 16. Острая хирургическая патология при беременности

Тема 17. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Антифосфолипидный синдром в акушерстве.

Тема 18. Родовой травматизм матери.

Тема 19. Родовой травматизм плода.

Тема 20. Кесарево сечение в современном акушерстве.

Тема 21. Гнойно-септические осложнения в акушерстве. Септический шок в акушерстве

Тема 22. Инфицированная беременность

Тема 23. Влияние повреждающих факторов на плод

Тема 24 Физиология и нарушения овариального менструального цикла. Аменорея

Тема 25 Дисфункциональные маточные кровотечения

Тема 26 Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

Тема 27 Современные методы диагностики в гинекологии. Эндоскопические методы в гинекологии.

Тема 28 Воспалительные заболевания женских половых органов

Тема 29 Гнойные образования внутренних гениталий. Туберкулез женских половых органов.

Тема 30 Миома матки.

Тема 31 Эндометриоз.

Тема 32 Аномалии положения и развития половых органов

Тема 33 Бесплодный брак

Тема 34 Фоновая, предраковая патология и рак шейки матки.

Тема 35 Фоновая и предраковая патология эндометрия. Рак тела матки.

Тема 36 Опухоли яичников

Тема 37 Трофобластическая болезнь

Тема 38 «Острый живот» в гинекологии

Тема 39 Аборт и его осложнения. Синдром мертвого плода

Тема 40. Планирование семьи. Контрацепция.

Дисциплина: «Поликлиническое дело»

Тема 1. Организация поликлинической терапевтической службы в РФ. Основы общей врачебной практики

Тема 2. Клинико-экспертная работа и принципы медико-социальной экспертизы в амбулаторной практике

Тема 3. Организация диспансеризации населения. Профилактические медицинские осмотры. Работа центров здоровья

Тема 4. Основы паллиативной медицины. Организация паллиативной помощи населения

Тема 5. Ведение больных с терминальными стадиями опухолевого процесса в поликлинике.

Тема 6. Основы восстановительной медицины (организация восстановительного лечения и реабилитации; использование современных оздоровительных и реабилитационных технологий в профилактике заболеваний; принципы и методы, показания, противопоказания)

Тема 7. Основы санаторно-курортного отбора

Тема 8. Понятие о медицинской профилактике. Скрининг. Уровни профилактики заболеваний. Факторы, определяющие здоровье. Концепция факторов риска. Формирование здорового образа жизни

Тема 9. Понятие о суммарном риске. Шкалы риска. Метаболические факторы риска: дислипидемия, гипергликемия, гиперурикемия и др. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Тема 10. Виды медицинских профилактических услуг. Профилактическое консультирование (краткое, индивидуальное, углубленное, школы пациентов)

Тема 11. Коммуникативные навыки в деятельности участкового терапевта

Тема 12. Нутритивный статус пациента и основы рационального питания

Тема 13. Психологические факторы риска: Характеристика, методы диагностики. Методы оценки и преодоления стресса. Тревожно - депрессивный синдром и астении

Тема 14. Физическая активность и здоровье. Понятие о достаточной и не - достаточной физической активности для улучшения здоровья Методы оценки физической активности

Тема 15. Алиментарно-зависимые факторы риска. Основы лечебного питания.

Тема 16. Алкоголь и здоровье: оценка степени зависимости. Подходы к профилактике. Основы краткого профилактического консультирования Курение, медико-социальное значение. Табачная зависимость: профилактика и лечение. Основы краткого профилактического консультирования

Тема 17. Профилактические технологии при онкологических заболеваниях. Канцерпревенция.

Тема 18. Профилактика ОНМК

*Тема 19. Наиболее распространенные болезни органов дыхания на амбулаторно-поликлиническом этапе. Бронхообструктивный синдром в практике терапевта поликлиники*

*Тема 20. Артериальная гипертензия и нейроциркуляторная дистония в практике терапевта поликлиники. «Д» наблюдение и ХИБС.*

*Тема 21 Застойная сердечная недостаточность и вопросы превентивной кардиологии. «Д» наблюдение пациентов*

*Тема 22. Превентивная гастроэнтерология в амбулаторно - поликлинической практике: заболевания пищевода и желудка. Превентивная гастроэнтерология в амбулаторно - поликлинической практике: функциональные и воспалительные заболевания кишечника*

*Тема 23. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей в практике терапевта поликлиники: факторы риска, особенности диагностики, тактика ведения, восстановительное лечение, диспансеризация . Заболевания печени в практике терапевта поликлиники. Вопросы превентивной гепатологии*

*Тема 24. Ведение больных с наиболее распространёнными заболеваниями почек и вопросы превентивной нефрологии. Суставной синдром в практике терапевта поликлиники*

*Тема 25. Метаболический синдром и ожирение в амбулаторно - поликлинической практике терапевта: диагностика и профилактические технологии, лечение*

*Тема 26. ОРВИ в амбулаторной практике. Синдром боли в горле в амбулаторной практике в амбулаторной практике.*

*Тема 27. Инфекционные заболевания в амбулаторной практике*

*Тема 28. Особенности течения и лечения соматических заболеваний в по жилом и старческом возрасте.*

*Тема 29. Профилактическая помощь мужчинам и женщинам. Основы гендерной медицины. Климактерический период и заболевания внутренних органов в практике участкового терапевта*

*Тема 30. Экстрагенитальная патология и беременность*

**Оценочные и методические материалы по государственному экзамену по специальности 31.05.01 Лечебное дело, направленность (профиль) Лечебное дело, разработаны на основе Положения об оценочных и методических материалах по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина».**

Оценочные материалы представляют собой перечень вопросов к экзамену и примерные практические задания.

Методические материалы, в том числе, включают критерии оценки.

**Типовые контрольные задания или иные материалы,  
необходимые для оценки результатов освоения образовательной  
программы**

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ**

**Внутренние болезни.**

1. Принципы построения клинического диагноза в стационаре и в амбулаторной практике.
2. Причины, характер врачебных ошибок в клинике внутренних болезней.
3. Роль терапевта в своевременном выявлении и специфической профилактике туберкулеза.
4. Дифференциальный диагноз ОРЗ. Отличительные особенности клинических проявлений гриппа и других респираторных инфекций. Возможности дифференциальной диагностики в поликлинике. Лечение. Критерии выздоровления. Первичная профилактика гриппа и ОРВИ.
5. Дифференциальный диагноз болей в горле (ОРВИ, фарингит, скарлатина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз). Ангины: этиология, классификация, клиническая картина различных форм ангин. Осложнения ангины и их профилактика. Диагностика, врачебная тактика в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации. Лечение.
6. Лекарственная непереносимость: неаллергическая врожденная гиперчувствительность (идиосинкразия), лекарственная гиперчувствительность (аллергическая и неаллергическая (псевдоаллергия)). Классификация лекарственной аллергии в зависимости от механизма развития: IgE- опосредованные (анафилактический шок, крапивница, ангиоотек, бронхоспазм, ринит, конъюнктивит), цитотоксические реакции (лекарственная цитопения), иммунокомплексные реакции (сывороточная болезнь / крапивница, феномен Артюса, васкулит), гиперчувствительность замедленного типа (экзема, контактный аллергический дерматит, макулопапулезная экзантема, DRESS, острый генерализованный экзантематозный пустулез). Системные клинические проявления лекарственной аллергии. Принципы терапии.
7. Хронический алкоголизм: поражение сердечно-сосудистой, пищеварительной системы, ЦНС: клиника, терапия, профилактика. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
8. Лихорадочные состояния неясного генеза. Клинико-лабораторная диагностика и врачебная тактика.
9. Использование методов и средств физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.
10. Современные представления о хронической ревматической болезни сердца и острой ревматической лихорадке. Этиология, патогенез. Клинические формы, критерии диагностики, лечение, роль врача-терапевта амбулаторного звена в профилактике (первичной и вторичной).



11. Недостаточность митрального клапана. Этиология, гемодинамика, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика, принципы раннего выявления на амбулаторном этапе, лечение, показания к хирургическому лечению.
12. Митральный стеноз. Этиология, гемодинамика, клинические проявления, диагностика, осложнения, показания к оперативному лечению. Раннее выявление и тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе.
13. Недостаточность аортального клапана. Этиология, гемодинамика, механизмы компенсации, клинические проявления, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению.
14. Раннее выявление и тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе.
15. Стеноз устья аорты. Этиология, гемодинамика, клинические проявления, особенности течения, лечение, показания к операции. Раннее выявление и тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе.
16. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клинические проявления острых, подострых форм, критерии диагностики, лечение. Роль врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания. Первичная и вторичная профилактика
17. Миокардиты неревматической этиологии. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагностики, исходы, лечение. Роль врача-терапевта в раннем выявлении на амбулаторном этапе.
18. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления, диагностика, лечение сухого, экссудативного и констриктивного перикардитов. Роль врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
19. Дефект межпредсердной перегородки. Гемодинамика, клинические проявления, диагностика, показания к оперативному лечению.
20. Дефект межжелудочковой перегородки. Гемодинамика, клинические проявления, критерии диагностики, лечение. Роль врача-терапевта в раннем выявлении на амбулаторном этапе.
21. Открытый артериальный проток. Гемодинамика, клинические проявления, диагностика, осложнения, лечение. Роль врача-терапевта в раннем выявлении на амбулаторном этапе.
22. Коарктация аорты. Гемодинамика, клинические проявления, диагностика, показания к оперативному лечению.
23. Тетрада Фалло. Гемодинамика, клинические проявления, диагностика, показания к оперативному лечению.
24. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, клинические проявления, классификация, критерии диагностики, стратификация риска, осложнения. Лечение в зависимости от сердечно-сосудистого риска. Ведение больных в амбулаторных условиях.
25. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация, особенности клинических проявлений, критерии диагностики, лечение. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении

заболеваний. Клиническая фармакология антигипертензивных препаратов и их использование в амбулаторных условиях.

26. Ишемическая болезнь сердца: определение, факторы риска, клинические формы. Стенокардия. Классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии (основные препараты). Роль врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
27. Ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления по стадиям болезни, критерии диагностики, электрокардиографические изменения, осложнения, реабилитация.
28. Хроническая сердечная недостаточность. Причины, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы терапии, хирургическое и электрофизиологическое лечение.
29. Ведение больных в амбулаторных условиях. Клиническая фармакология лекарственных препаратов и их место в терапии сердечной недостаточности, в том числе в амбулаторных условиях.
30. Нарушение атриовентрикулярной проводимости. Причины, стадии, клинические проявления, ЭКГ-диагностика. Клиническая фармакология препаратов, улучшающих проводимость, использование данных препаратов в амбулаторных условиях. Показания к электростимуляции.
31. Фибрилляция предсердий и трепетание предсердий. Влияние на гемодинамику, клинические проявления и лечение: стратегия контроля ритма (лекарственная и электрическая кардиоверсия), стратегия контроля частоты желудочковых сокращений, профилактика кардиоэмболических осложнений. Клиническая фармакология антиаритмических средств. Ведение больных в амбулаторных условиях.
32. Экстрасистолия. Причины, виды, влияние на гемодинамику, клинические проявления и лечение. Тактика врача-терапевта поликлиники на амбулаторном этапе.
33. Пароксизмальные тахикардии. Причины, виды, влияние на гемодинамику, клинические проявления и лечение. Тактика врача-терапевта поликлиники на амбулаторном этапе.
34. Кардиомиопатии. Классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика. Ведение больных в амбулаторных условиях.
35. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Диспансеризация. Роль врача-терапевта в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.
36. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при остром коронарном синдроме.
37. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке.
38. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при кардиомегалии.
39. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при выслушивании шумов в сердце (врожденные пороки сердца).

40. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при выслушивании шумов в сердце (приобретенные пороки сердца).
41. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при синдроме хронической сердечной недостаточности.
42. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при артериальной гипертензии
43. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при суправентрикулярных аритмиях.
44. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при миокардите.
45. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при перикардите.
46. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при инфекционном эндокардите.
47. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при желудочковых аритмиях.
48. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при брадикардиях.
49. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при синкопальных состояниях.
50. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при тромбоэмболии легочной артерии.
51. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при фибрилляции предсердий.
52. Пневмония. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики и принципы терапии на амбулаторном и госпитальном этапе. Шкалы CRB65/CURB65. Показания к госпитализации. Дифференциальная диагностика с инфильтративным туберкулезом и раком легких. Профилактика.
53. Острый бронхит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с острыми респираторными заболеваниями верхних дыхательных путей и пневмонией.
54. Принципы лечения в амбулаторных условиях.
55. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология, патогенез. Классификация по тяжести. Группы A-D. Спирометрическая классификация ХОБЛ (GOLD I-IV). Особенности клинической картины. Бронхитический и эмфизематозный фенотипы ХОБЛ. Фенотип сочетания ХОБЛ и БА. Обострение ХОБЛ. Типы обострения (инфекционный и неинфекционный), классификация по тяжести обострений. Диагностика, методы лечения ХОБЛ. Дифференциальная диагностика с хроническим необструктивным бронхитом, туберкулезом бронха, раком бронха. Ведение больных в амбулаторных условиях. Базисная терапия ХОБЛ с учетом групп лечения, терапия при обострении.
56. Инфекционная деструкция легких (абсцесс, абсцедирующая пневмония и гангрена легких, нагноившаяся киста легкого). Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.

57. Бронхоэктатическая болезнь, классификация, бронхоэктазий, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика.
58. Рак бронха. Предрасполагающие факторы, клиника, ранняя диагностика, дифференциальная диагностика с туберкулезом бронха, лечение. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
59. Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов в легких: классификация, алгоритм диагностического поиска. Особенности некоторых нозологических форм: гранулематозные интерстициальные заболевания легких (саркоидоз, пневмокониозы, туберкулез), экзогенно-аллергический и токсический альвеолиты, идиопатические интерстициальные пневмонии (идиопатический легочный фиброз, неспецифическая интерстициальная пневмония и т.д.), поражение легких опухолевой природы, редкие формы (гемосидероз, альвеолярный протеиноз, лейомиоматоз, гистиоцитоз X).
60. Поражение легких при заболеваниях других органов и систем: васкулиты (синдром Вегенера, синдром Чардж-Стросса, синдром Гудпасчера), синдром фиброзирующего альвеолита при ДБСТ диффузных заболеваниях соединительной ткани (ревматоидный артрит, полимиозит, системная склеродермия), фиброз при шоковом легком, кардиогенный фиброз легкого, фиброз при лучевых поражениях. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
61. Выпот в плевральную полость. Этиология, патогенез, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении.
62. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, понятие о контроле над бронхиальной астмой. Стратегия лечения бронхиальной астмы: купирование приступа (лекарственные средства экстренной помощи) и лечение вне приступа (группы базисных противовоспалительных препаратов, способы доставки лекарственных средств). Таргетная терапия бронхиальной астмы. Оценка контроля над бронхиальной астмой и принцип ступенчатого изменения терапии. Санаторно-курортное лечение.
63. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, неотложная терапия. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
64. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Причины, клинические варианты, дифференциальная диагностика, обследование, лечение. Тактика врача-терапевта поликлиники на догоспитальном этапе.
65. Хроническая дыхательная недостаточность. Классификация, причины, патогенез, клинические проявления, критерии диагностики, врачебная тактика. Ведение больных в амбулаторных условиях.
66. Легочная гипертензия: первичная и вторичная. Классификация. Легочное сердце. Этиология, патогенез, клинические проявления. Методы

диагностики и принципы терапии. Неинвазивная вентиляция легких. Принципы ведения на амбулаторном этапе.

