

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Кемеровский государственный медицинский университет»  
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ:**

Проректор по учебной работе  
д.м.н., проф. / Е.В. Коськина  
«» 2022 г.

### **ЗАДАЧИ ПО ТЕРАПИИ**

Государственная итоговая аттестация  
Направление подготовки (специальность)  
**31.05.01 «Лечебное дело»**  
Квалификация (степень) выпускника  
**Врач общей практики**  
Форма обучения  
**Очная**  
Нормативный срок освоения ООП  
**6 лет**

Утверждено на Совете лечебного факультета  
Протокол № от «» 2022г.

Председатель Совета лечебного факультета  
профессор Леванова Л.А.

Председатель ФМК лечебного факультета  
доцент Шатрова Н.В.

Кемерово, 2022

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 1**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Женщина А., 38 лет, доставлена в инфекционную больницу в тяжелом состоянии, с резко выраженной желтухой.

**Анамнез заболевания:** Известно, что пациентка в течение двух недель отмечает общую слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боль в мышцах, суставах рук и ног, постоянное подташнивание, аппетит снижен. В последние два дня потемнела моча, появилась головная боль и головокружение. Температура не повышалась. Обратилась к участковому врачу через 5 дней от начала заболевания, где её плохое самочувствие объяснили переутомлением, и больная продолжала работать. На 14-ый день болезни в связи с появлением желтухи, ухудшением самочувствия, с появлением головокружения и сильной слабости родственники вызвали «скорую помощь».

При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия.

**Объективно:** состояние тяжелое, вяла, заторможена, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, повторная рвота, дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,8°C. Кожа и склеры интенсивно желтушны. Геморрагии на коже и слизистых. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, 110 уд/мин. АД – 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка вздут, пальпация живота слабо болезненная во всех отделах. Печень пальпируется у реберной дуги, мягкая, верхний ее край на уровне VII ребра. Селезенка не пальпируется. Корнеальные рефлексы сохранены. Моча цвета пива, кал светло-желтого цвета.

**При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:**

ОАК: Нв 115 г/л, СОЭ 28 мм/час, Эр  $3,7 \times 10^{12}$ /л, L  $3,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-1%, с/я-44%, Лимф-47%, М-6%.

ОАМ: уд вес 1021, L единичные в п/зр, обнаружены желчные пигменты.

Б/химия крови: общий белок 61 г/л, альбумины 43% (N более 55%), альфа2 – глобулины 14% (норма до 10,9%)

общий билирубин 380, прямой билирубин 250 мкмоль/л, холестерин 5,1 ммоль/л, АЛТ 1200 u/L, АСТ 940 u/L, ЩФ 178 u/L, ПТИ 52%, фибриноген 2,8 г/л, ГГТП 308 u/L.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 2**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной А., 49 лет, частный предприниматель, заболел постепенно 1,5 недели назад. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли разлитой и сильной, снижения аппетита. Температура постепенно нарастала, стала сопровождаться познабливанием, появились сухой кашель, затем вздутие живота и запоры. Обратился в поликлинику, где заподозрено ОРВИ, назначены жаропонижающие, однако температура продолжала нарастать и к концу 1 недели заболевания достигла 39-40°C, нарастала слабость, аппетит исчез, появились боли в животе. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения госпитализирован в стационар. В день госпитализации на коже появилась сыпь.

**Анамнез заболевания:** Накануне заболевания был на пикнике, употреблял в пищу разогретые на костре блюда, речную рыбу, некипяченое молоко. Для чая использовал воду из естественного водоема.

**Объективно:** Общее состояние тяжелое, температура 39,7°C, больной несколько заторможен. На коже груди и живота определяется скудная розеолезная сыпь, при надавливании – бледнеет. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы, мягкие, подвижные. В легких дыхание везикулярное, с жестким оттенком. Сердце - границы в норме, ЧСС 64 уд в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, соотношение их не нарушено. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области, пальпируются вздутые петли толстой и тонкой кишки. Печень выступает из подреберья на 4-5 см, край закруглен, ровный, умеренно болезненный. Четко пальпируется нижний полюс селезенки. Периферических отеков нет.

