

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.04.2025 16:43:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

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

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.49 ТЕРАПИЯ
(2025 год приема)**

Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Организация терапевтической службы.
2.	Общеврачебное обследование, опрос больного, анамнез заболевания, физикальное обследование, перкуссия, пальпация, аускультация.
3.	Клиническая оценка лабораторных методов исследования. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови. Исследование мочи.
4.	Теоретические основы электрокардиографии. Анатомо-функциональная характеристика АВ-системы, системы Гисса-Пуркинье. Характеристика ЭКГ в норме. Дополнительные отведения ЭКГ. Методы пролонгированной регистрации ЭКГ.
5.	ЭКГ при гипертрофии отделов сердца.
6.	Нарушение атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости.
7.	ЭКГ при ИБС. ЭКГ во время приступа стенокардии. Динамика ЭКГ при проведении проб с физической нагрузкой. Инфаркт миокарда. Принципы топической диагностики инфаркта миокарда.
8.	ЭКГ при нарушениях автоматизма.
9.	Методы обследования больных с эндокринной патологией. Сахарный диабет 1 и 2 типа.
10.	Болезни щитовидной железы. Диффузный токсический зоб. Гипотиреоз.
11.	Структура и функции сердца. Методы обследования, опрос, физикальное обследование больного. Лабораторные и инструментальные методы обследования в кардиологии.
12.	Клиника, диагностика и варианты течения гипертонической болезни. Принципы лечения гипертонической болезни.
13.	Гипертензивные кризы. Препараты, применяемые при неотложных гипертензивных состояниях.
14.	Антигипертензивные препараты.
15.	Симптоматические артериальные гипертензии. Основные методы диагностики заболеваний, которые могут быть причиной развития артериальной гипертензии.
16.	Атеросклероз: основные факторы риска развития атеросклероза. Клинические проявления атеросклероза различной локализации, вопросы диагностики, лечения, профилактики. Гиполипидемические препараты.
17.	Этиология, патогенез, классификация ИБС. Основные факторы риска ИБС. Стенокардия: классификация, клиника диагностика. Вопросы лечения.
18.	Клиническая фармакология нитратов, антагонистов кальция, ИАПФ, сартанов, бета-адреноблокаторов. Антикоагулянты, тромболитики, антиагреганты в лечении ИБС.
19.	Острый коронарный синдром: нестабильная стенокардия, не Q-инфаркт миокарда: клиника, диагностика, лечение.
20.	Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, левожелудочковая недостаточность. Нарушения ритма и проводимости. Разрывы миокарда. Аневризма левого желудочка. Синдром Дресслера.
21.	Методы реваскуляризации миокарда. Тактика ведения больных после ангиопластики коронарных артерий и коронарного шунтирования.
22.	Нарушения ритма сердца: фибрилляция и трепетание предсердий. Наджелудочковые и желудочковые пароксизмальные тахикардии.
23.	Нарушения функции синусового узла. Брадиаритмии и нарушения АВ и внутрижелудочковой проводимости.
24.	Хроническая сердечная недостаточность: классификация, клиника, диагностика, лечение.
25.	Острая сердечная недостаточность: клиника, диагностика, лечение. Неотложные состояния в кардиологии
26.	Миокардиты: клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация и