67. Очаговые образования в легких. Врачебная тактика и дифференциальная диагностика при основных нозологических формах (туберкулез, рак, пневмония).
68. Синдром кровохарканья. Врачебная тактика и дифференциальная диагностика основных нозологических форм (рак, инфекционные заболевания легких, ТЭЛА, туберкулез).
69. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, современная классификация и диагностические критерии ревматоидного артрита (ACR/EULAR 2010 года), дифференциальная диагностика с группой серонегативных артритов (аксиальный спондилоартрит, остеоартрит, подагра).
70. Оценка активности воспалительного процесса (критерии активности болезни по DAS). Принципы лечения ревматоидного артрита. Стратегия достижения цели при лечении РА, понятие ремиссии и ее критерии. Санаторно-курортное лечение. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
71. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика с дерматомиозитом. Принципы ранней диагностики. Лечение. Ведение больных в амбулаторных условиях.
72. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (глюкокортикоиды, цитостатические иммунодепрессанты, аминохинолиновые производные, генно-инженерные препараты). Оценка эффективности лечения и мониторинг активности и безопасности терапии в амбулаторных условиях. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания. Синдром Шегрена.
73. Системные васкулиты. Этиология, патогенез, классификация васкулитов (в зависимости от причины, по калибру пораженного сосуда), общие клинические проявления, стратегия диагностики и основные принципы терапии. Дифференциальная диагностика различных видов васкулитов: узелковый полиартериит, гранулематоз с полиангиитом, микроскопический полиангиит, болезнь Шенляйн-Геноха, гигантоклеточный височный аorto-артериит, синдром Чардж-Стросса. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
74. Спондилоартриты. Групповое понятие (определение, общие черты, объединенные нозологические формы, диагностические критерии).
75. Реактивный артрит (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение). Анкилозирующий спондилит (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, показания к терапии генно-инженерными препаратами).
76. Псориатический артрит (этиопатогенез, клиническая картина, критерии диагностики и принципы лечения). Диагностические подходы и стратегия терапии в амбулаторных условиях.

77. Амилоидоз. Этиология, патогенез, клинические проявления, критерии диагностики, лечение. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
78. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при хронической ревматической болезни сердца.
79. Острое повреждение почек: понятие и определение, классификация, этиология, патогенез отдельных вариантов, клинические проявления, течение, диагностика, профилактика, подходы к лечению. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром повреждении почек. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания
80. Хроническая болезнь почек и терминальная почечная недостаточность. Этиология, механизмы прогрессирования, классификация, клинические проявления, принципы лечения, методы заместительной почечной терапии. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при хронической болезни почек. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
81. Первичные гломерулопатии: механизмы повреждения клубочков, клинические симптомы/синдромы гломерулярных заболеваний (изолированная протеинурия /гематурия, нефритический и нефротический синдромы); первичные гломерулонефриты: острый постинфекционный гломерулонефрит, IgA-нефропатия, мезангиопролиферативный и мембранопролиферативный гломерулонефрит (патогенез, клинические проявления, диагностика, течение, прогноз и принципы терапии); первичные иммунные гломерулопатии: болезнь минимальных изменений, фокально-сегментарный гломерулосклероз, мембранозная нефропатия (патогенез, клинические и морфологические проявления, диагностика, течение и прогноз, принципы терапии). Ведение больных в амбулаторных условиях.
82. Тубулоинтерстициальные заболевания почек: инфекции верхних мочевыводящих путей (МВП), пиелонефрит, неинфекционные интерстициальные нефриты, рефлюкс-нефропатия, поликистозная болезнь почек, проксимальные и дистальные тубулярные синдромы (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
83. Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, системной красной волчанке, амилоидозе, плазмоклеточных дискразиях, лимфопролиферативных заболеваниях, тромботической микроангиопатии (диагноз, дифференциальный диагноз и врачебная тактика). Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
84. Поражение почек при сахарном диабете. Патогенез, морфологические изменения, классификация (ВОЗ и российская классификация диабетической нефропатии). Методы ранней диагностики, категории скрининга, тактика лечения в зависимости от стадии процесса.

85. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
86. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при заболеваниях, проявляющихся изменениями в моче, нефритическим и нефротическим синдромами. Принципы ведения на амбулаторном этапе
87. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром повреждении почек, хронической дисфункции почек. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
88. Понятие о кислотозависимых заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
89. Язвенная болезнь. Этиология, патогенез, клиника. Клиника в зависимости от локализации язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке и возраста больных. Диагностика. Осложнения. Принципы терапии и клиническая фармакология противоязвенных средств. Эрадикационная терапия хеликобактерной инфекции Принципы ведения на амбулаторном этапе. Показания для госпитализации.
90. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз с синдромом Баретта раком желудка). Внепищеводные «маски» ГЭРБ. Понятие о пищеводе Баррета, врачебная тактика. Принципы лечения, показания к хирургическому лечению. Тактика ведения больных в амбулаторных условиях.
91. Хронический гастрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечебное питание. Фармакотерапия, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Эрадикационная терапия хеликобактерной инфекции. Связь хронического гастрита с синдромом функциональной желудочной диспепсии. Ведение больных в амбулаторных условиях.
92. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечебное питание, фармакотерапия. Рак поджелудочной железы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания. 6
93. Рак желудка. Факторы риска, связь с инфекцией хеликобактером, клиника, ранняя диагностика, осложнения заболевания, принципы лечения (выписать рецепты). Возможности врача- терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при синдроме желудочной диспепсии.
94. Желчнокаменная болезнь. Причины камнеобразования, патогенез, клиника, классификация, диагностика, осложнения, терапия. Физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Тактика врача-терапевта поликлиники на догоспитальном этапе.
95. Хронический холецистит и холангит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия. Санаторно-курортное лечение. Ведение больных в амбулаторных условиях.
96. Функциональные расстройства желчевыводящих путей. Варианты, клиника, диагностика, лечение.

97. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в эпигастрии на амбулаторном этапе.
98. Хронический гепатит. Определение, этиология, механизмы хронизации, классификация, клиника, критерии диагностики, лечение, профилактика. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
99. Цирроз печени. Классификация, патогенез, клиника, критерии диагностики и оценки печеночно-клеточной недостаточности (по Чайлду-Пью), оценки активности и компенсации цирроза, дифференциальный диагноз, лечение. Ведение больных в амбулаторных условиях.
100. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в правом подреберье в практике терапевта.
101. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при паренхиматозной желтухе в практике терапевта.
102. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при механической желтухе в практике терапевта.
103. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при портальной гипертензии. Хронические воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиническая картина, данные дополнительного исследования. Критерии диагностики, дифференциальная диагностика с раком толстой кишки, инфекционным колитом, антибиотико-ассоциированным и псевдомембранозным колитом, ишемическим колитом, микроскопическим колитом, СРК), лечение. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
104. Синдром мальабсорбции: этиология, патогенез, классификация, клиническая симптоматика. Дифференциальная диагностика между хроническим панкреатитом, дисахаридной недостаточностью, болезнью Уиппла, лимфомой тонкой кишки, целиакией, амилоидозом кишечника).
105. Ведение больных в амбулаторных условиях.
106. Синдром раздраженной кишки: причины, механизмы развития, основные клинические симптомы, подходы к диагностике и лечению.
107. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при диарейном синдроме.
108. Железодефицитная анемия. Причины дефицита железа, патогенез и клинические синдромы, лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация. Ведение больных в амбулаторных условиях.
109. Анемии, связанные с дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты. Причины, патогенез, клинические проявления, диагностика, клиническая фармакология средств для лечения. Роль врача-терапевта в ведении больных в амбулаторных условиях.
110. Острые лейкозы. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы терапии. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.



111. Хронический миелолейкоз. Этиология, патогенез, клинические проявления, критерии диагностики, лечение. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
112. Гемолитические анемии. Этиология, патогенез, классификация, патогенез, клинико-лабораторные критерии диагностики, принципы терапии. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
113. Истинная полицитемия. Этиология, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика со вторичными эритроцитозами, лечение. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
114. Гипо-и апластические состояния системы крови. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
115. Апластическая анемия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
116. Геморрагические диатезы. Классификация, клинико-лабораторная характеристика основных форм. Общая схема диагностики при геморрагическом диатезе. Определение типа кровоточивости (гематомный, петехиально-пятнистый, смешанный, васкулитно-пурпурный, и ангиоматозный). Дифференциальная диагностика геморрагического диатеза (гемофилии А, В, С, тромбоцитопении и тромбоцитопатии, геморрагический диатез при К-авитаминозе, при передозировке не прямых и прямых антикоагулянтов, болезнь Шенляйн-Генноха как самостоятельная патология и как синдром при других заболеваниях, болезнь Рандю-Ослера). Принципы терапии. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
117. Лимфома Ходжкина. Классификация, клинические проявления, критерии диагностики, стадии заболевания, принципы терапии. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
118. Неходжкинские лимфомы. Классификация, клинические проявления, критерии диагностики, стадии заболевания, принципы терапии. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
119. Миеломная болезнь (Множественная миелома). Патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, стадии заболевания, лечение. Принципы ведения на амбулаторном этапе.
120. Хронический лимфолейкоз. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Ведение больных в амбулаторных условиях.
121. Агранулоцитоз. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
122. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при генерализованной лимфаденопатии.

123. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при нейтропении и остром агранулоцитозе.
124. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при синдроме ускоренной СОЭ.
125. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при панцитопеническом синдроме.
126. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при анемическом синдроме.
127. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при геморрагическом диатезе.
128. Алкогольная кома. Клиника в зависимости от степени тяжести комы, диагностика, лечение.
129. Гипертонический криз. Патогенез, клиника, дифференциальная клиническая фармакология средств для купирования приступа, профилактика. Ведение больных в амбулаторных условиях.
130. Отравление барбитуратами. Клиника, диагностика и неотложная терапия разных этапах оказания медицинской помощи.
131. Кардиогенный шок. Патогенез, виды, клиника, клиническая фармакология средств для терапии шока.
132. Пароксизмальная тахикардия. Причины, виды, влияние на гемодинамику, клинические проявления, ЭКГ-диагностика, клиническая фармакология антиаритмических средств. Другие методы лечения. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.
133. Острая дыхательная недостаточность. Причины, патогенез, клиника, врачебная тактика.
134. Отек легких: кардиогенный и некардиогенный. Причины, патогенез, клиника, неотложная терапия, клиническая фармакология средств для купирования приступа.
135. Астматический статус при бронхиальной астме. Особенности клинических проявлений в зависимости от степени тяжести обострения. Неотложная терапия.
136. Синдром острого повреждения легких. Причины, патогенез, клиника, врачебная тактика.
137. Анафилаксия: анафилактический шок, анафилактоидная реакция. Причины, патогенез, клиника, врачебная тактика.
138. Печеночная кома. Причины, клиника, диагностические критерии, профилактика. Тактика врача - терапевта в амбулаторных условиях.
139. Острое повреждение почек. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
140. Клиническая фармакология средств для неотложной терапии и показания к гемодиализу.
141. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при тиреотоксическом синдроме.
142. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при выявлении гипопиреоза.

143. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при выявлении образования надпочечников у больных с артериальной гипертензией.
144. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при подозрении на синдром Кушинга.
145. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при сахарном диабете 1 типа.
146. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при сахарном диабете 2 типа.
147. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при метаболическом синдроме.
148. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при эндокринных причинах бесплодия.
149. Распределение студентов на медицинские группы для занятий физической культурой и спортом.
150. Развитие физических качеств и формирование двигательных навыков.
151. Методы тренировки, занимающихся физической культурой и спортом.
152. Средства физического воспитания.
153. Методы развития физического качества «сила».
154. Методы развития физического качества «быстрота».
155. Методы развития физического качества «выносливость».
156. Методы развития физического качества «ловкость».
157. Методы развития физического качества «гибкость».

### **Хирургия**

1. Грыжи живота. Определение понятия. Элементы грыжи живота. Этиология и патогенез. Общая симптоматика грыж. Диагностика. Принципы хирургического лечения. Основные этапы операции грыжесечения. Противопоказания к операции. Профилактика осложнений грыж.
2. Грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы операции.
3. Пупочные грыжи. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
4. Паховые грыжи. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика паховых грыж. Методы операций: пластика передней и задней стенок пахового канала (Бассини, Кукуджанова, Мак-Вей-Вснгловского). Пластика синтетической сеткой, видеоскопические операции.
5. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы операций: Бассини, Руджи.
6. Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.

7. Открытый артериальный проток. Роль артериального протока в плацентарном кровообращении. Патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение.
8. Коарктация аорты. Патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение.
9. Дефекты межпредсердной перегородки сердца. Классификация. Особенности нарушения гемодинамики. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и его принципы.
10. Дефекты межжелудочковой перегородки сердца. Классификация. Особенности нарушения гемодинамики. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и его принципы.
11. Тетрада Фалло. Патофизиология. Классификация. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и его принципы.
12. Пороки митрального клапана сердца. Основные формы. Этиология и патогенез митрального стеноза и недостаточности. Клиника. Принципы оперативного лечения
13. Пороки аортального клапана. Основные формы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы оперативного лечения
14. Перикардит. Этиология и патогенез. Клиника выпотного и сдавливающего перикардита, принципы лечения.
15. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при выслушивании шумов в сердце.
16. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке.
17. Аневризмы аорты. Типичные локализации. Этиология, патогенез, диагностика, осложнения, принципы оперативного лечения.
18. Основные формы облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Типичные локализации окклюзии. Клиника, диагностика, принципы оперативного лечения.
19. Синдром Лериша. Патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение.
20. Патология дуги аорты и ее ветвей. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, виды оперативных вмешательств.
21. Хроническая ишемия органов пищеварения. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Синдром компрессии чревного ствола. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
23. Реноваскулярная гипертензия. Патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение.
24. Острые тромбозы и эмболии артерий конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативного и оперативного лечения.
25. Острое нарушение мезентериального кровообращения. Патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативного и оперативного лечения.
26. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, осложнения, методы лечения.
27. Поверхностный тромбофлебит нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, осложнения, методы лечения.

28. Флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, осложнения. Методы лечения.
29. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО). Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, методы лечения.
30. Хроническая венозная недостаточность глубокой венозной системы нижних конечностей (посттромбофлебитический синдром). Патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
31. Бронхоэктатическая болезнь. Патогенез, клиника, диагностика, методы консервативного лечения, показания к операции, предоперационная подготовка.
32. Пороки развития легких: простая и кистозная гипоплазия, секвестрация легкого, гамартома, трахео- и бронхопищеводные свищи, артериовенозные аневризмы легких. Клиника, диагностика, лечение
33. Острые инфекционные деструкции легких. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, принципы консервативного и оперативного лечения, исходы. - Острый абсцесс легкого. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. - Гангрена легкого. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. - Хронический абсцесс легких. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острая и хроническая эмпиема плевры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Рак легкого. Факторы, способствующие возникновению. Классификация. Особенности клиники и диагностики центрального и периферического рака легкого.
36. Рак легкого. Лечебная тактика. Признаки неоперабельности.
37. Синдром кровохарканья. Врачебная тактика и дифференциальная диагностика основных нозологических форм.
38. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, лечебная тактика.
39. Эмфизема легких. Патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
40. Спонтанный пневмоторакс. Патогенез, клиника, диагностика, лечебная тактика, методы плевротомии, показания к оперативному лечению.
41. Эхинококкоз легких. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
42. Рубцовые стенозы трахеи и крупных бронхов. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
43. Виды операций, предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких. Послеоперационные осложнения: причины, профилактика, диагностика, лечение.
44. Очаговые образования в легких. Врачебная тактика и дифференциальная диагностика при основных нозологических формах (туберкулез, рак, пневмония).
45. Синдром выпота в плевральную полость. Клиническая, физикальная, лабораторно-инструментальная диагностика. Основные нозологические

формы. Дифференциальный диагноз, врачебная тактика. Варианты оперативного лечения.

46. Опухоли и кисты средостения. Наиболее частые формы и их типичные локализации.
47. Клиника, диагностика, оперативное лечение.
48. Гнойный медиастинит. Основные причины, клиника, диагностика, методы лечения.
49. Травматические повреждения органов средостения. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
50. Эмфизема средостения. Причины, клиника, диагностика, методы лечения.
51. Синдром верхней полой вены. Причины, клиника, диагностика, лечение.
52. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез, клиника, первая помощь. Профилактика и лечение рубцовых стриктур пищевода.
53. Ахалазия кардии. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
54. Дивертикулы пищевода. Патогенез клиника, диагностика, лечение.
55. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при синдроме дисфагии.
56. Грыжи диафрагмы. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
57. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативного и хирургического лечения.
58. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативного и оперативного лечения.
59. Полипоз толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
60. Рак прямой кишки. Клиника. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Лучевая терапия и химиотерапия.
61. Рак ободочной кишки. Предраковые заболевания. Классификация рака. Осложнения (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним).
62. Геморрой. Этиология. Классификация. Клиника. Осложнения. Современные методы лечения.
63. Дивертикулярная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения.
64. Болезни оперированного желудка. Рецидивная, незажившая язва желудка или 12-перстной кишки, пептическая язва анастомоза. Причины, клиника, принципы лечения, виды повторных вмешательств на желудке.
65. Болезни оперированного желудка. Демпинг синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
66. Пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушений основных звеньев гомеостаза. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Особенности подготовки больных к операции с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом.

67. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в эпигастрии.
68. Рак пищевода. Патологическая анатомия, закономерности метастазирования. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Виды операций (резекция кардии и нижнего отдела пищевода, эзофагэктомия с пластикой из большой кривизны желудка, операция Торека) и показания к ним. Паллиативные операции (гастростомия, интубация через опухоль).
69. Рак желудка. Эпидемиология. Этиологические факторы. Патологоанатомическая классификация по характеру роста опухоли, гистологической структуре, локализации. Метастазирование. Стадии заболевания. Клиника, диагностика, виды оперативных вмешательств.
70. Доброкачественные опухоли и непаразитарные кисты печени. Клиника, диагностика, принципы оперативного лечения.
71. Злокачественные опухоли печени (первичный и метастатический рак). Этиология, клиника, диагностика, принципы оперативного лечения.
72. Абсцессы печени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
73. Эхинококкоз печени. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
74. Желчнокаменная болезнь. Патогенез, клиника, диагностика, лечение неосложненных форм.
75. Желчнокаменная болезнь. Осложнения, клиника, диагностика, методы лечения.
76. Острый холангит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
77. Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Постхолецистэктомический синдром. Понятие, классификация, методы диагностики и лечения.
79. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при механической желтухе.
80. Хронический панкреатит. Классификация, этиология и патогенез в зависимости от форм. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды оперативных вмешательств.
81. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация, в зависимости от локализации и наличия осложнений. Показания к операции и виды хирургических вмешательств.
82. Рак поджелудочной железы. Факторы, способствующие развитию, классификация, клиника в зависимости от локализации опухоли, диагностика, радикальное и паллиативное лечение.
83. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной, железы (апудомы): инсулинома, глюкагонома, гастринома, карциноид. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
84. Портальная гипертензия. Основные причины, клиника, диагностика, осложнения, лечебная тактика.
85. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в правом подреберье.

86. Ущемленные грыжи передней брюшной стенки. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, тактика при самопроизвольном вправлении грыжи.
87. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.
88. Острая кишечная непроходимость. Классификация, патогенез, особенности клиники различных форм, диагностика, лечение.
89. Острый аппендицит. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
90. Острый холецистит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
91. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению и его принципы.
92. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Основные причины, клиника, диагностика, лечебная тактика, показания к экстренной операции.
93. Хирургическая инфекция. Абдоминальный сепсис. Классификация. Патогенез, клиника. Диагностика, методы хирургического лечения.
94. Острый гнойный перитонит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные принципы комплексного лечения. Методы экстракорпоральной детоксикации.
95. Атрезия пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
96. Острый аппендицит. Классификация, клиника, диагностика, лечение
97. Дуоденальная непроходимость.
98. Острый гематогенный остеомиелит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
99. Аноректальные пороки развития. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
100. Кишечная инвагинация. Клиника. Диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению.
101. Ожоги у детей. Классификация. Принципы лечения.
102. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. Причины. Принципы диагностики и лечения.
103. Хронический остеомиелит у детей. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
104. Врожденная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Принципы диагностики.
105. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Особенности клинической картины и диагностики.
106. Закрытая травма живота у детей. Повреждение паренхиматозных органов. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
107. Эпифизарный остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение.
108. Деструктивная пневмония. Внутрилегочные осложнения. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
109. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, Диагностика. Принципы лечения.



110. Болезнь Гиршпрунга. Клиника. Диагностика. Лечение.
111. Спаечная кишечная непроходимость у детей. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
112. Патология вагинального отростка у детей (паховая грыжа, водянка яичка, крипторхизм). Диагностика. Принципы и сроки оперативного лечения.
113. Пилоростеноз. Клиника. Диагностика. Лечение.
114. Портальная гипертензия. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
115. Особенности переломов у детей.
116. Пороки развития передней брюшной стенки (грыжа пупочного канатика, гастрошизис). Клиника. Принципы лечения.
117. Аппендикулярный перитонит. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
118. Пороки развития почек у детей. Принципы диагностики и лечения.
119. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника. Диагностика. Лечение.
120. Паховые грыжи у детей. Классификация. Клиника, осложнения, сроки и принципы оперативного лечения.

### **Акушерство и гинекология**

1. Критические периоды развития эмбриона и плода. Перинатальная охрана плода. Влияние вредных факторов на плод. Профилактика эмбрио- и фетопатий. Роль женских консультаций в перинатальной охране плода.
2. Принципы диспансеризации беременных в РФ. Основные принципы службы родовспоможения в РФ.
3. Основные мероприятия по профилактике и снижению мертворождаемости и ранней детской смертности. Основные мероприятия по профилактике и снижению материнской смертности.
4. ВИЧ и СПИД в акушерской практике. Врачебная тактика. Профилактика перинатальных осложнений.
5. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Определение срока родового отпуска и предполагаемой даты родов.
6. Строение женского таза. Клиническое значение размеров женского таза в акушерстве.
7. Топографическая анатомия внутренних половых органов. Мышцы тазового дна, их функции в процессе родового акта.
8. Токсикозы I половины беременности. Классификация. Диагностика. Принципы лечения рвоты беременных.
9. Преэклампсия. Классификация. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
10. Эклампсия. Профилактика. Неотложная помощь. Возможные осложнения.
11. Невынашивание беременности. Причины. Диагностика. Лечение.
12. Переношенная беременность. Причины. Диагностика. Особенности течения и ведения запоздалых родов.
13. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности ведения беременности. Тактика ведения родов.

14. Преждевременные роды. Причины. Особенности клинического течения и тактика ведения родов. Признаки недоношенного плода.
15. Течение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Принципы родоразрешения.
16. Анемия беременных. Классификация. Особенности течения и ведения беременности и родов.
17. Заболевания почек и беременность. Тактика ведения беременности и родов.
18. Группа заболеваний «острого живота» и беременность. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Принципы родоразрешения.
19. Сахарный диабет, в т.ч. гестационный и беременность. Течение беременности и родов.
20. Принципы родоразрешения.
21. Беременность и заболевания печени. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
22. Физиологические роды. Периоды родов. Особенности течения первого периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
23. Понятие о биологической готовности организма беременной к родам. Современные методы подготовки родовых путей к родам.
24. Клиническое ведение первого и второго периодов родов.
25. Третий период родов: клиническое течение и ведение. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
26. Ранний послеродовый период. Клиническое течение и принципы ведения.
27. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного вставления.
28. Виды тазовых предлежаний плода. Особенности течения и ведения родов при тазовых предлежаниях. Осложнения для матери и плода.
29. Несвоевременное излитие околоплодных вод. Врачебная тактика. Профилактика хорионамнионита и ВАИ.
30. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Осложнения.
31. Предлежание плаценты. Классификация. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
32. Кровотечения в последовом периоде. Причины. Клиника. Акушерская тактика.
33. Гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Диагностика. Профилактика. Врачебная тактика.
34. Аномалии сократительной деятельности матки. Причины. Классификация. Методы диагностики. Принципы терапии.
35. Операция кесарева сечения: условия, показания, основные этапы операции. Возможные осложнения, их профилактика.
36. Родоразрешающие операции: акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода. Показания и условия к их применению.
37. Неправильные положения плода (поперечное, косое). Диагностика. Принципы родоразрешения.
38. Эмболия околоплодными водами. Причины. Клиника. Неотложная помощь.

39. Акушерский травматизм. Классификация. Мероприятия по снижению акушерского травматизма.
40. Разрыв матки во время беременности и в родах. Причины. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
41. Геморрагический шок в акушерской практике. Причины. Диагностика. Врачебная тактика.
42. Принципы ведения неосложненного послеродового периода. Уход за родильницами. Физиологические транзиторные состояния новорожденных.
43. Гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде. Послеродовый эндометрит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии
44. Акушерский перитонит. Диагностика. Основные клинические варианты. Основные принципы лечения.
45. Септический шок в акушерской практике. Причины. Диагностика. Врачебная тактика.
46. Лактационный мастит. Классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение.
47. Современные методы диагностики состояния плода. Биофизический профиль плода.
48. Гипоксия плода. Причины. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
49. Асфиксия новорожденных. Реанимация и неотложная помощь новорожденным, родившимся в состоянии асфиксии.
50. Острое и хроническое воспаление придатков матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Инфекции, передаваемые половым путем: мочеполовой трихомониаз, гонорея, хламидиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Вагинальные дисбиозы и микозы. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Туберкулез женских половых органов. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Вирусные заболевания женских половых органов: ВПГ, ВПЧ. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Медицинские показания к прерыванию беременности в ранние сроки. Условия проведения операции. Осложнения.
56. Искусственное прерывание беременности в ранние сроки. Методы прерывания. Противопоказания. Осложнения.
57. Эктопическая беременность. Причины возникновения. Характеристика клинических форм.
58. Шеечная и перешеечно-шеечная беременность. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Клиника, диагностика, лечение трубной беременности, прервавшейся по типу «трубного аборта».
60. Клиника, диагностика и неотложная помощь при трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва маточной трубы.
61. Апоплексия яичника. Клиника. Диагностика. Тактика врача.
62. Регуляция менструального цикла. Тесты функциональной диагностики в гинекологии.

63. Аменорея. Клинические формы. Методы диагностики. Принципы терапии.
64. Синдром ПКЯ. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
65. Предменструальный синдром. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
66. Климактерический синдром. Патогенез. Диагностика. Клиника. Принципы терапии.
67. Бесплодный брак. Причины женского бесплодия. Диагностика. Принципы терапии.
68. Аномальные маточные кровотечения в различные периоды жизни женщины. Этиология. Диагностика. Принципы терапии.
69. Генитальный эндометриоз. Классификация. Этиология. Методы диагностики.
70. Миома матки. Этиология. Классификация. Методы диагностики. Принципы лечения.
71. Рак тела матки. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
72. Гиперпластические процессы эндометрия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Фоновые и предраковые процессы шейки матки. Классификация. Методы диагностики. Лечение.
74. Рак шейки матки. Классификация. Клиника. Методы диагностики и принципы лечения в зависимости от стадии. Профилактика.
75. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Классификация (МКБ-10).
76. Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
77. Рак яичников. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии процесса.
78. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника. Диагностика. Лечение. "Анатомическая" и "хирургическая" ножка опухоли яичника.
79. Трофобластическая болезнь (пузырный занос и хорионкарцинома). Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
80. Опускание и выпадение женских половых органов. Причины. Принципы и методы лечения. Профилактика.
81. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (естественные, гормональные, внутриматочные, барьерные, хирургические). Категории приемлемости. Противопоказания.