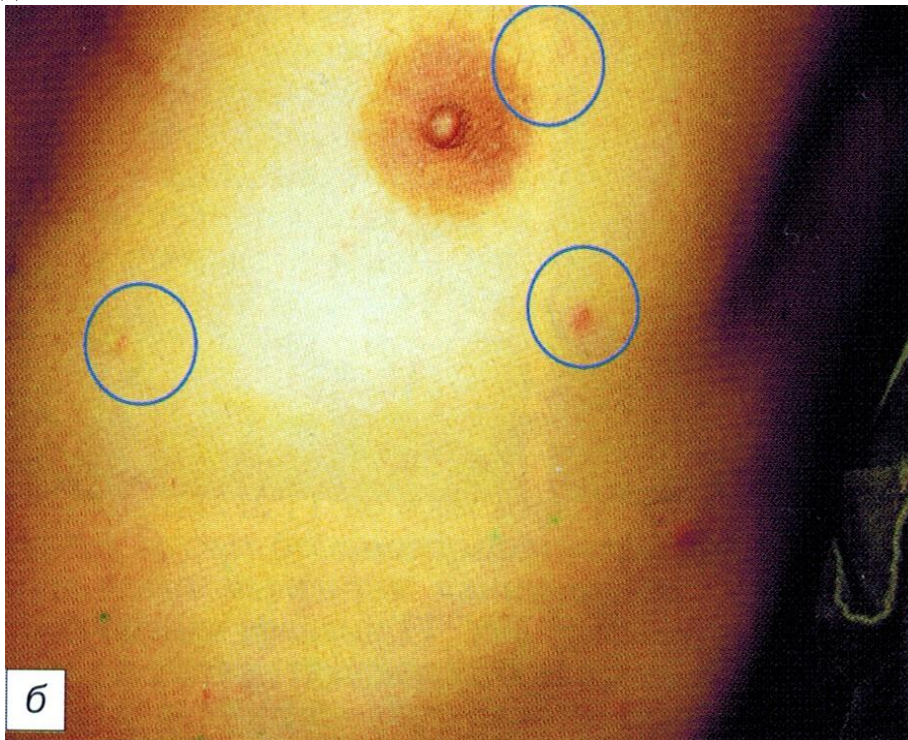
**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. ОАК- СОЭ 20 мм/час, Эр  $3,4 \times 10^{12}/л$ , НЬ 122 г/л, L  $3,0 \times 10^9/л$ , э-0%, п/я-10%, с/я-39%, лимф-49%, м-2%.
2. ОАМ - уд вес 1023, белок 1,8 г/л, L ед в препарате.
3. Б/х крови: общий белок 67 г/л, альбумины 43% (N более 55%), глобулины: альфа1 -4,7% (2,2 – 4,2), альфа2- 9,3% (7,9 – 10,9), бета -14,0% (10,2 – 18,3), гамма -29,0% (17,6 – 25,4).
4. Посев крови на стерильность дважды - отрицательно.
5. Реакция Видalia - титр в день госпитализации 1:200, через 2 дня титр 1:800

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



КТ брюшной полости. Определите наличие патологии на снимке.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 3**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., 19 лет 20.04 доставлен в приемное отделение инфекционной больницы с жалобами на лихорадку 39-40<sup>0</sup>С, головную боль, боль в горле, жидкий стул, сыпь на туловище и конечностях.

**Анамнез заболевания:** Заболел 5 дней назад, повышение температуры тела сопровождалось ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и крупных суставах. На 2-й день была однократная рвота, жидкий стул без патологических примесей до 4-х раз- в сутки, периодически беспокоят несильные боли в животе. Боль и першение в горле появились к концу первого дня. Сыпь появилась на 4-й день, сначала на туловище – через несколько часов на верхних и нижних конечностях, умеренно зудящая.

Проживает в частном доме с родителями. Употребляет сырую воду. Имеется приусадебный участок, погреб, подсобное хозяйство. В доме есть грызуны.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Т тела 39,2<sup>0</sup>С. Лицо больного гиперемировано, одутловато, гиперемия и отечность ладоней и стоп. На коже туловища и конечностей – обильная розовая пятнисто-папулезная сыпь, сгущающаяся в естественных складках и вокруг суставов. Наблюдается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, небных миндалин, миндалины гипертрофированы до 1 степени, налетов нет. Язык ярко-красный, с гипертрофированными сосочками, без налета. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Менингеальные знаки отрицательны.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. ОАК-СОЭ 25 мм/час, Эр  $3,8 \times 10^{12}/л$ , НБ 142 г/л, L  $12,0 \times 10^9/л$ , э-6%, п/я-11%, с/я-61%, лимф-20%, м-2%.

2. Посев кала: возбудители УПФ, дизентерии, тифо-паратифов не выделены.

3. Б/х крови: общий белок 68 г/л, альбумины 57% (N более 55%), глобулины: альфа1-4,2% (2,2-4,2) , альфа2 - 8,3% (7,9-10,9), гамма - 20,0% (17,6-25,4). Общий билирубин 17 мкмоль/л, АЛТ – 86 Ед/л, АСТ 44 Ед/л, ГГТ – 78 Ед/л.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 4**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Д., 52 лет, плотник. Заболел остро, появилась нарастающая слабость, головная боль, стала повышаться температура тела до 38<sup>0</sup>С, с ознобом, появились тупые боли в животе, которые на следующий день локализовались в подвздошных областях, больше слева, температура нарастала до 38,7-38,8<sup>0</sup>С. Стул кашицеобразный, учащенный в первые сутки, носил каловый характер, в последующем присоединилась слизь и на третьи сутки появились прожилки крови. На протяжении первых трех суток пребывания в стационаре стул нарастал в частоте до 15-25 раз, уменьшался в объеме, на третий день состоял в основном из слизи с прожилками крови. Появились тенезмы с отделением небольшого количества слизи с кровью. Пациент стал отмечать боли в заднем проходе с иррадиацией в крестец.

**Объективно:** пациент адинамичен, температура тела 39<sup>0</sup>С, кожные покровы бледные, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, частотой 115 в минуту. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, суховат. Пальпация живота резко болезненная в левой подвздошной области, там же пальпируется спазмированная кишка. Перитонеальные знаки отрицательные. При осмотре перианальной области анус зияет, определяется выпячивающийся валик гиперемированной полнокровной слизистой с концентрическими складками. Определяется переход слизистой в кожу заднего прохода.