	врачебно-трудовая экспертиза. Кардиомиопатии: гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная, аритмогенная дисплазия правого желудочка. Болезни перикарда
27.	Инфекционный эндокардит: клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
28.	Структура и функции почек. Лабораторные и инструментальные методы обследования в нефрологии. Мочевой синдром. Нефротический синдром. Нефритический синдром.
29.	Острый гломерулонефрит. Хронические гломерулонефриты.
30.	Острый и хронический пиелонефрит. Циститы. Диагностика и лечение инфекций мочевыводящих путей. МКБ.
31.	Острое и хроническое повреждение почек. Диагностика и лечение
32.	Основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии органов дыхания и средостения. Методы исследования в пульмонологии
33.	Внебольничные пневмонии. Нозокомиальные пневмонии.
34.	ХОБЛ. Эмфизема легких.
35.	Острое легочное сердце. Хроническое легочное сердце.
36.	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).
37.	Неотложные состояния в пульмонологии. Спонтанный пневмоторакс (диагностика, клиника, лечение). Легочные кровотечения (диагностика, клиника, лечение). РДСВ.
38.	Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Эзофагиты. Дивертикулы пищевода. Ахалазия кардии.
39.	Функциональная диспепсия. Хронические гастриты.
40.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Синдром Золлингера-Эллисона. НПВП-гастропатии.
41.	Синдром мальабсорбции. Синдром диареи. Синдром запора. Целиакия.
42.	Синдром раздраженного кишечника. Дивертикулярная болезнь. Дисбиоз кишечника.
43.	Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Уиппла.
44.	Хронические гепатиты. Аутоиммунный гепатит. Лекарственное поражение печени. Первичный билиарный цирроз печени. Первичный склерозирующий холангит.
45.	Циррозы печени.
46.	Дисфункция желчного пузыря и желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Желчекаменная болезнь. Холангиты. Постхолецистэктомический синдром.
47.	Хронический панкреатит. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы.
48.	Неотложные состояния в гастроэнтерологии. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Острая абдоминальная боль. Аппендицит. Острый панкреатит. Острая печеночная недостаточность.
49.	Организация ревматологической помощи населению. Клинические, инструментальные и лабораторные методы исследования в ревматологии. Клиническая анатомия опорно-двигательного аппарата.
50.	Ревматоидный артрит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Ювенильный ревматоидный артрит. Анкилозирующий спондилорартрит. Реактивный артрит. Псориатический артрит.
51.	Подагра. Заболевания околосуставных мягких тканей. Бурситы, энтезиопатии. Тендениты, тендовагиниты.
52.	Остеоартрит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация. Дегенеративные заболевания позвоночника. Остеохондроз. Остеопороз.
53.	Острая ревматическая лихорадка: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
54.	Приобретенные пороки сердца.
55.	Врожденные пороки сердца.

56.	Системные васкулиты.
57.	Системные заболевания соединительной ткани.
58.	Методы лечения больных ревматическими заболеваниями. НПВП. Глюкокортикоиды. Препараты цитотоксического действия. Биологические агенты в ревматологии.
59.	Анемии. Классификация, Диагностика. Методы лечения.
60.	Острые и хронические лейкозы. Классификация. Диагностические критерии. Тактика терапевта.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больная П., 39 лет, поступила с жалобами на быструю утомляемость, головную боль, снижение аппетита, тошноту, рвоту по утрам, периодические носовые кровотечения. В возрасте 15 лет перенесла острый гломерулонефрит. При обследовании выявлены повышение АД до 220/120 мм рт. ст., бледность кожи и слизистых, следы расчесов и геморрагии на коже. В анализе мочи: белок - 3,3 г/л, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты - 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения. Какой из указанных биохимических показателей позволяет наиболее точно оценить состояние больной?

- А. Креатинин сыворотки крови 0,262 ммоль/л (+)
- Б. Натрий плазмы крови 148 ммоль/л
- В. Мочевая кислота в крови 0,41 ммоль/л
- Г. Фибриноген крови 5,9 г/л

2. Больной В., 22 года, жалуется на кашель с выделением значительного количества мокроты слизистого характера, с неприятным запахом, преимущественно утром, изредка - прожилки крови в мокроте. Болеет с детства. При перкуссии в легких в нижних отделах справа - притупление легочного звука, аускультативно - разнокалиберные влажные хрипы. Ваш предположительный диагноз?

- А. Бронхоэктатическая болезнь (+)
- Б. Хронический обструктивный бронхит
- В. Бронхиальная астма
- Г. Очаговая пневмония

3. Больной А., 29 лет, спустя 2 недели после перенесенной ангины отметил отеки на лице, слабость, снижение работоспособности. Постепенно присоединились одышка, отеки нижних конечностей, поясницы. Объективно: бледность кожных покровов, тоны сердца приглушены, анасарка. АД - 160/100 мм рт. ст. Удельный вес мочи 1021, белок 5 г/л, эритроциты 20-30 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 4-6 в поле зрения. Укажите наиболее вероятный диагноз?