#### **Поликлиническое дело.**

1. Организация поликлинической терапевтической службы в РФ. Основы общей врачебной практики
2. Клинико-экспертная работа и принципы медико-социальной экспертизы в амбулаторной практике
3. Организация диспансеризации населения. Профилактические медицинские осмотры. Работа центров здоровья
4. Основы паллиативной медицины. Организация паллиативной помощи населения

5. Ведение больных с терминальными стадиями опухолевого процесса в поликлинике.
6. Основы восстановительной медицины (организация восстановительного лечения и реабилитации; использование современных оздоровительных и реабилитационных технологий в профилактике заболеваний; принципы и методы, показания, противопоказания)
7. Основы санаторно-курортного отбора
8. Понятие о медицинской профилактике. Скрининг. Уровни профилактики заболеваний. Факторы, определяющие здоровье. Концепция факторов риска. Формирование здорового образа жизни
9. Понятие о суммарном риске. Шкалы риска. Метаболические факторы риска: дислипидемия, гипергликемия, гиперурикемия и др. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
10. Виды медицинских профилактических услуг. Профилактическое консультирование (краткое, индивидуальное, углубленное, школы пациентов)
11. Коммуникативные навыки в деятельности участкового терапевта
12. Нутритивный статус пациента и основы рационального питания
13. Психологические факторы риска: Характеристика, методы диагностики. Методы оценки и преодоления стресса. Тревожно - депрессивный синдром и астении
14. Физическая активность и здоровье. Понятие о достаточной и не - достаточной физической активности для улучшения здоровья Методы оценки физической активности
15. Алиментарно-зависимые факторы риска. Основы лечебного питания .
16. Алкоголь и здоровье: оценка степени зависимости. Подходы к профилактике. Основы краткого профилактического консультирования Курение, медико-социальное значение. Табачная зависимость: профилактика и лечение. Основы краткого профилактического консультирования
17. Профилактические технологии при онкологических заболеваниях. Канцерпревенция .
18. Профилактика ОНМК
19. Организация работы поликлиники: основные документы, используемые в работе участкового врача. Отчетно-учетная документация поликлиники: перечень документов, требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного, оформление текущей документации, составление и анализ годового отчета, выписывание рецептов.
20. Стационарозамещающие технологии (понятие, порядок организации и оказания медицинской помощи пациентам терапевтического профиля и со смежной патологией)
21. Организация и проведение диспансеризации взрослого населения: нормативно-правовая база, группы диспансерного наблюдения пациентов терапевтического профиля.

22. Экспертиза временной нетрудоспособности: нормативно-инструктивные документы, организация и проведение. Понятие о КЭК, ее задачи и функции.
23. Экспертиза стойкой нетрудоспособности: определение и порядок направления пациентов на МСЭ. Понятие о группах инвалидности. МСЭ при основных терапевтических заболеваниях.
24. Инвалидность и ее правовые последствия. Медико-социальная защита больных и инвалидов. Основы деонтологии и медицинская этика в паллиативной медицине.
25. Основы паллиативной медицины. Организация паллиативной помощи. Ведение больных с терминальными стадиями опухолевого процесса.
26. Неотложная помощь и ее организация на догоспитальном этапе при наиболее часто встречающихся urgentных состояниях.
27. Концепция факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний. Первичная и вторичная профилактика терапевтических заболеваний. Порядок оказания профилактической помощи населению.
28. Основы восстановительной медицины: организация реабилитационных мероприятий, использование современных оздоровительных и реабилитационных технологий, методы реабилитации. Санаторно-курортный отбор.
29. Формирование здорового образа жизни. Принципы краткого профилактического консультирования при основных терапевтических заболеваниях (болезнях системы кровообращения, органов дыхания).
30. Формирование здорового образа жизни. Принципы краткого профилактического консультирования при основных терапевтических заболеваниях (болезнях органов пищеварения, ревматологической патологии, болезнях почек и т.д.).
31. Санитарно-просветительная работа участкового терапевта. Организация профилактического консультирования пациентов в условиях поликлиники на примере работы «Школы здоровья для пациентов» и «Школы больных»
32. Профилактические технологии при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, остеопороз).
33. Лечебное питание пациентов с наиболее распространенными заболеваниями внутренних органов на амбулаторно-поликлиническом этапе: номенклатура диет, принципы, показания к назначению.
34. Витаминно-минеральная недостаточность: клиника, диагностика, профилактика и лечение. Основы краткого профилактического консультирования.
35. Противоэпидемическая работа участкового терапевта
36. Классификация артериальной гипертензии (стадии, степени). Стратификация риска ССО. Дифференциальный диагноз.
37. Диагностические критерии и признаки субклинического поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Критерии ГЛЖ по ЭКГ и ЭхоКГ. Понятие диастолической дисфункции ЛЖ.

38. Тактика ведения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией. Первичная и вторичная профилактика.
39. Лечение артериальной гипертензии. Основные группы лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии. Особенности лечения пациентов артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом.
40. Гипертензивные кризы: определение, классификация, клиническая картина, лечение.
41. Гипертензивные кризы: особенности течения у лиц пожилого возраста. Осложнения. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
42. Метаболический синдром: диагностические критерии. Лечение пациентов с метаболическим синдромом. Вторичная профилактика.
43. Роль врача-терапевта поликлиники в ранней диагностике наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов. Алгоритмизированный подход.
44. Этиология и клиника различных острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). План исследования пациента с ОРВИ, формулировка диагноза.
45. Лечение в амбулаторных условиях ОРВИ, антибактериальная терапия, показания к госпитализации.
46. Острый тонзиллит (ангина): определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. План обследования пациента с ангиной.
47. Лечение ангины. Показания к госпитализации пациента с ангиной.
48. Острый бронхит. Этиология, клиническая картина. План обследования. Формулировка диагноза. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях.
49. Внегоспитальная пневмония. Определение. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. План обследования. Формулировка диагноза. Лечение в амбулаторных условиях.
50. Врачебная тактика участкового терапевта при осложнениях пневмонии.
51. Показания к госпитализации.
52. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при инфекционно-токсическом шоке.
53. Кашлевой синдром. Особенности ведения пациентов в амбулаторно - поликлинических условиях .
54. ХОБЛ: определение, причины, классификация, фенотипы, клиника, диагностика.
55. Лечение ХОБЛ. Характеристика препаратов, используемых при лечении (бронхолитики, ИГКС и другие). Схемы базисной лекарственной терапии. Показания для госпитализации.
56. Алгоритм ведения пациента с ХОБЛ. Критерии обострения ХОБЛ, лечение обострений. Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ.

57. Бронхиальная астма: определение, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
58. Бронхиальная астма: фенотипы бронхиальной астмы. Лечение бронхиальной астмы (характеристика препаратов, используемых для лечения). Принципы ступенчатой терапии. Показания для аллергенспецифической иммунотерапии.
59. Бронхиальная астма: определение, факторы риска. Критерии диагностики. Вторичная профилактика. Диспансерное наблюдение. Школа для больных БА.
60. Факторы риска развития ИБС. Профилактика коронарных событий.(лекарственные средства, улучшающие прогноз).
61. ИБС: классификация. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Экспертиза трудоспособности.
62. Особенности течения и лечения ИБС у пациентов с сахарным диабетом. Методы коррекции дислипидемии.
63. ИБС: классификация, методы диагностики, тактика ведения пациентов в условиях поликлиники. Вторичная профилактика.
64. Медикаментозная терапия стенокардии. Антиишемические средства (лекарственные средства, улучшающие симптомы заболевания)
65. Острый коронарный синдром: клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациента с ОКС.
66. Кардиореабилитация: цели, этапы и методы (медикаментозные, физические, психологические).
67. Нарушения ритма сердца. Классификация тахиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушениями ритма.
68. Нарушения проводимости сердца. Классификация брадиаритмий. Тактика ведения пациентов с нарушением проводимости.
69. Фибрилляция предсердий. Классификация. Лечение и тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники.
70. Современная антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий. Показания к хирургическому лечению ФП.
71. ТЭЛА. Диагностика. Профилактика ТЭЛА. Ведение пациентов, перенесших ТЭЛА, в условиях поликлиники.
72. Легочная гипертензия: клиника, этиология, диагностика и тактика ведения пациентов.
73. Обеспечение физической активности гражданам, имеющим ограничения в состоянии здоровья.
74. Оказание помощи пациентам по отказу от курения. Стратегия «5А» в выявлении и лечении курильщиков. Оценка степени никотиновой зависимости. Возможности терапии.
75. Основные принципы здорового питания. Правильный режим питания. Особенности питания при заболеваниях сердца и сосудов.
76. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация, особенности диагностики.



77. Хроническая сердечная недостаточность. Особенности ведения пациентов с ХСН в амбулаторных условиях.
78. Приобретенные пороки сердца у взрослых. Аортальный стеноз: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, медикаментозная терапия. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз. Клиника. Диагностика, тактика и особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Аортальная недостаточность: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, медикаментозная терапия.
79. Приобретенные пороки сердца у взрослых. Митральный стеноз: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, медикаментозная терапия. Митральная недостаточность: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, медикаментозная терапия
80. Инфекционный эндокардит: ранняя диагностика. Критерии диагноза. Роль трансторакальной и чреспищеводной ЭхоКГ в диагностике заболевания
81. Клиническая характеристика анемического синдрома. План обследования пациентов с анемическим синдромом в амбулаторных условиях.
82. Железодефицитная анемия. Дифференциальная диагностика с другими гипохромными анемиями. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях.
83. В-12 дефицитная и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях.
84. Гипо- и апластическая анемии. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях.
85. Анемия как клинический синдром гемобластозов. Диагностика гемобластозов в условиях поликлиники. Дифференциальный диагноз гемобластозов.
86. Диспепсический синдром (симптомы, патогенез). Круг заболеваний, сопровождающихся этими симптомами, план обследования пациента в амбулаторных условиях.
87. Причины и виды болей в животе, их патогенез. Понятия об острой и хронической абдоминальной боли, «остром животе». Круг заболеваний, обуславливающих эту боль.
88. Мальабсорбция, мальдигестия и мальнутриция: понятия, патогенез. Дифференциальная диагностика уровня поражения кишечника (тонкий, толстый).
89. Общие принципы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся абдоминальной болью и диспепсическим синдромом. План обследования пациента при подозрении на заболевание кишечника.

90. Синдром раздраженной кишки: диагностические критерии, общие принципы лечения и реабилитации пациентов, профилактика.
91. Симптоматическая терапия диспепсического синдрома. Показания к назначению прокинетиков, спазмолитиков, слабительных и обстипирующих средств.
92. Неотложная медицинская помощь и врачебная тактика в амбулаторных условиях при «остром животе» и абдоминальной боли.
93. Функциональная диспепсия, хронический гастрит, пептическая язва. План обследования пациентов в амбулаторных условиях, формулировка диагноза. Показания к госпитализации.
94. Основные принципы лечения пациентов с функциональной диспепсией, хроническим гастритом и пептической язвой в амбулаторных условиях.
95. Неотложная медицинская помощь при острых болях в животе и подозрении на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.
96. Функциональные билиарные расстройства, хронический холецистит, хронический панкреатит, клинические проявления, формулировка диагноза. План обследования пациентов в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
97. Основные принципы лечения пациентов с функциональными билиарными расстройствами, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом.
98. Желтуха: классификация, основные заболевания, сопровождающиеся желтухой, дифференциальная диагностика. Схема диагностического поиска при желтухе. Врачебная тактика при впервые выявленном синдроме желтухе. Показания к госпитализации.
99. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей в практике терапевта поликлиники: факторы риска, особенности диагностики, тактика ведения, восстановительное лечение, диспансеризация
100. Хронический холецистит, дисфункция желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди: план обследования пациента, дифференциальная диагностика.
101. Амбулаторное лечение пациентов с хроническим холециститом, дисфункцией желчного пузыря и дисфункцией сфинктера Одди. Показания для консультации пациента у врача-хирурга.
102. Медико-социальная экспертиза при хроническом холецистите, дисфункции желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди (обоснование и сроки временной нетрудоспособности, показания к рациональному трудоустройству, к направлению на МРЭК). Диспансеризация.
103. Профилактика заболеваний гепатобилиарной системы.
104. Заболевания пищевода в деятельности терапевта поликлиники: особенности диагностики, лечения, тактики ведения в амбулаторно-поликлинической практике.

105. Синдром болей в животе и диспепсический синдром. Особенности ведения пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
106. Хронический гломерулонефрит. Классификация. Клиника. План обследования пациента с хроническим гломерулонефритом в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации. Лечение после выписки из стационара.
107. Хронический пиелонефрит. Классификация. Клиника. План обследования пациента с хроническим пиелонефритом в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации. Тактика лечения в период обострения и ремиссии.
108. Хроническая болезнь почек, хроническая почечная недостаточность: критерии, классификация. Основные причины. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Тактика лечения на амбулаторном этапе.
109. Понятие о мочевом синдроме, его особенности при пиелонефрите, гломерулонефрите, мочекаменной болезни, уретрите, цистите, раке мочевого пузыря, нефропатиях.
110. Методы диагностики заболеваний почек в амбулаторных условиях. Алгоритм диагностического поиска при мочевом синдроме.
111. План обследования пациента с хроническим пиелонефритом, хроническим гломерулонефритом, хронической почечной недостаточностью в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
112. Врачебная тактика при хронической почечной недостаточности.
113. Общие принципы лечения пациентов с хроническим пиелонефритом, хроническим гломерулонефритом и ХПН в амбулаторных условиях.
114. Медико-социальная экспертиза при хроническом пиелонефрите, хроническом гломерулонефрите и ХПН (обоснование и сроки временной нетрудоспособности, показания к рациональному трудоустройству, к направлению на МРЭК). Диспансеризация.
115. Профилактика хронического пиелонефрита, хронического гломерулонефрита и ХПН.
116. Почечная колика: клиническая картина, неотложная медицинская помощь в амбулаторных условиях, врачебная тактика.
117. Причины обмороков, неотложная помощь, дальнейшая врачебная тактика.
118. Алгоритм диагностического поиска при потере сознания (внезапная кратковременная потеря сознания, внезапная и продолжительная потеря сознания, постепенная и продолжительная потеря сознания, потеря сознания с неизвестным началом и продолжительностью): последовательность физикального обследования пациента, необходимый минимум дополнительных исследований в амбулаторных условиях, врачебная тактика.
119. Неотложная помощь при недифференцированной коме.

120. Анафилактические реакции немедленного типа (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок): клинические проявления, план обследования пациентов, врачебная тактика.
121. Неотложная помощь при отеке Квинке, анафилактическом шоке. Индивидуальная терапия пациентов с крапивницей в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
122. Желтуха: понятие. Классификация. Дифференциальный диагноз при желтухах.
123. Гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм: понятие, причины; заболевания, сопровождающиеся гепато- и/или спленомегалией, дифференциальная диагностика.
124. Клинико-лабораторные синдромы поражения печени (цитоллиз, мезенхимальное воспаление, холестаз, печеночно-клеточная недостаточность), клиническое значение.
125. Хронический гепатит и цирроз печени: дифференциальная диагностика цирроза с хроническим гепатитом и первичным раком печени. План обследования пациентов.
126. Общие принципы лечения хронического гепатита и цирроза печени в амбулаторных условиях, врачебная тактика.
127. Неотложная помощь при печеночной колике, врачебная тактика.
128. Медико-социальная экспертиза при хроническом гепатите и циррозе печени (обоснование и сроки временной нетрудоспособности, показания к рациональному трудоустройству, к направлению на МРЭК). Диспансеризация
129. Суставной синдром: понятие об артрите, артрозе, артропатии. Методы общего физикального и специального исследований суставов и позвоночника.
130. Основные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом. Алгоритм диагностического поиска.
131. Ревматоидный артрит: план обследования, диагностические критерии. Врачебная тактика, показания к госпитализации.
132. Общие принципы лечения ревматоидного артрита в амбулаторных условиях.
133. Медико-социальная экспертиза пациентов с ревматоидным артритом (обоснование и сроки временной нетрудоспособности, показания к рациональному трудоустройству пациентов, к направлению на МРЭК). Диспансеризация.
134. Реактивный артрит: определение понятия. План обследования. Дифференциальная диагностика. Врачебная тактика. Общие принципы лечения в амбулаторных условиях. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.
135. Первичный остеоартроз. Диагностические критерии. План обследования. Врачебная тактика. Лечение в амбулаторных условиях. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.