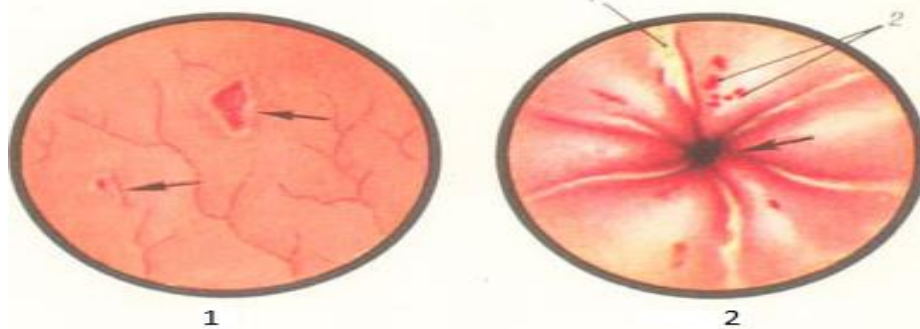
Из эпидемиологического анамнеза: за 2 дня до болезни был в кафе с другом, употреблял в пищу пирожки с мясной начинкой. У друга похожее заболевание.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. Общий анализ крови – СОЭ 18 мм/ч; эр 3,6 x 10<sup>12</sup>/л; лейкоцитов 14,4 x 10<sup>9</sup>/л; э-2%, п-8%, с-76%, л-12%, м-2%.

2. Копрограмма – эритроциты 10-12 в поле/зрения, лейкоциты сплошь, слизь – большое количество.

3. При проведении ректороманоскопии – обнаружены отёк и гиперемия слизистой, множественные эрозии и язвы в прямой и сигмовидной кишке, подслизистые кровоизлияния.





Данные ректороманоскопии:

На рисунке 1 отображена слизистая обложка сигмовидной кишки. Стрелками указаны изменения. Какие?

На рисунке 2 стрелкой отмечено заднепроходное отверстие. Цифрой 1 обозначено скопление гноя. Что обозначено цифрой 2 на фоне гиперемированной слизистой?

Дайте заключение.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 5**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная В., 42 лет, поступила в клинику на 16-й день болезни по поводу лихорадки неясной этиологии с жалобами на приступообразные подъемы температуры, ознобы, потливость, нарастающую слабость.

**Анамнез заболевания:** Заболевание началось с небольшого озноба, повышения температуры до  $37,6^{\circ}\text{C}$ . На следующий день температура снизилась до  $37^{\circ}\text{C}$ , была небольшая слабость, ломота в теле. К вечеру следующего дня появился потрясающий озноб и головная боль, температура повысилась до  $40^{\circ}\text{C}$ . Через несколько часов температура упала до нормы, ее падение сопровождалось проливной потливостью. В дальнейшем приступы трижды повторялись с интервалами в один день. В связи с этим обратилась в поликлинику, где диагностирован осложненный грипп, назначены антибиотики, после чего приступы прекратились. Через месяц снова повысилась температура тела до  $39^{\circ}\text{C}$ , ее повышение сопровождалось ознобом, подобные приступы повторялись ежедневно. Направлена в местную больницу на стационарное обследование.

Из анамнеза установлено, что последние два года жила с семьей в Пакистане, возвратилась за месяц до болезни.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 86 удар в мин, удовлетворительного наполнения. АД 115/75 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, плотно-эластичная, умеренно чувствительная при пальпации. Четко пальпируется нижний полюс селезенки на 3 см ниже реберной дуги слева.

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

Нв-100 г/л, лейко-  $2,9 \times 10^9/\text{л}$ , э-0%, п/я-12%, с/я-31%, лимф.-34%, мон.-23%, СОЭ-33мм/ч. Билирубин общий - 35 мкмоль/л; непрямого билирубин - 30 мкмоль/л.

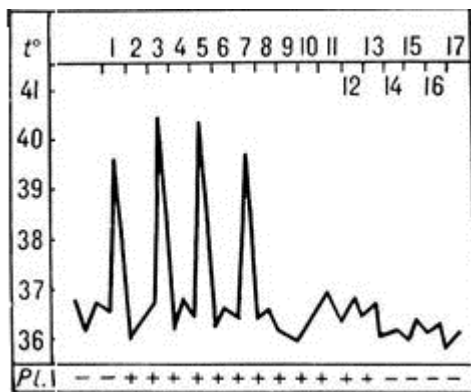
Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

КТ брюшной полости



Температурная кривая



1. Для каких заболеваний характерна подобная температурная кривая?
2. Какие изменения определяются на КТ?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 6**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Ф., 41 год предъявляет жалобы на слабость, снижение работоспособности, непродуктивный сон, апатию, периодически поташнивание, снижение аппетита, плохо переносит жирную пищу, отвращение к запаху табачного дыма. Похудел за год на 10 кг., отмечает периодически вздутие живота до резко выраженного, сопровождающееся болью и одышкой. Стул иногда с примесью крови, ежедневный. Отмечает отёки на нижних конечностях до середины голени, снижение диуреза с увеличением размеров живота, периодически носовые кровотечения, повышение температуры до 37,5, а также желтуху, тёмную мочу.

Считает себя больным 2 года, когда впервые появились тяжесть в животе, особенно после погрешности в питании, метеоризм, вздутие, субфебрилитет к вечеру. Указанные симптомы нарастали, отметил снижение диуреза и расширение вен на боковых поверхностях живота. Полгода тому назад начал отмечать появление крови на туалетной бумаге после дефекации. За 2 месяца до госпитализации стала нарастать желтуха, моча потемнела.

Из анамнеза жизни: находился в местах лишения свободы, после освобождения занимался бизнесом. Злоупотребляет алкоголем: по 0,5 л. водки 3 – 4 раза в неделю. Питание нерегулярное, несбалансированное. На учёте у нарколога по поводу хронического алкоголизма не состоит.