- А. Острый гломерулонефрит (+)
- Б. Гипертоническая болезнь
- В. Острый пиелонефрит
- Г. Вирусный миокардит

4. Больная Ч., страдающая хроническим гломерулонефритом в течение 7 лет, жалуется на прогрессирующую одышку, частые сердцебиения, тошноту, рвоту, усталость. Объективно: кожа сухая, бледная с желтушным оттенком, уремический запах изо рта, носовое кровотечение. Тахикардия, ЧСС 120 в мин., АД 170/120 мм рт. ст. ОАК: Нб 76 г/л, СОЭ 48 мм/час. Мочевина крови 52 ммоль/л, креатинин 0,378 ммоль/л. Какое осложнение хронического гломерулонефрита возникло?

- А. Сердечно - сосудистая недостаточность
- Б. Острая почечная недостаточность
- В. Хроническая почечная недостаточность (+)

Г. Гипертонический криз

5. Пациент Н., 25 лет, внезапно после приема в пищу креветок почувствовал зуд, на некоторых участках тела появились волдыри, гиперемия. Поставьте предварительный диагноз

- А. Геморрагический васкулит
- Б. Анафилактический шок
- В. Псориаз
- Г. Крапивница (+)

6. Больной Г., 63 лет, страдает сахарным диабетом, тип 2. Получает глибенкламид и метформин 1000 мг в сутки. После физической нагрузки почувствовал слабость, головокружение, одышку, незначительную боль в области сердца. АД 70/30 мм рт. ст. Пульс 110. По данным ЭКГ у больного диагностирован инфаркт миокарда с зубцом Q. Госпитализирован в инфарктное отделение. Какая сахароснижающая терапия необходима больному?

- А. Перевести на инсулинотерапию
- Б. Оставить предшествующую терапию
- В. Отменить метформин (+)
- Г. Отменить глибенкламид

7. Больная Е., 37 лет, в течение 10 лет страдает ревматоидным артритом. В течение года наблюдается высокий титр ревматоидного фактора (1:512, 1:1024), появилась сухость во рту, неприятные ощущения в глазах ("будто песок"), не может глотать сухую пищу, вынуждена запивать ее водой. Развитие какого синдрома наблюдается у больной?

- А. Синдром хронической усталости
- Б. Синдром Стилла
- В. Синдром Шегрена (+)
- Г. Синдром Фелти

8. Больной Н., 64 года, жалуется на кашель с выделением мокроты, иногда кровохарканье. Курит 30 лет. Похудел на 8 кг за последние 3 месяца. Рентгенологически в средней доле правого легкого визуализируется образование, размерами 3 см на 4 см, справа увеличены прикорневые лимфоузлы. Какое исследование наиболее целесообразно в первую очередь для уточнения диагноза?

- А. Спирография
- Б. Анализ мокроты
- В. Компьютерная томография легких (+)
- Г. Бронхоскопия

9. Больной Л., 37 лет, жалуется на сердцебиение, одышку, перебои в работе сердца, головокружение, быструю утомляемость. Считает себя больным около 2 лет. При обследовании обнаружена выраженная кардиомегалия, глухие тоны сердца, систолический шум на верхушке, признаки ХСН ст. II, ФК 4. ЭКГ: фибрилляция предсердий, блокада левой ножки пучка Гиса. При ЭхоКГ: дилатация камер сердца, снижение сократимости миокарда, ФВ 35%. Предварительный диагноз?

- А. Дилатационная кардиомиопатия (+)
- Б. Гипертрофическая кардиомиопатия
- В. Кардиомиопатия Такоцубо
- Г. Рестриктивная кардиомиопатия

10. Больной О., 28 лет, после перенесенной респираторной инфекции жалуется на боль в области сердца, сердцебиение, удушье. Объективно: пульс 92/мин, АД - 90/60 мм рт. ст. Бледный, акроцианоз, границы сердца несколько расширены вправо и влево, тоны глухие. На

ЭКГ - PQ 0,22, низкий вольтаж зубцов R. Для какого заболевания наиболее характерна такая симптоматика?