136. Профилактика воспалительных заболеваний суставов и первичного остеоартроза.
137. Поясничная боль: причины, основные заболевания, сопровождающиеся болями в поясничной области, дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.
138. Подагра. План обследования пациентов в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации. Комплексная терапия.
139. Серонегативные артриты: реактивные артриты, синдром Рейтера, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический полиартрит. План обследования пациентов в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации. Комплексная терапия.
140. Порядок направления больных на МСЭ. Оформление необходимой документации при направлении на МСЭ.
141. Профилактическая работа участкового терапевта в плане предупреждения основных неинфекционных заболеваний. Концепция факторов риска (ФР) основных неинфекционных заболеваний (курение, алкоголь, алиментарное ожирение, гиперлипидемия, гиподинамия).
142. Деформирующий остеоартроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Коксартроз. Классификационные критерии. Гоноартроз. Остеоартроз кистей. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Течение и прогноз. Лечение (медикаментозное и немедикаментозное). Профилактика.
143. Профилактическая работа участкового терапевта в плане предупреждения обострений хронических заболеваний внутренних органов и развития различных осложнений.
144. Порядок медицинского отбора и направления больного на санаторно-курортное лечение.
145. Метаболический синдром и ожирение в амбулаторно - поликлинической практике терапевта: диагностика и профилактические технологии, лечение .
146. Особенности течения и лечения соматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
147. Профилактическая помощь мужчинам и женщинам. Основы гендерной медицины. Климактерический период и заболевания внутренних органов в практике участкового терапевта
148. Экстрагенитальная патология и беременность
149. Суставной синдром. Особенности ведения пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
150. Грипп у беременной женщины. Факторы риска развития тяжёлого течения гриппа. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
151. Бессимптомная бактериурия у женщин во время беременности. Критерии диагностики, лечение.
152. Артериальная гипертензия во время беременности: классификация, критерии диагностики и начала терапии. Основные группы

лекарственных препаратов, применяемых для лечения артериальной гипертензии во время беременности.

153. Оказание амбулаторной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.
154. Острое нарушение мозгового кровообращения в деятельности терапевта поликлиники/врача общей практики. Медико-социальное значение, эпидемиология, ранняя диагностика, профилактика. Реабилитация постинсультных больных.
155. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача первичного звена здравоохранения. Методика и техника консультирования пациента. Стратегия коммуникации врача с пациентом в трудной ситуации.
156. Беременность и заболевания внутренних органов. Ведение беременных женщин с наиболее распространенной терапевтической патологией на амбулаторнополиклиническом этапе.
157. Профилактика и лечение полипатии в амбулаторно-поликлинических условиях.

## **ПРИМЕРНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

### **Внутренние болезни**

#### **Ситуационная задача №1**

Больная М., 48 лет. Госпитализирована в клинику для уточнения генеза артериальной гипертензии. Жалобы на сильные головные боли, выраженную мышечную слабость, парестезии в конечностях, учащенное мочеиспускание, периодически возникающие отеки на лице по утрам, ухудшение зрения.

Считает себя больной в течение 17 лет, когда во время беременности было замечено умеренное повышение АД. После родов пограничная гипертензия сохранялась. С годами АГ прогрессировала, в течение последних 6 лет АД повышалось до 200/100 — 240/140 мм рт. ст. Дважды за это время развивались гипертонические кризы — на фоне крайне высокого давления больная теряла сознание. Год назад отмечалось кратковременное «онемение» правой руки, с того же времени периодически беспокоят парестезии в конечностях. Лечение различными гипотензивными средствами (эналаприл, допегит, гипотиазид, лазортан) существенного эффекта не давало.

Росла и развивалась нормально. В детском возрасте перенесла острый пиелонефрит. Работает преподавателем. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо. Опорно двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье на 1 см влево от срединно-ключичной линии.

1 тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 110 уд/мин. АД 210/130 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №2

Больной Р., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, общую слабость. Рос и развивался нормально. В возрасте 20 лет перенес острый цистит. 5 лет назад было сотрясение головного мозга.

Мать пациента страдает гипертонической болезнью. Работа связана со значительными физическими нагрузками. Курит до 20 сигарет в день. Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. Отложение подкожного жирового слоя равномерное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо. Опорно двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. 1 тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 80 уд/мин. АД 175/110 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общие анализы крови и мочи без изменений. На глазном дне отмечается сужение артериол, расширение и полнокровие вен.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №3

Больная А., 68 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах и голове, снижение памяти.

Больна около 5 лет, последний год отмечает повышение АД (максимальное — 175/95 мм рт. ст.), кратковременные потери сознания при переходе из горизонтального в вертикальное положение, резких наклонах и поворотах головы. Туберкулез, венерические заболевания у себя и родственников отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД — 18 в 1 мин. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — 3-е межреберье, левая — в 5-ом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-

ключичной линии. Ширина сосудистого пучка — 11 см. Ритм правильный, 1 тон ослаблен, акцент II тона над аортой с металлическим оттенком. Над аортой выслушивается систолический шум, который усиливается в вертикальном положении с запрокинутыми за голову руками. Пульс — 76 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, АД — 170/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №4

Больной В., 63 года. Жалобы на боли в икроножных мышцах, стопах, возникающие при ходьбе на 200—300 м, исчезающие через 3—5 минут после остановки, зябкость нижних конечностей, парестезии.

При расспросе по органам и системам выявлены жалобы на жажду. Болен около 2 лет, вначале болевой синдром возникал при длительной ходьбе, последние полгода присоединились зябкость стоп, парестезии.

При объективном обследовании: общее состояние удовлетворительное. Нижние конечности холодные на ощупь, кожа стоп, нижней трети голени бледная с мраморным оттенком. Умеренное ослабление пульсации на задних большеберцовых артериях, резкое ослабление на тыльных артериях стоп. Периферические отеки не определяются. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 150/90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №5

Больная П., 21 год. Жалобы на приступы внезапного сильного сердцебиения, которое начинается с ощущения толчка в области сердца и воспринимается больной как «трепетание» в области сердца, сопровождается общей слабостью, тошнотой, шумом в ушах и головокружением. Приступы также внезапно прекращаются, после чего выделяется до 1,5—2 л светлой мочи.

Больна около недели. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Месячные регулярные, по 1—3 дня, через 28 дней, не обильные. Вредные привычки отрицает.



При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Яремные вены набухшие, ундулируют синхронно пульсу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный маятникообразный. ЧСС — 180 в 1 мин., пульс на лучевой артерии малый, мягкий, ритмичный, трудно поддается счету. АД — 80/20 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена.

ЭКГ в приемном отделении: ЧСС — 180 в мин. Зубцы "P" положительные перед комплексом QRS, QRS не изменен.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №6

Больной С., 56 лет. Жалобы на внезапные приступы потери сознания, которые начинаются с головокружения и возникновения «темных» кругов перед глазами. Со слов жены: потеря сознания длится около 20—30 секунд, сопровождается судорожными подергиваниями конечностей, иногда непроизвольным мочеиспусканием. Приступ внезапно прекращается и больной не помнит, что с ним было.

9 месяцев назад перенес острый крупноочаговый инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Приступы потери сознания появились 2 дня назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс — 42 в 1 мин. АД — 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки не определяются. На ЭКГ, снятой в приемном отделении — синусовая брадикардия, ЧСС — 40 в 1 мин. Рубцовые изменения в задней стенке левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №7

Больной С., 47 лет. Жалобы на приступы загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо, лопатку, левую руку. Боли возникают в одно и то же время (в 4 часа утра) длительностью до 15 мин., сопровождающиеся чувством страха смерти, нехватки воздуха, одышкой, что заставляет больного вскакивать с постели. Прием нитроглицерина болевой синдром купирует не

полностью. При расспросе по органам и системам выявлены колющие боли в левой половине грудной клетки при подъеме и ношении тяжести более 15 кг.

Болен 2 месяца. Неоднократно обращался в поликлинику, однако при электрокардиографическом исследовании патологических изменений не выявлено. Последние 15 лет страдает хроническим необструктивным бронхитом, обострения редкие (1 раз в 2 года).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. ЧДД—18 в 1 мин. Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс — 76 в 1 мин. АД — 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пальпация по паравертебральным точкам позвоночника безболезненная.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №8

Больная П., 52 года. Жалобы на боли в области верхушки сердца, реже за грудиной, колющего характера с иррадиацией в левую лопатку, руку, длительностью от получаса до нескольких часов, сопровождающиеся перебоями в работе сердца, сердцебиением, головной болью, покраснением лица, приливом жара к лицу. После приема валидола, валокордина боли уменьшаются. При записи ЭКГ в поликлинике выявлены глубокие отрицательные зубцы "Т" в отведениях V2—V5. Направлена в стационар для уточнения диагноза.

С 49 лет месячные нерегулярные, последние 3 месяца отсутствуют, на фоне чего появилась вышеописанная симптоматика.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальной окраски. Гипергидроз, стойкий красный дермографизм. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены на верхушке. Пульс — 80 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №9

Больной А., 46 лет. Жалобы на боли за грудиной с иррадиацией в левую половину шеи, возникающие при ходьбе по ровному месту на расстояние 150—200 м, подъеме по лестнице на 2 этажа, иногда в морозную погоду, на холодном ветру. Боли полностью купировались приемом 1 таблетки нитроглицерина или в покое через 2—3 минуты. В течение 4 последних лет наблюдался в поликлинике по поводу ишемической болезни сердца — стабильной стенокардии напряжения, функционального класса II. В течение года отмечает колющие кратковременные боли в области верхушки сердца при поворотах туловища, наклонах вперед, самостоятельно проходящие в покое. Последние 5 дней после психоэмоционального перенапряжения отмечает учащение приступов стенокардии, боли возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние до 100 м, подъеме по лестнице на 1 этаж, длительность их увеличилась до 15—20 мин., 1 таблетка нитроглицерина купирует боль не полностью.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца умеренно приглушены. Ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление 130/80 мм рт. ст.; живот при пальпации мягкий, печень не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №10

Больной П., 66 лет. Жалобы на головокружение, шум в ушах, ослабление памяти, одышку при физической нагрузке, умеренные сжимающие боли в области сердца, возникающие при ходьбе до 250 метров, без иррадиации, купирующиеся самостоятельно в покое через 15—20 минут.

Считает себя больным около двух лет, когда появилась вышеуказанная симптоматика. Без видимых причин потерял сознание, со слов окружающих, до 2-х минут, в связи с чем обратился за медпомощью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, умеренный акроцианоз. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ограничен, усилен. Сердечный ритм правильный, I тон ослаблен, акцент II тона на аорте. Грубый, скребуший, систолический шум во II межреберье справа от грудины, проводится по ходу сонных артерий, в межлопаточную область и в точку Боткина. ЧСС — 56, пульс - 56 ударов в 1 минуту, АД — 170/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Температура — 36,5°C.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №11

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 гипертония (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 кг/м<sup>2</sup>. 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. При обследовании: В общем ан. крови: 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 8,1х3,7 см, левая 9,4х 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортикомедуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.

## 5. Прогноз.

### Ситуационная задача №12

Пациент 24 года, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения. Из анамнеза: болеет 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось. Неделью назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр. В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита. Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы глоточного кольца, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, с гнойным налетом. По задней стенке глотки – гнойное отделяемое из носа. Тоны сердца чистые, звучные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Дизурии нет. При исследовании: в общем анализе крови Нв 129 г/л, лейкоцитов  $5,3 \cdot 10^9$  /л, СОЭ 27 мм/ч; в общем анализе мочи удельный вес 1018-1020, белок 0,99 г/л; эр. – 40-50 в п/зр., лейкоц. – 2-3 в п/зр. Мазок из зева дал рост бета-гемолитического стрептококка.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача №13

Мужчина, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота. Из анамнеза известно, что пациент работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым, к врачам не обращался. Семейный анамнез: отец умер в 50 лет от цирроза печени. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м<sup>2</sup>. Окружность живота – 90 см. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На крыльях носа, на щеках, на подбородке выраженная подкожная капиллярная сеть. На коже груди, спины единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в

мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут, при пальпации безболезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная при пальпации. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. 6 В анализах: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты -  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,8 \cdot 10^9$  /л, тромбоциты –  $126 \cdot 10^9$  /л, СОЭ – 15мм/ч, АСТ – 86 Ед/л, АЛТ – 58 Ед/л, ГГТ – 92 Ед/л, ЩФ – 920 Ед/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, прямой билирубин- 33 мкмоль/л, альбумин – 3,5 г/дл, ПТИ – 70%.Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные. При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №14

У больного А., 25 лет, две недели назад появились слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,00 С, хотя боли в груди слева уменьшились. Из анамнеза – курит в последние 3 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 4 ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается, а над правым легким по всем полям выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. В общем анализе крови: эр. -  $4,2 \cdot 10^{12}$ , Нв - 138 г/л, лейкоциты -  $12,7 \cdot 10^9$  /л (п/я - 2%, с/я - 80%, л - 12, м - 6), СОЭ - 38 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л. Произведена плевральная пункция, удалена 1200 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренноклеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.