Объективно: сознание ясное, рост 180 см., вес 90 кг. ИМТ 27. Желтушность кожи и склер, сосудистые звёздочки на верхней половине тела, печёночные ладони. Выражены вены на передней и боковой поверхности живота, перкуторно небольшое количество жидкости в брюшной полости, пальпируется нижний полюс селезёнки. Печень выступает на 2 см. из под рёберной дуги эластичная, умеренно чувствительная. Верхняя граница печени в 5 межреберье.

Дополнительные методы обследования:

1.ОАК: гемоглобин 65 г/л, эритроциты  $2,4 \cdot 10^{12}/л.$ , тромбоциты  $52,8 \cdot 10^9/л.$ , лейкоциты  $3,0 \cdot 10^9/л.$ , СОЭ 14 мм/ч.,

2.Общий анализ мочи: удельный вес 1016. Обнаружены желчные пигменты.

3. Б/х крови: общий белок 81 г/л; альбумины 31,50 г/л, гамма-глобулины 39,9%.

билирубин общий 63,3 мкмоль/л, связанный 42,2, свободный 21,1 мкмоль/л., глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин 2,4 ммоль/л., АЛТ- 34,4 (норма 4-42 U/L); АСТ 72,3U/L (5-37 U/L); ЩФ 122 U/L (норма 64- 306 U/L), ГГТП 118 U/L , (норма 7 - 64 U/L, ПТИ 59 %;

4. УЗИ печени: КВР правой доли печени 166 (норма до 150), левая 115 (норма до 70), контуры неровные, структура неоднородная. Площадь селезёнки 85см<sup>2</sup>. Воротная вена 16 мм. (норма до 13), селезёночная вена 12мм. (норма до 8). Свободная жидкость не определяется.

5.Маркеры вирусных гепатитов В,С,D отрицательные.  
 Выполнена ФЭГДС результаты представлены на снимке.

## эзофагоскопия



Определите патологические изменения в пищеводе на представленной иллюстрации?

**Тест на цифровую последовательность**

ИО \_\_\_\_\_  
 дата \_\_\_\_\_

Время выполнения теста (сек) \_\_\_\_\_

*Гареев Сергей Николаевич*  
 Образец почерка (имя отчество)

Время сек	Стадия энцефалопатии
<40	нет
40-50	Латентная
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	III
>150	IV

Схема применения Гала-Мерц

Оцените результат теста связи чисел?

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 7**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Д., 15 лет обратился к врачу в связи с желтушностью кожи и склер, появлением слабости, повышенной утомляемости, горечи во рту, подташнивания, снижения аппетита и неприятных ощущений в эпигастрии и правом подреберье. Указанные симптомы появились после тренировок (занимается баскетболом).

Считает себя больным с 12 лет, когда впервые после работы на дачном участке и большом перерыве между приемом пищи отметил появление слабости, выраженной усталости. Мать пациента заметила легкую желтушность склер, которая исчезла через 2 дня. При обследовании в поликлинике печеночные пробы в норме, маркеров вирусов гепатитов А, В, С, Д не выявлено, УЗИ в норме. При ЭГДС выявлен гастрит (умеренная очаговая гиперемия в антр. отделе желудка), принимал антациды и обволакивающие средства. В дальнейшем подобные состояния повторялись и провоцировались тренировками, голоданием, психоэмоциональным стрессом. Кроме желтушности склер появилась легкая желтушность кожи, присоединились диспепсические явления и ощущение тяжести в эпигастрии и правом подреберье. В связи с неэффективностью проводимой терапии при очередном обострении направлен в стационар.

Родился в срок, 3,5 кг с умеренной желтухой, которая исчезла к концу 1 недели жизни. Рос и развивался нормально, учился хорошо. Перенес корь, ветряную оспу, псевдотуберкулез. Простудные заболевания 1 раз в 2 года.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, «печеночные ладони» и сосудистые звездочки отсутствуют. Кожа и склеры слегка желтушные. Легкие и сердце – б/о. Язык влажный, у корня умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из подреберья на 1,5-2 см, край острый, ровный, поверхность гладкая, эластичная, пальпаторно болезненности не отмечает. Пузырные симптомы сомнительны. Других изменений не выявлено.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 8 мм/ч, Эр  $3,9 \times 10^{12}$ , Л  $6,8 \times 10^9$ , эоз 5%, п/я 0%, с/я 72%, лимф. 21%, мон. 2%.

2. Б/х крови: общий белок 68 г/л, альбум 56%, глоб :  $\alpha_1$  4,  $\alpha_2$  9,  $\beta$  12,  $\gamma$  19, билирубин общий 43, прямой 4, непрямой 39 мкмоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 17U/L (5-37 U/L); , ПТИ 82%, фибриноген 2,2 г/л.

3. Маркеры вирусов гепатитов В, С, Д (ИФА и ПЦР) отрицательны.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 8**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной А., 21 г., студент технического вуза поступил в клинику с жалобами на: общую слабость, быструю утомляемость, для усвоения учебного материала требовалось больше времени, возникла потребность в дневном отдыхе, затруднение речи и письма, периодически тремор кистей.