- А. Ревматический миокардит
- Б. Инфекционный эндокардит
- В. Вирусный миокардит (+)
- Г. Экссудативный перикардит

11. У больной К., 17 лет, на 18 день после перенесенной ангины появились сильные мигрирующие боли в симметричных крупных суставах. На коже груди – кольцевидная сыпь бледно-розового цвета. Т. тела 38,0°C. Пульс 100/мин., удовлетворительных свойств. Нежный систолический шум на верхушке сердца. Лейкоциты - $10,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 22 мм/час, С - реактивный белок (+++). На ЭКГ P - Q = 0,24. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Ревматоидный артрит
- Б. Острая ревматическая лихорадка (+)
- В. Реактивный артрит
- Г. Гонококковый артрит

12. Больной Л., 46 лет, на протяжении 5 лет лечится по поводу гипертонической болезни. Отец болен сахарным диабетом. Объективно: рост 170 см. Вес 106 кг. Пульс 72 уд в мин., АД-190/110 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под реберного края. Сахар крови натощак 5,4 ммоль/л. Каковы меры первичной профилактики сахарного диабета у данного больного?

- А. Назначить вегови
- Б. Коррекция АГ, нормализовать ИМТ (+)
- В. Назначить метформин + семаглутид
- Г. Назначить гепатопротекторы

13. У больной Т., 30 лет, через 1,5 недели после заболевания ОРВИ возникли боли в области сердца, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца. Объективно: акроцианоз, АД- 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 96 в мин. Тоны сердца глухие, на верхушке небольшой систолический шум. ЭКГ: ритм синусовый, нерегулярный, полная блокада ЛНПГ, желудочковые экстрасистолы. В крови эозинофилия. Ваш предварительный диагноз?

- А. Вирусный миокардит (+)
- Б. Перикардит
- В. Инфекционный эндокардит
- Г. Острая ревматическая лихорадка

14. У больного Щ., 72 лет, жалобы на кашель с выделением большого количества мокроты, одышку при ходьбе, слабость. В анамнезе - около 20 лет ХОБЛ. При осмотре - пальцы в виде «барабанных палочек». Пульс 120 в мин. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. В легких жесткое дыхание, выдох удлинен, большое количество сухих хрипов, больше на выдохе. Какие изменения на ЭКГ наиболее характерны для данного больного?

- А. Гипертрофия левого желудочка
- Б. Гипертрофия левого предсердия
- В. Гипертрофия правого желудочка (+)
- Г. Блокада левой ножки пучка Гиса

15. Больная Э., 36 лет, заболела остро, повысилась температура до 38,5⁰ С, появился озноб, тупые боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание. Объективно: отмечается напряжение мышц поясничного отдела, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Общий ан. крови: лейкоц 20,0 $\times 10^9$ /л, нейтрофилез. В ан. мочи: белок 0,8 г/л,

лейкоциты - все поле зрения, бактериурия $2,5 \times 10^6$ микробных тел в 1 мл мочи. Ваш предварительный диагноз:

- А. Мочекаменная болезнь
- Б. Острый гломерулонефрит
- В. Острый цистит
- Г. Острый пиелонефрит (+)

16. Больная М., 35-ти лет, жалуется на боли, утреннюю скованность более 30 минут в суставах кистей, челюстных суставах, суставах нижних конечностей. Болеет 2 года. Объективно: отек проксимальных межфаланговых суставов кистей, ограниченность движений в суставах кистей. Какое обследование необходимо провести больной в первую очередь для уточнения диагноза?

- А. Антицитруллиновые АТ
- Б. Общий анализ крови
- В. Рентгенография кистей рук (+)
- Г. Антитела к нативной ДНК

17. Больной Л., 69 лет, болеет ХОБЛ в течение 30 лет. За последние 10 лет возросло количество обострений, появилась одышка в покое, которая усиливается при физической нагрузке, АД 145/90 мм рт. ст. Аускультативно - деятельность сердца ритмичная, акцент второго тона над легочной артерией. ЭКГ: ритм синусовый, электрическая ось отклонена вправо, Р II – III амплитудой 4 мм, остроконечный, депрессия сегмента S – Т и отрицательный неравнобедренный зубец Т II - III, AVF, V1-V2 . Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А. Хроническое легочное сердце (+)
- Б. Миокардит
- В. Гипертоническое сердце
- Г. ИБС, постинфарктный кардиосклероз

18. Больной М., 55 лет, отмечает одышку при небольшой физической нагрузке и в покое, отеки голеней к вечеру. Пульс 90 в мин., ритмичный, АД 130 /90 мм рт. ст. 1 тон ослаблен на верхушке, II тон акцентуирован на легочной артерии. При ультразвуковом исследовании: КДО 140 мл, КСО 55 мл, фракция выброса 37%, левое предсердие - 39 мм. Оцените патологические изменения со стороны сердца?