4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №15

Мужчина, Н., 56 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела максимально до 38,4°C в течение последних двух суток, с ознобом, а также на слабость, появление кашля, вначале сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. Из анамнеза – курит около 38 лет до 15-20 сигарет в 11 день, в течение последних 5 лет отмечает утренний кашель с небольшим выделением мокроты. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия (ЧСС 96-102 в минуту), АД - 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет. В анализах крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 124 г/л, Hct - 47%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 15,4 тыс. (п/я - 4%, с/я - 72%), лимфоциты - 16%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 4%), СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - ++++. В общем анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 50-80 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки. В анализе мочи: удельный вес - 1017, следы белка, лейкоциты - 0-1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №16

Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100м ходьбы), кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза: Страдает хроническим

бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлиненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД - 110/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах. Данные спирографии: ОФВ1 (постбронходилатационный) - 45% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ - 65% от должного. РаО2 - 35 мм рт. ст., SaO2 - 70%.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №17

В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной К., 23 года, с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, светобоязнь и чувство жжения в глазах, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, высыпания на коже ног, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38 °С. Из анамнеза: считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем был направлен в стационар. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела - 37,8 °С, кожа бледная, сухая, периферические л/у не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания - 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 105 в минуту, ритм правильный. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. На голених и бедрах болезненные плотные ярко-красные отечные узлы, движения конечностей ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет. При обследовании: анализ крови: Нb - 93 г/л, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,8 \times 10^9$  /л, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 30 мм/ч, анизоцитоз. Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 18,2 ммоль/л, калий - 3,50 мэкв/л, натрий - 135 мэкв/л. УЗИ органов брюшной полости: без патологических изменений. Колоноскопия:



слизистая поперечно-ободочной, сигмовидной и прямой кишки резко отечна, гиперемирована, имеются множественные язвы, покрытые фибринозно-гнойным налетом, сливного характера, псевдополипы, в просвете кишки кровь, гной, спонтанная кровоточивость.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №18

Больная Н., 16 лет, поступила в стационар с жалобами на частый, жидкий, пенистый стул с резким запахом до 10 раз в сутки, боли в животе, похудание на 10 кг, нарастающую общую слабость, ломкость и слоение ногтей, выпадение волос, заеды в углах рта. Также отмечает извращение вкуса (нравится есть мел), извращение обоняния (нравится запах бензина). Из анамнеза: с детства отмечает диарейный синдром и анемию, по поводу которой не обследовалась и не лечилась. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания. Рост 160 см, масса тела 40 кг. ИМТ-15,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожа бледная, сухая. Заеды в углах рта. Ногти слоятся, плоские. Температура тела 36,8 °С. ЧДД - 19 в 21 минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык чистый, сосочки сглажены. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Печень и селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный до 8 раз в сутки. При обследовании в анализах крови: Нб - 60 г/л, эритроциты -  $2,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,7, лейкоциты -  $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, общий билирубин - 18,6 ммоль/л, АЛТ - 31 ЕД, АСТ - 32 ЕД, железо в сыворотке крови - 6 мкмоль/л. Фибродуоденоскопия с биопсией слизистой: тотальная атрофия ворсинчатого аппарата слизистой тонкой кишки, увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №19

Больная, 32 л., доставлена в приёмное отделение стационара с жалобами на дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Из анамнеза известно, что за несколько дней до поступления, после предшествующих эмоциональных перегрузок, появились боли в

эпигастральной области, возникающие через 1,5- 2 часа после приёма пищи, изжоги, отрыжка кислым. Язвенный анамнез отрицает. Накануне вечером отмечала усиление болевого синдрома в эпигастрии. В день поступления боли прекратились, появился дегтеобразный стул, общая слабость. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Нормостенического телосложения. ИМТ- 23 кг/м<sup>2</sup> . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 98 уд в 1 мин., АД - 100/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: гемоглобин -101 г\л, эритроциты – 3,0x10<sup>9</sup> /л, гематокрит - 30 %; сывороточное железо – 14 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №20

Больная К., 38 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога может длиться более часа, купирует её приемом пищевой соды. В последние дни при глотании горячей пищи стали возникать жгучие боли за грудиной. Из данных анамнеза: частые изжоги отмечались в последние месяцы беременности. Ранее изжоги носили эпизодический характер, возникали после употребления кислых соков, жареных изделий из теста и при длительной работе внаклон. Также пациентка ухудшение связывает с прибавкой массы тела до 8кг за последние месяцы, после отказа от курения. При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. ИМТ30,5 кг/м<sup>2</sup> . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 уд в 1 мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: без отклонений.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №21

Пациент, 55 лет, считавший себя здоровым человеком, обратил внимание на появление небольших «опухолевидных» образований на шее и в подмышечных впадинах, что и послужило поводом для обращения к врачу. Анализ крови: лейкоциты -  $26 \times 10^9/\text{л}$  (лимфоциты - 50 %), гемоглобин - 14,2 г/л, тромбоциты -  $290 \times 10^9/\text{л}$ . В мазке крови обнаружены полуразрушенные ядра лимфоцитов (тени Гумпрехта).

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №22

Врач приемного отделения городской больницы 38 лет госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до  $38,4^\circ\text{C}$ , кашель с отхождением небольшого количества мокроты, общую слабость. Заболел в течение последних суток. Анамнез не отягощен. Курил в течение 12 лет, последние 8 лет не курит. Был вакцинирован противогриппозной вакциной 4 месяца назад. При осмотре состояние средней тяжести, справа в лёгких отмечается ослабление дыхания, ограниченный участок влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧД - 24 в минуту, ЧСС - 102 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. В анализе крови - лейкоцитоз до  $16 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №23

Больной В., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение температуры до субфебрильных цифр, боли и ощущение жжения на кончике языка, затруднения при глотании пищи, онемение кистей рук и стоп, нарушение координации движения. Болен более 5 месяцев. Вначале появилась слабость, утомляемость. Затем головные боли и головокружение, вскоре к ним присоединились субфебрильная температура, боли и чувство жжения в языке, затруднения при глотании пищи. К врачу обратился впервые. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, лимонного оттенка. Склеры субиктеричны. Язык воспаленный, малиново-красного цвета. Легкие физикально без отклонения от нормы. При аускультации сердца - приглушение тонов, систолический шум на верхушке, тахикардия до 103 в мин. АД 110/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, несколько

болезненный в эпигастрии, печень увеличена на 4 см, поверхность ее мягкая, край закруглен. Селезенка на 2 см выступает изпод края левого ребра. Анализ. крови: Эритроциты-1, 8 x 10<sup>12</sup>, Нв - 59 г/л, Ц.П.- 1, 3, тромбоциты - 120 x 10<sup>9</sup>, мегалобласты - 2: 100, лейкоциты- 2, 2 x 10<sup>9</sup>, эозинофилы- 1%, юные- 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные- 45%, лимфоциты- 40%, моноциты - 5%, СОЭ - 30 мм/ час, в мазке крови анизоцитоз, пойкилоцитоз, макроцитоз, кольца Кебота, тельца Жолли, полисегментисованные нейтрофилы.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №24

Больной А., 56 лет поступил в стационар по направлению скорой помощи с приступом удушья инспираторного характера, развившегося впервые в жизни. До госпитализации к врачам не обращался, считал себя практически здоровым. При объективном обследовании кожные покровы обычной окраски, эластичные, сухие. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 140/90 мм рт. ст. Левая граница сердца от среднеключичной линии +1 см. Аускультация сердца – I тон приглушен, систолический шум на верхушке, акцент II тона на а. Pulmon. Дыхание жесткое. Язык влажен, не обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, отеков нет. Клинический анализ крови эр. 4,4x10<sup>12</sup>/л, Гемоглобин 139 г/л, ЦП - 0,87, лейкоциты 10,5x10<sup>9</sup>/л, п.- 4%, с.-75%, э.-1%,б.-0%, лимф.-16%, мон.-4%, СОЭ-34 мм час. Анализ мочи - соломенно-желтая, кислая, уд. вес 1021, белок - 0, сахар - 0, лейкоц. 0-1 в п/зр., эпителий - 0-1 в п/зр, эритроц.- нет. Биохим. ан. крови АлАТ-27 мкмоль/л, АсАТ-30 мкмоль/л, мочевины-5,9 ммоль/л, креатинин-0.09 ммоль/л, билирубин-18 (п.-4, н-14), К-4,85 ммоль/л, Na-145,5 ммоль/л, КФК – 240 Е/л, ЛДГ - 438 ммоль/л, холестерин - 5,1 ммоль/л, бета-липопротеиды - 390 ммоль/л, СРБ(+). Коагулограмма - ПТИ - 87%, время рек. крови - 120", фибриноген - 4 г/л. ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 109 в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка. Рентген грудной клетки – клиновидная тень в средних отделах правого легкого, синусы свободны, корни структурны. Усиление прикорневого сосудистого рисунка.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №25

Больной С., 29 лет, поступил в отделение с жалобами на постоянные боли в правом подреберье ноющего характера, тошноту, нарушение стула, вздутие живота, изредка носовые кровотечения, боли в суставах, мышцах, зуд кожи. Отмечает слабость, быструю утомляемость, сонливость днем, бессонницу ночью. Ухудшение самочувствия в течение года. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области плечевого пояса единичные телеангиоэктазии, пальмарная эритема. Живот мягкий, при пальпации болезненный справа в подреберье. Печень увеличена, край заострен, умеренной плотности, селезенка увеличена. Периферических отеков нет. В анализе крови: лейкоциты  $-3,1 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты  $-150 \times 10^9/\text{л}$  ммоль/л, Нв- 98 г/л, эритроциты-  $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$ . В биохимическом анализе крови – АЛТ- 98 ммоль/л, АСТ- 72 ммоль/л, билирубин-30мкмоль/л, общий белок – 60 г/л, ГГТП – 118 Е/л. Биопсия печени: воспалительная инфильтрация и фиброз, который захватывает как портальные, так и перипортальные поля, участки с внутридольковой дистрофией, очаговыми и мостовидными некрозами.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

## Хирургия

### Ситуационная задача № 1

Мужчина 40 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на боли в животе, слабость. Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастральной области, любое движение вызывает усиление болей. В анамнезе язвенная болезнь. Объективный осмотр: живот в дыхании не участвует, отчетливо виден рельеф мышц передней брюшной стенки. Пальпаторно определяется доскообразное напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность при перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. При перкуссии в правом подреберье определяется тимпанит, укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. На обзорной рентгенограмме под куполом диафрагмы серповидное просветление - свободный газ. В анализе крови: лейкоцитов  $17,0 \times 10^9/\text{л}$ ; палочкоядерных – 24%, сегментоядерных-38%, лимфоцитов 28%, моноцитов-9%, эозинофилов -1%, гемоглобин 130 г/л., СОЭ-30мм/ч. Анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Перечислите возможные послеоперационные осложнения.

### Ситуационная задача № 2

Больная 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, температура поднялась до 38°C. Пульс 92 уд. в мин. Стул был накануне, нормальный, мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей не было, ничем не болела. Язык сухой, обложен белым налетом. Иктеричности кожи, склер не определяется. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение в правой подвздошной области и правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительные. Френикус-симптом и симптом Орнтера отрицательны. Анализ крови: лейкоцитов  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ ; эритроцитов  $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$ ; гемоглобин 130 г/л. Внутривенное введение физиологического раствора со спазмолитиками в течение 3 часов боли не купировало.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Перечислите возможные осложнения.

### Ситуационная задача № 3

Больной В., 30 лет, через 2 ч после осколочного ранения правой половины грудной клетки доставлен на этап квалифицированной медицинской помощи. Состояние тяжелое, сознание спутанное. ЧСС – 130 уд. в мин, АД – 80/60 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На 2 см ниже соска определяется рана диаметром до 7 мм, умеренно кровоточащая. Второго раневого отверстия нет. Над всей правой половиной грудной клетки при аускультации определяется резко ослабленное дыхание, а при перкуссии – притупление перкуторного звука даже в положении лежа. Кровь, полученная при пункции плевральной полости, быстро свернулась в пробирке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить на этапе квалифицированной медицинской помощи?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. В чем особенность шока, возникающего при ранении грудной клетки?

### Ситуационная задача № 4

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели, ранее беспокоила отрыжка тухлым, болевой синдром, сменяющийся в

последнее время чувством тяжести эпигастральной области. Не обследовался, но отмечал в анамнезе язвенную болезнь. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, слабо болезненный в эпигастрии, там же выслушивается шум плеска. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализе крови лейкоциты  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 4%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов -32%, моноцитов-7%, эозинофилов -1%., гемоглобин 100 г/л., СОЭ-10мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Возможные варианты объема хирургического вмешательства?

#### Ситуационная задача № 5

Больной 63 лет, страдающий длительное время гастритом, за последние 4 мес. сильно похудел и ослаб. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный.

Вопросы:

1. Чем вызвано подобное состояние больного?
2. Поставьте диагноз.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте лечебную тактику.

#### Ситуационная задача № 6

Больная 63 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию 2 года назад. В течение этого времени несколько раз поступала в стационар по поводу приступов болей в правом подреберье, сопровождающихся иктеричностью склер и кожи, потемнением мочи, гектической лихорадкой. По данным УЗИ, кроме расширения общего желчного протока до 1,5 см, патологических изменений не выявлено. В анализе крови лейкоциты  $10,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 4%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов -32%, моноцитов-7%, эозинофилов -1%., гемоглобин 120 г/л., СОЭ-10мм/ч.

Вопросы:

1. С какими послеоперационными осложнениями может быть связано состояние больной?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

### Ситуационная задача № 7

Больная 62 лет поступила в клинику с жалобами на ярко выраженную желтушность кожных покровов. Пожелтела неделю тому назад, желтуха нарастает, болевых приступов не отмечалось. Стул ахоличный, моча темного цвета. В течение последнего года похудела, ухудшился аппетит. Состояние средней тяжести. Пониженного питания, живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. В правом подреберье округлое безболезненное напряженное образование 12х8х6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. В анализе крови лейкоциты  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 4%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов -32%, моноцитов-7%, эозинофилов -1%, гемоглобин 100 г/л., СОЭ-10мм/ч.

Вопросы:

1. Чем является округлое безболезненное напряженное образование в правом подреберье?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

### Ситуационная задача № 8

Больная 70 лет поступила с жалобами на желтушность кожных покровов. Больна 4 суток после приема жирной жареной пищи. Появились резкие боли в правом подреберье, тошнота, рвота. Затем боли стихли, но появилась нарастающая желтуха. Живот мягкий, малоболезненный в правом подреберье, печень не увеличена, желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мерфи, Кера отрицательны. В анализе крови: лейкоцитов  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ ; палочкоядерных – 16%, сегментоядерных-75%, лимфоцитов-4%, моноцитов-4%, эозинофилов -1%, гемоглобин 120 г/л., СОЭ-16мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ-67ед/л, АСТ-65ед/л, билирубин общий-237мкмоль/л.

Вопросы:

1. Чем обусловлено состояние больной?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

### Ситуационная задача № 9

У больной 45 лет, много лет страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети левой голени, повышение температуры. В анализе крови: лейкоцитов  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ ;



палочкоядерных – 16%, сегментоядерных-75%, лимфоцитов-4%, моноцитов-4%, эозинофилов -1%., гемоглобин 120 г/л., СОЭ-16мм/ч, гемоглобин 121 г/л., СОЭ-15мм/ч. Анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы:

1. Какое осложнение варикозной болезни вен нижних конечностей развилось у больной?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте лечебную тактику.
5. Перечислите возможные осложнения.

#### Ситуационная задача № 10

В приемный покой обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, когда появились боли в эпигастральной области. Принимал мезим. На второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (больной сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако полностью не прошли. За медпомощью обратился впервые. Язык влажный, температура 37,6°C. При пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительны симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. В анализе крови: лейкоцитов  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ , остальные показатели в пределах нормы. Анализ мочи без патологических изменений. УЗИ брюшной полости - небольшое количество жидкости в правой подвздошной области.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Прокомментируйте выявленные симптомы заболевания.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Перечислите возможные осложнения.