Во время учебы в школе зарегистрировано увеличение АЛТ, АСТ до 2-3 норм, однако характер этих изменений выявлен не был. В дальнейшем изменилась речь: стала замедленной, монотонной; изменился почерк (буквы стали более вытянутыми в длину, остроконечные), с трудом записывал материал лекций, однако память и внимание были сохранены, зачёты сдавал в срок с положительными оценками. В дальнейшем возникла потребность в отдыхе в среднем через 2-3 ч занятий, стала нарастать слабость, стал появляться тремор кистей.

В детстве частые простудные заболевания. Алкоголь употребляет редко в небольшом количестве; три года тому назад курил по 5-6 сигарет в день, бросил два года тому назад. В семье родители здоровы, дед и бабушка по материнской линии страдают АГ, по отцовской линии - сведений не имеет.

**Объективно:** состояние средней тяжести, положение активное, ориентирован во времени, пространстве и действии. Речь медленная, временами смазанная, при волнении паузы афазии до нескольких минут. Лицо амимичное, мелкий тремор рук. Легкая желтушность склер. Печёночные знаки отсутствуют, печень увеличена, выступает из подреберья на 3-4 см, плотно эластической консистенции, край острый ровный. По другим органам без особенностей.

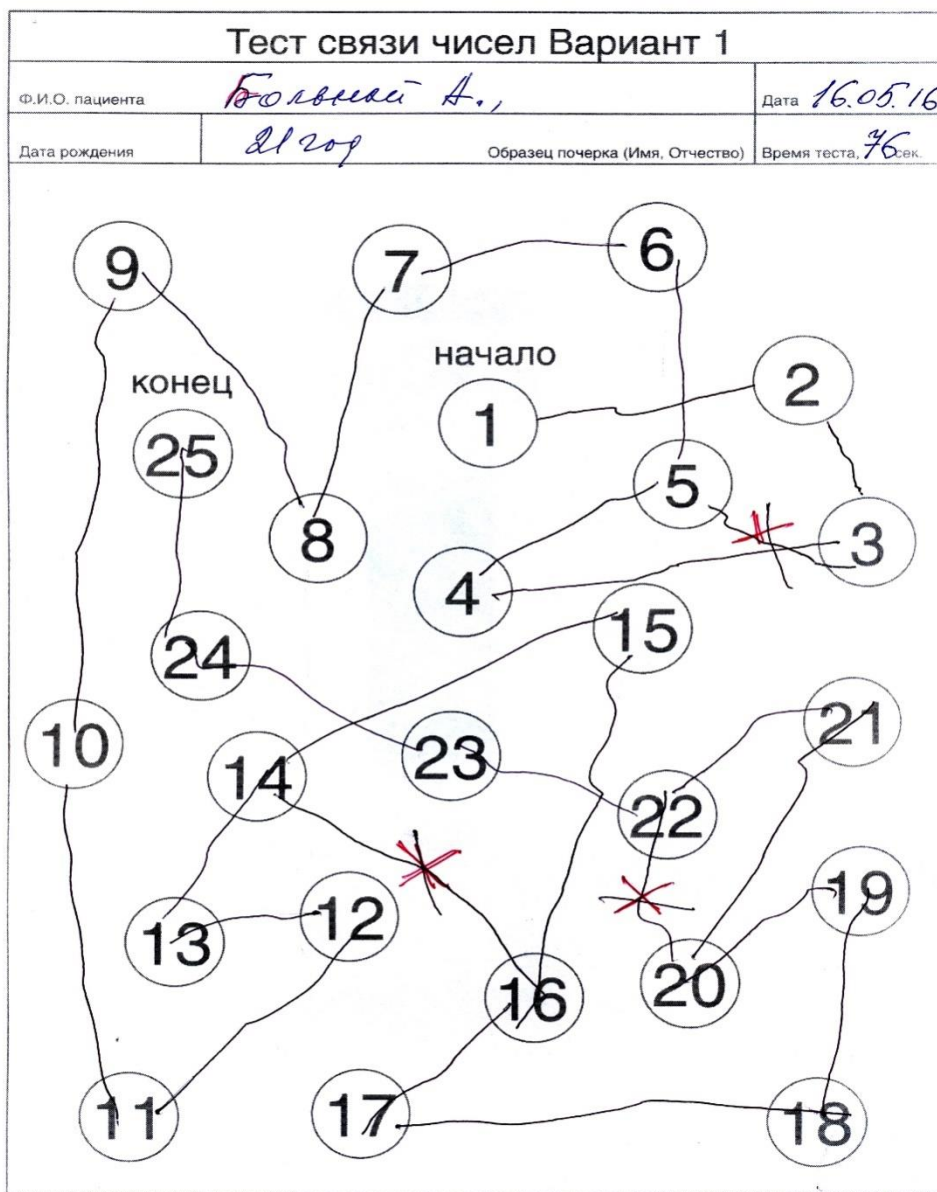
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 117 г/л, Эр.  $3,39 \times 10^{12}$ , Л  $3,92 \times 10^9$ ; тромбоц.  $160 \times 10^9$ .
2. Б/х крови: общий белок 60 г/л; альбум. 48%, глобул:  $\alpha_1$  3,1%,  $\alpha_2$  6,0%,  $\beta$  10,4%,  $\gamma$  37,5%, АЛТ 390 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 412 U/L (5-37 U/L); сыворот. железо 32 мкмоль/л (N 10,6-28,3), сыворот. медь 8 мкмоль/л (N 11-24), билирубин общий 68 мкмоль/л, прямой 29 мкмоль/л, непрямой 39 мкмоль/л, ЩФ 420 (N 64-306) U/L, ПТИ 80%; фибриноген 2,3 г/л.
3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отриц.
4. УЗИ ОБП: печень увеличена КВР 170 (N до 150), край ровный, паренхима однородная, эхогенность снижена. Площадь селезенки  $50 \text{ см}^2$ ; воротная вена 12 мм; селезеночная – 8 мм.
5. ЭГДС: слизистая пищевода в норме, в антральном отделе желудка очаги отёка и гиперемии.