- А. Систолическая дисфункция левого желудочка (+)
- Б. Диастолическая дисфункция левого желудочка
- В. Смешанная дисфункция левого желудочка
- Г. Гипертрофия левого желудочка

19. Пациент У., 48-ми лет, жалуется на постоянную одышку, кашель с небольшим количеством мокроты желто - зеленого цвета. При обследовании установлен диагноз ХОБЛ, группа Е, обострение. Какие препараты необходимо назначить в качестве базисной терапии, кроме:

- А. Муколитики (+)
- Б. Антибиотики
- В. В Глюкокортикоиды
- Г. В-2 - агонисты

20. Больной Т., 35 лет, в течение 5 лет жалуется на головокружение, боль сдавливающего характера в области сердца, одышку при физической нагрузке. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка, глубокий отрицательный зубец Т в V3-V 6, депрессия ST на 2-3 мм в V3- V 6. ЭХОКГ: межжелудочковая перегородка 1,7 см, гипокинетична. Какой предварительный диагноз?

- А. ИБС, острый инфаркт миокарда
- Б. Гипертоническая болезнь.
- В. Гипертрофическая кардиомиопатия (+)
- Г. Дилатационная кардиомиопатия

21. На приеме в поликлинике у больного был обнаружен протодиастолический шум с эпицентром над проекцией аорты, ослабление I и II тона. Левая граница сердца смещена влево, отмечается высокий, резистентный верхушечный толчок, смещенный в VI межреберье. АД - 140/30 мм рт. ст. Пульс - 92 в мин., резистентный, высокий по амплитуде. О каком пороке сердца можно думать?

- А. Стеноз устья аорты
- Б. Недостаточность аортального клапана (+)
- В. Дефект межпредсердной перегородки
- Г. Недостаточность митрального клапана

22. Больная С., 37 лет, жалуется на резкую боль, возникшую внезапно в правом подреберье, а затем быстро распространившуюся на весь живот. Живот втянут, пальпация его болезненна, симптом Блюмберга-Щеткина положительный. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости, выполненной в вертикальном положении больной, определяется серповидное просветление под куполом диафрагмы. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Перфорация язвы желудка (+)
- Б. Острый холецистит
- В. Острый аппендицит
- Г. Острая кишечная непроходимость

23. Больной Ф., 57 лет, с ожирением 3 ст., два месяца назад установлен диагноз сахарного диабета. Эндокринологом были рекомендованы низкокалорийная диета и дозированные физические нагрузки. Уровень гликемии натощак 9,2 ммоль/л. Какой сахароснижающий препарат целесообразно рекомендовать больной?

- А. Лираглутид (+)
- Б. Глибенкламид
- В. Инсулин
- Г. Репаглинид

24. Больной А., 54 лет, жалуется на утомляемость, слабость, отеки на лице, зябкость, сонливость. Болеет в течение 3 лет. Объективно: рост 160 см, вес 94 кг, лицо пастозно, кожа сухая, волосы редкие, пульс 60 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Щитовидная железа плотная, подвижная, безболезненная. ТТГ: 25 мкМЕ/мл., Свободный Т4: 6 пмоль/л, свободный Т3: 2,5 пмоль/л. Какие препараты нужно использовать для коррекции функции щитовидной железы в данном случае?