#### Ситуационная задача №11

Ребенок 7 лет, доставлен родителями в травматологический пункт. Анамнез: за сутки до обращения упал с турника на правую руку, после падения появилась боль и деформация конечности в нижней трети предплечья. Обратились в лечебное учреждение по месту жительства. В связи с отсутствием травматолога, дежурным хирургом проведена иммобилизация конечности лонгетной повязкой, направлен на консультацию травматолога. Через 6 часов после травмы и наложения повязки ребенок стал жаловаться на выраженные боли. При осмотре травмированной конечности: на протяжении предплечья и кисти выраженный, плотный отек тканей, кожа бледная, пальцы кисти в положении сгибания, движения в них качательные,

резко болезненны, чувствительность в области кисти отсутствует, капиллярный ответ с ногтевого ложа 5 секунд.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое осложнение развилось у ребенка.
3. Причины развития осложнения.
4. Методы дополнительного обследования.
5. Тактика и основные принципы лечения пациента.

#### Ситуационная задача №12

В приемный покой обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, когда появились боли в эпигастральной области. Принимал мезим. На второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (больной сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако полностью не прошли. За медпомощью обратился впервые. Язык влажный, температура 37,6°C. При пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительны симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. В анализе крови: лейкоцитов  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ , остальные показатели в пределах нормы. Анализ мочи без патологических изменений. УЗИ брюшной полости - небольшое количество жидкости в правой подвздошной области.

Прокомментируйте выявленные симптомы заболевания. Тактика лечения?

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Прокомментируйте выявленные симптомы заболевания.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Перечислите возможные осложнения.

#### Ситуационная задача №13

Больной 64 лет в течение полугода отмечает снижение аппетита, похудел на 13кг, прогрессирует слабость, во время еды возникает быстро проходящее чувство переполнения желудка, ноющие боли в эпигастральной области. При осмотре бледен, в левой надключичной области плотный узел размером 4х3см. Пальпация живота болезненна в эпигастральной области, в проекции желудка определяется уплотнение без четких границ. В анализе крови: гемоглобин 100 г/л., лейкоциты  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 4%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов -32%, моноцитов-7%, эозинофилов - 1%., СОЭ-10мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Что означает конгломерат плотных лимфатических узлов над левой ключицей?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

#### Ситуационная задача №14

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Прибавил за месяц 700 г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота “фонтаном”. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде “песочных часов”.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика на амбулаторном этапе.
3. План и методы обследования.
4. Методы лечения.
5. Осложнения.

#### Ситуационная задача №15

Больной 52 лет в течение трех месяцев отмечает боли, урчание, вздутие живота, запоры, сменяющиеся жидким стулом. Сутки назад боли в животе приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, была повторная рвота с примесью желчи и неприятным запахом. Живот вздут, мягкий, болезненный. В левой подвздошной области определяется опухолевидное образование. Выслушивается усиленная перистальтика кишечника, определяется «шум плеска». На рентгенограмме брюшной полости множество горизонтальных уровней жидкости со скоплением газа над ними (чаши Клойбера). В анализе крови: гемоглобин 100 г/л., лейкоциты  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 4%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов - 32%, моноцитов-7%, эозинофилов -1%., СОЭ-10мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Какой объем хирургического лечения будет оптимальным?

#### Ситуационная задача №16

Больной 29 лет доставлен вертолетом из геологической партии на 3-и сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вял, апатичен, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и

течении заболевания. В анамнезе язвенная болезнь. При осмотре: типичное лицо Гиппократов. Температура тела 39,2С, пульс 132 ударов в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 80/40 мм. рт. ст. Дыхание поверхностное, до 36 раз в минуту. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, при перкуссии печеночная тупость не определяется. В свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика не выслушивается. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С чем связано исчезновение печеночной тупости?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Какая стадия перитонита наступила у больного?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

#### Ситуационная задача №17

Больная 46 лет в течение 3 лет страдает невправимой пупочной грыжей. Неприятных ощущений она не причиняла. Но в последние 3 дня у больной в области грыжи появилась краснота, отечность и резкая болезненность при пальпации. Поднялась температура до 38С. Язык чистый, влажный. Пальпация живота безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. В анализе крови: лейкоцитов  $13,0 \times 10^9/\text{л}$ ; палочкоядерных – 15%, сегментоядерных-76%, лимфоцитов 4%, моноцитов-4%, базофилов -1%., гемоглобин 123 г/л., СОЭ-25мм/ч. Анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы:

1. Какое осложнение грыжи наступило?
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Какие возможны осложнения в случае отказа от хирургического лечения?

#### Ситуационная задача №18

У больного 30 лет 3 мес. назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 300-400 м он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м., появились боли в I пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях - ослаблен. Резко положительный симптом плантарной ишемии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Перечислите возможные осложнения.

#### Ситуационная задача №19

У больной 28 лет вскоре после еды появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула, была многократная рвота. состояние средней тяжести. пульс 100 в мин., язык суховат, живот умеренно вздут, в правой подвздошной области рубец после аппендэктомии, в эпигастриальной области "шум плеска". на обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные горизонтальные уровни жидкости в мезогастральной области.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем может быть обусловлено данное патологическое состояние?
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

#### Ситуационная задача №20

У больного 40 лет через 2 дня после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развился парез кишечника, озноб, боли в правой половине живота, увеличилась печень, появилась желтуха. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. В анализе крови: лейкоцитов  $17,0 \times 10^9/\text{л}$ ; палочкоядерных – 20%, сегментоядерных-40%, лимфоцитов 30%, моноцитов-9%, эозинофилов -1%., гемоглобин 120 г/л., СОЭ-32мм/ч. Анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы:

- 1.Какое осложнение развилось у больного?
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования можно провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Прогноз данного заболевания?

#### Ситуационная задача №21

У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастриальной области, которые сместились в правую подвздошную область. Дважды была рвота. Температура повысилась до 37,5. Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только теперь. Состояние удовлетворительное. Пульс 88 в мин. Язык влажный, обложен белым

налетом. В правой подвздошной области прощупывается образование, размерами 12х8 см, плотноэластической консистенции, несмещаемое, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализе крови: лейкоцитов  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ ; палочкоядерных – 9%, сегментоядерных-56%, лимфоцитов-38%, моноцитов-7%, эозинофилов - 1%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.
5. Прогноз данного заболевания?

#### Ситуационная задача №22

Больной К., 5 лет доставлен отцом в приемный покой с информацией о том, что у мальчика, игравшего на полу в квартире с игрушками внезапно возник приступ кашля с картиной удушья. Ребенок стал беспокойным, испуганным, возник акроцианоз. Постепенно его состояние улучшилось, дыхание нормализовалось. При внешнем обследовании патологии не выявлено. В анамнезе: рост и развитие по возрасту, на учете у специалистов не состоит.

Вопросы:

1. Чем можно объяснить наблюдавшийся эпизод.
2. Ваш предварительный диагноз.
3. Ваша тактика.
4. Методы дополнительного обследования.
5. Методы лечения.

#### Ситуационная задача №23

В поликлинику к хирургу обратился больной 56 лет, с жалобами на умеренные боли в эпигастрии, оформленный черный стул, периодическую рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает около 4 месяцев, когда отметил снижение аппетита, похудение, немотивированную слабость. Гемодинамика стабильная, кожные покровы бледные, при пальпации живота патологических изменений не отмечено, на перчатке после ректального пальцевого исследования - кал черного цвета. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л., гематокрит 20, эритроциты- $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$  лейкоциты  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать? Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Обоснуйте хирургическую тактику.

## 5. Определить оптимальный объем хирургического вмешательства?

### Ситуационная задача №24

Больной 71 года в течение 3 лет испытывает затруднения при мочеиспускании, приходится натуживаться. Год назад он заметил в обоих паховых областях выпячивания округлой формы размером 5х5см, исчезающие в горизонтальном положении. Обратился в поликлинику. При осмотре образования безболезненные, мягкой консистенции. А. epigastrica inferior пульсирует кнаружи от пальца, введенного в наружное паховое кольцо.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Консультацию какого специалиста должен назначить врач поликлиники?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

### Ситуационная задача №25

Больная 48 лет обратилась к врачу поликлиники с жалобами на мокнутие соска и ареолы, изъязвления, покрытые корочками, которые появились три месяца назад. При осмотре в области соска имеются изменения, напоминающие экзему. Сосок утолщен и уплотнен, при надавливании из него появляется геморрагическое отделяемое. В подмышечной впадине прощупываются увеличенные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Как должен поступить врач поликлиники?
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Обоснуйте хирургическую тактику.

## Акушерство и гинекология

### Ситуационная задача №1

Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Воды не отошли. При поступлении АД 180/100 мм рт. ст. Отеки на нижних конечностях, в моче - 2г/л белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в 1 минуту, мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева шейки на 5

см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть – головка прижата ко входу в таз.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов
3. Причины внутриутробной гипоксии плода в данном случае.
4. Какую шкалу оценки тяжести ОПГ - гестоза вы знаете и как классифицируется приведенный случай?
5. Какие осложнения гестоза представлены в данном случае?
6. Перечислите возможные осложнения в дальнейшем.
7. Последовательность оказания экстренной помощи.

#### Ситуационная задача №2

Первородящая, первобеременная, 24 года, поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное, 2 позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа, ниже пупка, 100 - 110 уд/мин., аритмичное. Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Седалищные ости не определяются. Стреловидный шов в левом косом размере, ближе к прямому. Малый родничок справа спереди.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Укажите механизм родов, по типу которого идут данные роды.
4. В какой плоскости малого таза находится головка плода?
5. Возможные причины гипоксии плода.
6. Какие можно использовать методы диагностики для выявления причин гипоксии плода?
7. Лечение гипоксии плода.

#### Ситуационная задача №3

Роженица поступила в роддом через 6 часов после начала схваток. Воды не отходили. Беременность 5-я, доношенная, роды 5-е. Все предыдущие беременности и роды протекали без осложнений. При поступлении: размеры таза нормальные. Через брюшную стенку прощупывается головка плода справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода отчетливое на уровне пупка 136 уд/мин, ритмичное. Через 30 минут после поступления отошли околоплодные воды. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 6 см, плодного пузыря нет, предлежащая часть не определяется. Мыс не достигается, костных деформаций нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Как определяется позиция плода в данном случае?



4. Какие методы родоразрешения возможны в данном случае?
5. Характеристика запущенного поперечного положения.
6. В чём смысл классического внутреннего поворота плода? Условия, основные этапы.
7. Какие возможны осложнения в родах?

#### Ситуационная задача №4

Женщина 37 лет доставлена в роддом с жалобами на кровяные выделения в значительном количестве, начавшиеся 1,5 часа назад. Одновременно с кровотечением, начались регулярные, средней интенсивности схватки. Беременность 7-я, доношенная. Из анамнеза: из 6 предыдущих беременностей было 4 родов, протекавших без осложнений, и 2 самопроизвольных аборта. Последняя беременность – аборт, 3 года тому назад. Объективно: умеренно выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых. Т-36,5°C, пульс-100 уд./мин., удовлетворительного наполнения. Отеков нет, АД 110/60 мм рт. ст. Положение плода продольное, 1 позиция. Предлежащая головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода отчетливое 122 уд/мин, ритмичное. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1 см, шеечный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел. Справа и спереди прощупывается край губчатой ткани. Головка подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Деформации таза нет. Кровотечение обильное.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Последовательность мероприятий по оказанию экстренной помощи,
4. Какие допущены ошибки?
5. Перечислите показания к оперативному лечению у данной женщины.
6. Какие этиологические факторы привели к данной патологии?
7. Какие возможны осложнения по ходу родоразрешения?

#### Ситуационная задача №5

Поступила повторнородящая женщина с отошедшими околоплодными водами час назад. Роды - 6-ые по счету, в срок. Схватки регулярные, интенсивные. Т-36,7°C, пульс-80 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Размеры таза: 26-28-31-18 см. Положение плода продольное, 1 позиция. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 уд/мин, аритмичное. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется петля пульсирующей пуповины, которая определяется справа от головки. Головка прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата — 10 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Последовательность мероприятий по оказанию экстренной помощи.
4. Возможные осложнения в родах для матери и плода.

5. Дайте характеристику таза матери.
6. Какие допущены ошибки?
7. Какова последовательность реанимационных мероприятий для новорожденного?

#### Ситуационная задача №6

38-летняя беременная была доставлена в тяжёлом состоянии. Беременность-8, роды - 6. Две беременности закончились самопроизвольными абортами. Последние 2-е родов были более продолжительными, дети весом 3500 и 3800 кг. Роженица доставлена по поводу того, что роды продолжаются более суток, воды отошли через 3,5 часа после начала схваток. Схватки были интенсивными. Таз нормальный, окружность живота 105 см. Два часа тому назад появились потуги и после нескольких потуг роженица стала отмечать боли в правой половине живота. Ухудшилось состояние: головокружение, холодный пот. Т-35,6°C, пульс 120 уд/мин, малый, слабого наполнения. Больная подавлена, она плохо реагирует на окружающих. Резко выражена бледность кожных покровов и видимых слизистых. Живот вздут, болезнен. Сердцебиение плода не прослушивается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие ещё данные вы можете прибавить к клинической картине заболевания?
4. Следует ли делать влагалищные исследования и какую информацию вы получите?
5. Последовательность мероприятий при данной экстренной ситуации.
6. Перечислите симптомы шока. Какова его степень выраженности и причины?
7. Какие допущены ошибки?

#### Ситуационная задача №7

Беременная 30-ти лет поступила по поводу отхождения вод 3 часа тому назад при доношенной беременности. Родовой деятельности нет. Беременность - 5, роды - 3. Предшествующие беременности и роды протекали нормально. Настоящая беременность протекала без осложнений. Общее состояние хорошее. То-нормальная, пульс-72 уд/мин, ритмичный. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное, 1 позиция. Предлежащая головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин, ритмичное. Окружность живота 96 см. Влагалищное исследование: шейка матки длиной 1,5 см, мягкая. Шеечный канал проходим для 1 пальца. Плодного пузыря нет. Головка подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Деформаций таза нет. Отходят светлые воды в умеренном количестве. Предполагаемая масса плода – 3300 г.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.

3. Какие наиболее вероятные признаки отхождения вод?
4. Суть профилактики эндометрита в родах и какие к ней показания?
5. Какие методы родовозбуждения и родостимуляции вы знаете?
6. Какие возможны осложнения в родах?