6. Осмотр окулиста щелевой лампой: на верхнем полюсе роговицы имеется участок зеленовато-коричневого цвета.  
 7. Тест связи чисел прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 9**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Т., 23 года. Около года назад почувствовала слабость, стала повышаться температура до 37,6, появилась сыпь на туловище и нижних конечностях.

Обследовалась и лечилась у аллерголога, эффекта от лечения не было. В последующем появились боли в суставах ног, отек, гиперемия и гипертермия кожи над суставами. Диагностирован артрит, по поводу чего принимала диклофенак с удовлетворительным эффектом. В дальнейшем стала отмечать снижение аппетита, горечь во рту, периодически потемнение мочи. В последние 3 месяца появилась кровоточивость десен при чистке зубов. Особенно ухудшилось состояние в течение последнего месяца: появилась температура до 38-39, желтушность кожи, носовые кровотечения, усилились проявления артрита. Проводимое лечение индометацином, антибиотиками, физиотерапевтическими процедурами эффекта не имело. Переливание крови в анамнезе отсутствует. Алкоголь не употребляет.

**Объективно:** Состояние ближе к тяжелому, температура 38,7, кожа желтушная, склеры желтые. Коленные, голеностопные, локтевые и лучезапястные суставы отечны, кожа над ними гиперемирована, движения в суставах резко болезненны и ограничены. На коже нижних конечностей сыпь геморрагического характера. В легких изменений нет. Сердце – тоны ритмичные, 100 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот обычных размеров, болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 10 см, край острый, ровный, поверхность гладкая, умеренно болезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 48 мм/час, лейкоц.  $15,3 \times 10^9$ /л, эр.  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 93 г/л, Э – 5%, П – 11%, С – 77%, Л – 6%, М – 1%, тромб.  $128 \times 10^9$ /л, ретикулоциты 8%.

2. Б/х крови: общий белок 77 г/л, альб. 42%, глобулины:  $\alpha_1$  – 2%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 6%,  $\gamma$  – 36%. глюкоза 4,55 ммоль/л., общий билирубин 322 мкмоль/л, прямой 202 мкмоль/л, непрямой 120 мкмоль/л, АЛТ 460 U/L (N4-42 U/L); АСТ 390 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 310 (N 64-306) U/L, мочевины 8,1 ммоль/л., креатинин 0,14 ммоль/л., ПТИ 65%, фибриноген 1,9 г/л.

3. Вирусологическое исследование: ИФА, ПЦР на вирусы В, С, Д – отриц. Антитела АНА титр 1:200; АМА – отрицательные.

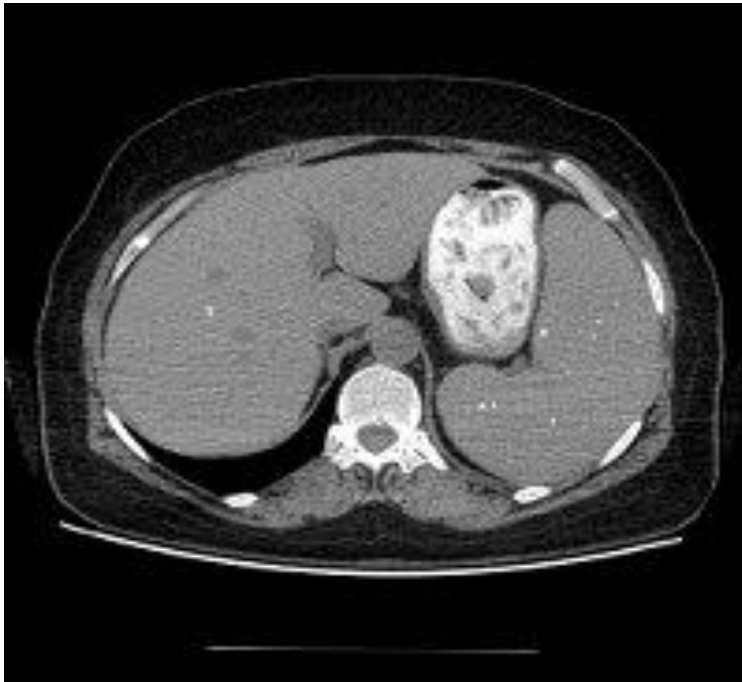
**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

**КТ ОБП:** оцените состояние печени и селезёнки.



Гистологическое исследование. На снимке изображены дольки и портальные поля. Портальные поля имеют более тёмную окраску, дольки более светлые. Оцените состояние портального поля (инфильтрация?, проникновение инфильтрата в дольку)?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 10**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К. 24 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С, боль в горле, заложенность носа, снижение аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболел остро 11 дней назад, когда появился озноб, температура тела повысилась до 38<sup>0</sup>С. Принимал жаропонижающие средства, температура кратковременно снижалась. В последующие дни состояние не улучшалось, самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановую 7 дней – без эффекта.