- А. Преднизолон
- Б. Мерказолил
- В. Б-адреноблокаторы
- Г. Тироксин (+)

25. У больной Х., 34 лет, отмечается одышка, сердцебиение, потливость, утомляемость, тремор конечностей, бессонница, раздражительность и плаксивость. За последний месяц похудела на 10 кг. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, ЧСС 106 в минуту. Каким фактором обусловлены, более вероятно, эти изменения:

- А. Воспалительным заболеванием миокарда
- Б. Нейроциркуляторной дистонией
- В. Токсическим действием на миокард избытка тиреоидных гормонов (+)

Г. ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом

26. Больной Ф., 68 лет, страдает хроническим гломерулонефритом в течение 35 лет. В течение последнего года жалуется на инспираторную одышку при физической нагрузке, сердцебиение, периодическую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость. Объективно: бледность кожи. Пульс 104/мин, ритмичный, напряженный. АД 190/110 мм рт. ст., левая граница сердца на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, над верхушкой 1-й тон сердца ослаблен, систолический шум, акцент II тона над аортой. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца влево. Общ. анализ крови: Hb - 76 г/л, креатинин 1,1 ммоль/л. Относительная плотность мочи 1012. Каков наиболее вероятный генез АГ у больного?

- А. Эссенциальная
- Б. Ренопаренхиматозная (+)
- В. Гемодинамическая
- Г. Реноваскулярная

27. У больного Л., 35 лет, во время поднятия тяжести появилась резкая боль в левой половине грудной клетки. Ухудшение состояния прогрессировало, выросла одышка, слабость, головокружение. При объективном исследовании: перкуторно слева тимпанит, аускультативно - дыхание отсутствует. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Инфаркт миокарда
- Б. Тромбоэмболия легочной артерии
- В. Пневмоторакс (+)
- Г. Миозит

28. Больной К., предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, ноющие боли в области сердца сердцебиение. Аускультативно: на верхушке - усилен I тон, дополнительный тон в диастоле, мезодиастолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс - 78 уд/мин. Ваш предварительный диагноз?

- А. Митральный стеноз (+)
- Б. Недостаточность митрального клапана
- В. Стеноз устья аорты
- Г. Недостаточность аортального клапана

29. Больной Я., 45 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли в правом боку, иррадиирующие в правое бедро и промежность. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию, мочу цвета мясных помоев. Подобное состояние описывает впервые. Положительный симптом Пастернацкого справа. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

- А. Мочекаменная болезнь, почечная колика (+)
- Б. Острый аппендицит
- В. Острый пиелонефрит
- Г. Острый холецистит

30. Больной Ю., 48 лет, жалуется на боль в коленных и лучезапястных суставах. Болеет 6 лет. Объективно: деформация и болезненность межфаланговых суставов, при сгибании хруст и болезненность в коленных суставах. В крови: лейкоциты - $8,2 \times 10^9$, СОЭ - 14 мм/час. На рентгенограмме коленных суставов - сужение суставной щели, узур, околосуставной остеопороз. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Ревматоидный артрит (+)
- Б. Подагрическая артропатия
- В. Деформирующий остеоартроз
- Г. Реактивный артрит

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больная Д., 28 лет. Жалобы: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство скованности в них, общую слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Заболела остро 3 мес. назад, когда появились боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство скованности в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38°C. Проводилось лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильной. Объективно: температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 17/мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, небольшой систолический шум на верхушке. Пульс – 100 уд/мин, ритмичный. АД – 120/ 70 мм рт. ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. В анализах крови: Нб – 66 г/л, ЦП – 0,80, Л – 2,9 тыс., Тр – 112 тыс., СОЭ – 59 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, слабо отрицательные зубцы Т в I, III, aVF, V3-V5 отведениях.

Вопросы:

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

2. Больной Д., 28 лет, жалуется на боль за грудиной и отрыжку кислым, которые возникают после приема томатного сока, цитрусов, газированных напитков, реже имеет место отрыжка воздухом, иногда вздутия живота, неустойчивый стул. Об-но: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Кожа и слизистые обычного цвета. АД 110/ 70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС 78 в мин., мелодия без особенностей. Живот мягкий, в эпигастрии умеренно болезненный, печень и селезенка не увеличены. Анализы крови и мочи без патологии.

Вопросы:

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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

Зав. кафедрой терапии
им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО,
к.м.н., доцент



(подпись)

Г.Г. Тарадин