#### Ситуационная задача №8

В акушерское отделение поступила повторнородящая с регулярными схватками средней интенсивности, начавшимися 10 часов тому назад. Воды не отходили. Роды и беременность вторые. Беременность доношенная. Первые роды 3 года тому назад, нормальные, ребенок весом 3600 кг жив. Наружное акушерское исследование: окружность живота 94 см. Положение плода продольное, 1 позиция. В дне матки прощупывается округлая плотная часть. Предлежащая часть более мягкая, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода отчетливое 128 уд/мин, ритмичное. Через полчаса после поступления отошли светлые воды. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева 8 см, плодного пузыря нет, во влагалище определяется ножка плода. Ягодицы во входе в таз. Предполагаемая масса плода – 3200 г.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие вы знаете методы определения тазового предлежания?
4. Раскройте суть методики пособия по Цовьянову-П.
5. Какие основные причины приводят к тазовому предлежанию?
6. Какие допущены ошибки при ведении данной беременной?
7. Перечислите возможные осложнения в родах у матери и плода.

#### Ситуационная задача №9

Роженица, 36 лет, поступила по поводу схваток, начавшихся 4 часа тому назад. Беременность и роды третьи. Все предыдущие роды срочные, протекали без осложнений. Настоящая беременность доношенная. Окружность живота 99 см. Размеры таза: 26-29-31-21. Брюшная стенка дряблая. Предлежащая часть не определяется. Слева определяется головка плода, справа — ягодицы. Сердцебиение плода на уровне пупка, 136 уд/мин, ритмичное, отчетливое. При влагалищном исследовании выявлено: раскрытие маточного зева на 4 см. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть не определяется. Мыс не достижим. Таз без деформаций.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие методы родоразрешения теоретически возможны?
4. Применяется ли операция внутреннего поворота плода в современном акушерстве?
5. Какие возможны осложнения при консервативном ведении родов?
6. Какие причины неправильного положения плода?
7. Признаки запущенного поперечного положения плода.

### Ситуационная задача №10

Первородящая, 28 лет, поступила с регулярными интенсивными схватками, начавшимися 8 часов тому назад. Беременность вторая, доношенная. Первая беременность 3 года тому назад закончилась криминальным абортom на 3-м месяце беременности с повторным выскабливанием полости матки. Размеры таза: 25-28-30-20. Головное предлежание. Сердцебиение плода отчетливое, 132 уд/мин, ритмичное, слева ниже пупка. Головка плода большим сегментом во входе в таз. Через 4 часа после поступления произошли роды живым доношенным плодом. Через 15 минут после рождения ребенка началось кровотечение, выделилось 300 мл крови. Признаки отделения плаценты отсутствуют.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Перечислите способы определения отделения плаценты.
3. Перечислите методы выделения отделившегося последа.
4. Дифференциальная диагностика истинного и плотного приращения последа.
5. Тактика врача.
6. Можно ли было предупредить данное осложнение родов?
7. Ошибки при ведении беременности и родов.

### Ситуационная задача №11

Больная 55 лет - обратилась с жалобами на увеличение живота, ощущение тяжести в животе. Больна 1,5 месяца. К гинекологу не обращалась до этого 8 лет. Менопауза 3 года. В анамнезе 9 родов, 3 медицинских аборта. При осмотре обращает на себя внимание увеличенный в размере живот. Ткани передней брюшной стенки дряблые. В нижних отделах живота пальпируется опухоль, безболезненная с четкими контурами, крупнобугристая, тугоэластической консистенции. Верхний полюс образования на уровне пупка. Опухоль 16 см смещается в стороны. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Анализы мочи и крови - без особенностей. При гинекологическом исследовании определено: слизистая влагалища обычного вида, шейка маленькая, зев точечный. Выделений нет. Матка маленькая, безболезненная, отклонена кзади, подвижная. Спереди и выше достигается нижний полюс образования, контуры его четкие, консистенция тугоэластическая. Тазовая клетчатка свободная. Полость малого таза свободная.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача №12

Больная 24 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие беременности. Замужем, 3 года назад - самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 недель беременности. В анамнезе у мужа - синдром Рейтера хламидийной этиологии. При гинекологическом обследовании: осмотр в зеркалах: на шейке матки - эрозия диаметром 1 см, выделения серозные, обильные. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки не определяются.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача №13

Больной 36 лет обратилась с жалобами на рост волос на лице, груди. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, установились сразу, безболезненные, через 29 дней. В анамнезе 3 беременности (роды в 26 и 29 лет, аборт в 32 года). Контрацептивы не применяет, живет с мужем, муж здоров. За последние 3 года стала отмечать задержки месячных по 2-4-6 месяцев. Последние месячные 1 год назад. В связи с нарушением цикла 1,5 года назад гинекологом женской консультации было назначено гормональное лечение прогестероном в течение 6 месяцев в циклическом режиме. Эффекта от лечения не было, напротив, заметила появление роста волос на подбородке. Вынуждена вновь обратиться к гинекологу. Направлена для обследования в стационар. Среднего роста, обычного питания. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Молочные железы дряблые. На лице, груди умеренно выраженное оволосение. Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по мужскому типу. Осмотр зеркалами: влагалище узкое, слизистая гладкая, выделений нет. Шейка конической формы, зев точечный. Симптом зрачка - отрицателен. Бимануально: своды свободные, матка очень маленькая, плотная, подвижная, безболезненная. Слева придатки не пальпируются, справа - опухоль 7х8 см, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Тазовая клетчатка свободная. Анализы: общий анализ крови и мочи – без особенностей. Мазок на «гормональное зеркало» - КПИ- 6%. Рентгенография турецкого седла - без патологии.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №14

Больная, 20 лет предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 6 месяцев, которому предшествовали задержки на 2-3 месяца. Нарушение менструального цикла появилось после замужества. При осмотре выявлено ожирение I-II ст, умеренный гирсутизм. На краниограмме – гиперостоз. На пневмомеллеограмме тело матки 5х6 см, тени яичников интенсивные 4х5 см. Гонадотропин в сыворотке крови на нижней границе нормы.

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.
6. .

#### Ситуационная задача №15

Больная П., 25 лет обратилась с жалобами на бесплодие, отсутствие менструации. Менструации с 14 лет регулярные, 1 раз в месяц. Замужем с 23 лет, не предохранялась, беременность не наступала. Год назад менструации прекратились. При обследовании установлено: ректальная температура монофазная, симптом "зрачка" отрицательный, матка обычных размеров, придатки не определяются, из молочных желез при надавливании выделяется жидкость, напоминающая молоко. На краниограмме: размеры турецкого седла в пределах нормы, костно-деструктивных изменений нет.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №16

Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте больная перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После перенесенного заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечалась прибавка в весе, в течение последних 2 лет наблюдается избыточное оволосение над верхней губой и на внутренней поверхности бедер. Беременностей не было.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.

2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №17

Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №18

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» 22 марта с диагнозом: подострый, двусторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация с 28 февраля по 6 марта. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110 и 70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо - абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.
- 6.

### Ситуационная задача №19

Пациентка В., 19 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, недоразвитие молочных желез. Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, массой 2150г, в детском возрасте часто болела. Status praesens: рост 146 см, грудная клетка бочкообразной формы с широко расположенными сосками, шея короткая с крыловидными складками. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует. 36 При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение отсутствует. Девственная плева целая. Per rectum: Матка значительно меньше нормы. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача №20

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, температура 38,2 С. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала - обильные гнойные выделения. При пальпации - шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача №21

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в родильный дом с излившимися околоплодными водами. Родовой деятельности нет. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад по поводу острой



гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №22

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась своевременными родами, вторая - самопроизвольным абортом в 8 недель, без осложнений. Объективно: положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная, схватки через 3-4 мин по 30-35 сек. В приемном покое излились светлые околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 90-100 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7-8 см, плодного пузыря нет, во влагалище определяется выпавшая пульсирующая пуповина и стопы плода.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №23

Роженица доставлена в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Данная беременность первая. Объективно: Размеры таза 26-28-32-21 см. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная, схватки через 1-2 мин по 45-50 сек. Сердцебиения плода ясное, ритмичное до 140-150 уд/мин. Околоплодные воды излились час назад. Предполагаемая масса плода 3800. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы и стопы плода, прижаты ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды. Таз емкий, мыс не достигим.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.

4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №24

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Объективно: АД 150/90 мм.рт.ст., пульс 100 ударов в 1 мин., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тонусе, болезненная при осмотре, сердцебиение плода приглушено. Пальпация плода затруднена из-за повышенного тонуса матки.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Ситуационная задача №25

У беременной 29 лет при сроке гестации 30-31 нед и наличии вялотекущего гестоза в течение 3 недель на фоне повышения АД до 170/100 мм. рт. ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании: «незрелая» шейка матки.

Вопросы:

Вопросы:

1. Сформулируете диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз.

#### Поликлиническое дело

##### Ситуационная задача №1.

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают

никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечнососудистого риска у данного пациента?

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

#### Ситуационная задача №2.

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год. Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты -  $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $5 \times 10^9$  /л, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

1 Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения

### Ситуационная задача №3.

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

### Ситуационная задача №4.

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам. Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота.

Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет. Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звёздочки на груди. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края рёберной дуги, поверхность гладкая, край закруглён, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезёнки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – 4,5×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%. Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbs антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

#### Ситуационная задача №5.

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением. При

осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты –  $3,54 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 116 г/л, лейкоциты –  $7,84 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

#### Ситуационная задача №6.

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,8 \cdot 10^9 /л$ , Нв – 168 г/л, лейкоциты –  $6,1 \cdot 10^9 /л$  (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub>=87%.

ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

#### Ситуационная задача №7.

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови: эритроциты -  $5,4 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $10,2 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: без патологии. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный

препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

#### Ситуационная задача №8.

Мужчина 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры. Считает себя больным в течение года. При первичном обращении к врачу-терапевту участковому был поставлен диагноз «грипп». При обследовании отмечается выраженная болезненность по ходу седалищного нерва, в подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы, положительный симптом Лассега, увеличены печень и селезёнка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие методы реабилитации Вы рекомендуете пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Какое этиотропное лечение должен был получить данный пациент при правильной постановке диагноза при первичном обращении за медицинской помощью?

#### Ситуационная задача №9.

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет типа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:



1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

#### Ситуационная задача №10.

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м<sup>2</sup>. Гипертеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

#### Ситуационная задача №11.

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с

жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Ситуационная задача №12.

Больной 75 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отёки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль

эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД. Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голеней. Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
3. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
4. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

### Ситуационная задача №13.

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук

ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

#### Ситуационная задача №15.

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

### Ситуационная задача №16.

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной  $\frac{1}{3}$  зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

### Ситуационная задача №17.

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет. Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъёме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли. Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД – 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС – 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счёт левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развёрнута. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отеков нет. Анализы крови и мочи без патологии, общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Единичная желудочковая экстрасистола.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения

#### Ситуационная задача №18.

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет. При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9 /л$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезли нарушения вкуса; в общем анализе крови-эритроциты  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты

6,7\*10<sup>9</sup>/л, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

#### Ситуационная задача №19.

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв – 129 г/л, тромбоциты –  $200 \times 10^9$  /л, лейкоциты –  $39 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

#### Ситуационная задача №20.

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные

покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, не прямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Ситуационная задача №21.

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание. Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом. Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемизированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов. В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1\*10<sup>12</sup>/л, лейкоциты – 11,8\*10<sup>9</sup>/л, тромбоциты – 280\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-EPI) – 92 мл/мин 1,73 м<sup>2</sup>.



Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

#### Ситуационная задача №22.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту учаковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9 /л$ , лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

#### Ситуационная задача №23.

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает

постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен. При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования. Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

#### Ситуационная задача №24.

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр. На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает. Объективно: состояние

относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

#### Ситуационная задача №25.

Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись. После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС -72 удара в минуту, АД - 118/78 мм рт. ст., частота дыхания -16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

Вопросы:

1. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
2. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?
3. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?

4. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?

5. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

### 3. Перечень литературы

1. Внутренние болезни. Избранные лекции : учебник / М. П. Кончаловский [и др.] ; под общей редакцией М. П. Кончаловского. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 497 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-09197-7. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/475074> (дата обращения: 22.06.2021).
2. Гетьман, И. Б. Оперативная хирургия : учебное пособие / И. Б. Гетьман. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. — ISBN 978-5-9758-1760-0. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81077.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
3. Дроздов, А. А. Детская хирургия : учебное пособие / А. А. Дроздов, М. В. Дроздова. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. — ISBN 978-5-9758-1725-9. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81006.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
4. Иванов, А. А. Акушерство и гинекология : учебное пособие / А. А. Иванов. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 158 с. — ISBN 978-5-9758-1879-9. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/80977.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
5. Колесникова, М. А. Анестезиология и реаниматология : учебное пособие / М. А. Колесникова. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. — ISBN 978-5-9758-1883-6. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/80999.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
6. *Корячкин, В. А.* Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия. Клинико-лабораторная диагностика : учебник для вузов / В. А. Корячкин, В. Л. Эмануэль, В. И. Страшнов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 507 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-10809-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/470544> (дата обращения: 22.06.2021).
7. Кузнецова, Ю. В. Факультетская терапия : учебное пособие / Ю. В. Кузнецова. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. —

- ISBN 978-5-9758-1815-7. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81066.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
8. Мишинькин, П. Н. Общая хирургия : учебное пособие / П. Н. Мишинькин, А. Ю. Неганова. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. — ISBN 978-5-9758-1758-7. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81076.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
9. Мостовая, О. С. Госпитальная терапия : учебное пособие / О. С. Мостовая. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 158 с. — ISBN 978-5-9758-1723-5. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81005.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
10. Окинчиц, Л. Л. Гинекологическая клиника: инфекционные воспалительные заболевания / Л. Л. Окинчиц. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 314 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-08920-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/474961> (дата обращения: 22.06.2021).
11. Поликлиническая терапия : учебник / М. В. Зюзенков, И. Л. Месникова, Р. В. Хурса, Е. В. Яковлева ; под редакцией М. В. Зюзенкова. — Минск : Вышэйшая школа, 2017. — 624 с. — ISBN 978-985-06-2749-0. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/90717.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
12. Поликлиническая терапия: хроническое легочное сердце : учебное пособие для вузов / В. Н. Ларина [и др.] ; составители В. Н. Ларина, Е. А. Вартамян, Б. Я. Барт, С. С. Соловьев, М. Г. Головкин, М. П. Михайлузова, В. П. Сидорова. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 71 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12822-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/476717> (дата обращения: 22.06.2021).
13. Полный справочник. Внутренние болезни / Ю. Ю. Елисеев, Л. С. Назарова, Н. И. Беякова [и др.]. — Саратов : Научная книга, 2019. — 893 с. — ISBN 978-5-9758-1873-7. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/80177.html> (дата обращения: 22.06.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей
14. Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2 : учебник для вузов / Н. Ю. Коханенко [и др.] ; ответственный редактор Н. Ю. Коханенко. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 329 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-9916-6797-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа

Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/470493> (дата обращения: 22.06.2021).

15. Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 1 : учебник для вузов / Н. Ю. Коханенко [и др.] ; под редакцией Н. Ю. Коханенко. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 296 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-9916-6796-8. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/469410> (дата обращения: 22.06.2021).