**Объективно:** При осмотре в поликлинике состояние средней степени тяжести. Температура тела – 39,6<sup>0</sup>С. Кожа влажная, на коже конечностей и туловища пятнисто-папулезная сыпь. Увеличены заднешейные, затылочные, переднешейные, надключичные, подключичные и подмышечные лимфатические узлы до 1,0х1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отмечается отек слизистой оболочки носа. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до первой степени. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс – 98 в минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, край печени пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

При сборе анамнеза стало известно, что пациент несколько лет употребляет инъекционные психотропные препараты. Предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз».

**При лабораторных исследованиях получены следующие данные:**

1. Нв-120 г/л, лейко-3,2х10<sup>9</sup>/л, э-3%, п/я-7%, с/я-18%, лимф.-62%, мон.-11%, СОЭ-14 мм/ч.
2. Анализ мочи без патологии.
3. Реакция ИФА на антитела к вирусу Эпштейн-Барр – отрицательная.
4. ДНК ВЭБ методом ПЦР в сыворотке крови не обнаружена.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 11**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены умеренно рыхлая подвздошная кишка, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток умеренно отечен. Произведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («жоровый кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

**Объективно:** Пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс 80 уд в мин, АД 110/70 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 117 г/л, СОЭ 34 мм/ч, Эр  $3,2 \times 10^{12}$ /л, L  $12,6 \times 10^9$ /л, э 2, п/я 10, с/я 51, лф 37%.
2. Б\х крови: общий белок 52 г/л, альбумины 55%, глобулины:  $\alpha_1$ -3,7%,  $\alpha_2$  10,0%,  $\beta$  11,0%,  $\gamma$  20,3%, билирубин общий 16,4; прямой 3,1; свободный 13,3 ммоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л (N 3,5–5,3), натрий 142 ммоль/л (N 135-145), ЩФ 310 U/L (N 64-306 U/L).

3. RRS: перианальная область без особенностей; имеются внутренние геморроидальные узлы без признаков воспаления. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

4. Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Заполненный отдел подвздошной кишки ригиден, болезнен при пальпации. В толстой кишке отмечается углубление гаустр и быстрое продвижение бариевой взвеси (дискинезия гипермоторного типа).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 12**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны № 1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Последний месяц отмечает боли в эпигастрии и за грудиной. Для снятия изжоги и болей часто пользуется содой, альмагелем, маалоксом. Описанные жалобы отмечает в течение последних 6 месяцев. В последнее время сода и препараты антацидного действия перестали помогать. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, вес 117 кг. (ИМТ 45). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 143 г/л, СОЭ 4 мм/час. Эр  $4,2 \times 10^{12}/л$ , L  $8,6 \times 10^9/л$ , э 2, п/я 5, с/я 56, лф 37%.

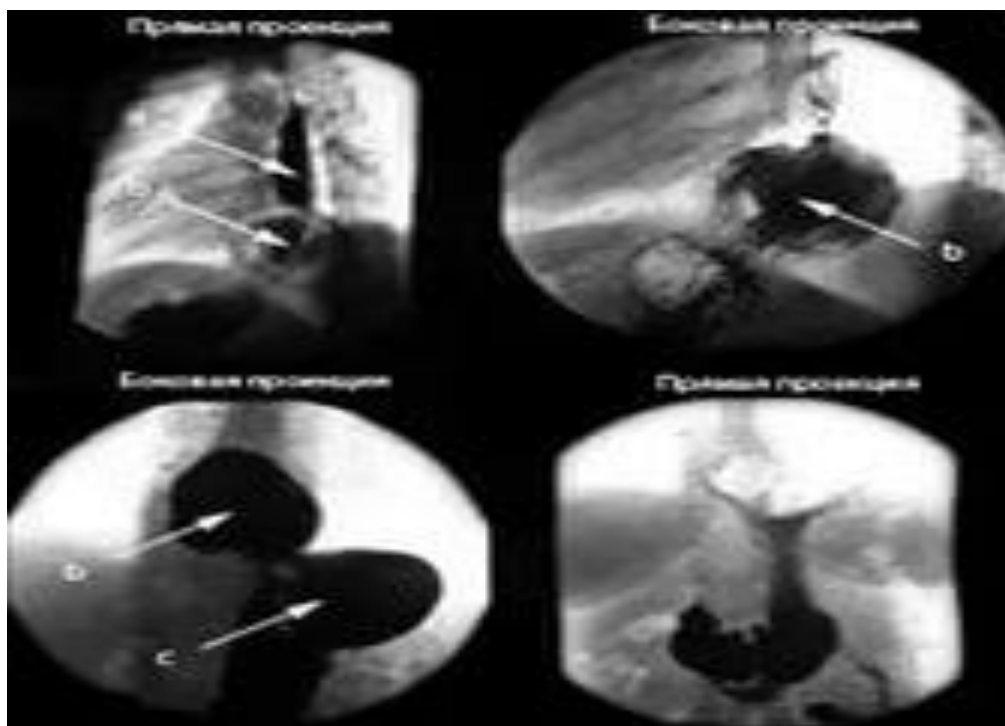
2. Б/х крови: билирубин общий 16,3 мкмоль/л; прямой 3,6 ммоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).

3. ЭГДС: слизистая нижней трети пищевода умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании, в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей

4.Рентгенография желудка:

(снимки в положении стоя, лёжа, и в боковой проекции)





### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 13**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 63 г., уборщица. Обратилась с жалобами на дискомфорт в эпигастрии периодически в течение дня после приёма пищи и физической нагрузки, слабость, тошноту на определённые продукты, снижение массы тела на 6 кг в течение года. В течение 3 дней отмечает усиление диспепсии, появление слабости, черный полужидкий стул 1 раз в день. С 40 лет наблюдалась по поводу хронического гастрита. Обострения редкие. Лечилась амбулаторно. Ухудшение самочувствия несколько недель после стресса (смерть мужа).

На пенсии с 50 лет (вредный стаж), с этого возраста работает техничкой. Наблюдается по поводу артериальной гипертензии с 55 лет. Периодически принимает эналаприл. Отец умер от рака желудка в 60 лет.

**Объективно:** Общее состояние легкой степени за счет астенического синдрома. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Вес 57 кг, ИМТ 27,5. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в мин, АД 140/80 мм рт. ст. Область сердца без особенностей, левая граница сердца по среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, небольшой акцент 2 тона на аорте. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 6 мм/час. Hb 101 г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $4,7 \times 10^9$ /л.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпителий 1-2 в п/зр.; эритроциты, цилиндры, соли - нет.
3. Б/х крови: билирубин общий 8,8 мкмоль/л; прямой 3,6 мкмоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, общий холестерин 5,9 ммоль/л, АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).
4. УЗИ органов брюшной полости: Печень: расположена типично, контуры четкие ровные; размеры: косой вертикальный размер (КВР) 138 мм (N до 150 мм), структура диффузно неоднородная, эхогенность обычная. ОЖП 4 мм, (N до 6 мм), сосудистый рисунок не изменен, не деформирован, порталная вена 10 мм (N до 13 мм). Желчный пузырь: расположен типично, контуры четкие ровные, стенка до 3 мм (N 1-3 мм), уплотнена, содер-

жимое однородное, эхонегативное. Поджелудочная железа: расположена типично, контуры четкие ровные, размеры: 20,3-18,7-21,0 мм головка-тело-хвост (N: головка до 30 мм, тело-хвост до 22-25 мм). Структура неоднородная, эхогенность повышена. Вирсунгов проток до 1 мм (N 1-2 мм), кисты и узловые образования не визуализируются.

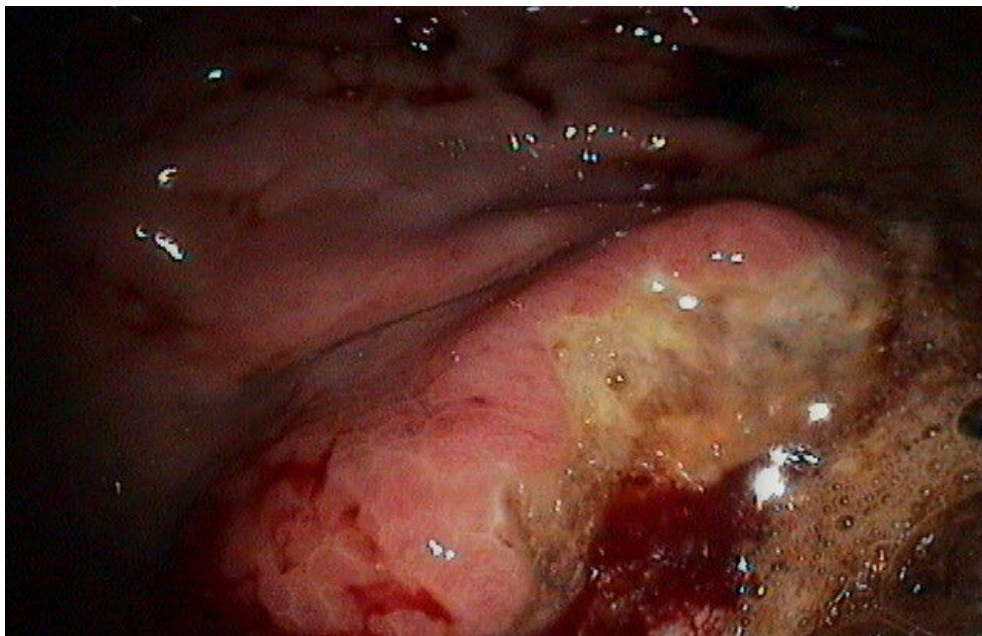
**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?



способность.

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



ЭГДС (рис.1, 2): пищевод свободно проходим, кардия раскрывается ритмично. В желудке слизь, кровь. В теле желудка имеется дефект слизистой, подслизистого слоя и частично мышечного слоя, прикрытый фибрином.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 14**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной А., 29 лет, строитель. Обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, больше справа, практически постоянные; изжогу, отрыжку кислым, периодическую рвоту,. Стул регулярный без примесей, вес стабильный. Считает себя больным с 22 лет, когда во время службы в армии появились локальные боли в собственном эпигастрии справа, через 1,5 – 2 часа после приёма пищи и изредка ночью. Обследовался в госпитале, установлен гастродуоденит с единичными эрозиями. Принимал омез 2 раза в день, де – нол 2 недели. Самочувствие улучшилось, однако отметил плохую переносимость кислой пищи, соусов. После службы в армии периодически отмечались боли подобно вышеописанным, принимал омепразол, маалокс с положительным эффектом. При контрольных ЭГДС определялись очаги отёка и яркой гиперемии в антральном отделе желудка, здесь же выявлялись единичные эрозии, в ДПК - послеязвенный рубец с единичными эрозиями вокруг.

Последнее обострение в течение месяца, когда вновь появились боли, которые стали носить распространённый характер в собственно эпигастрии и правом подреберье, усилилась изжога, кислая отрыжка. Молочная пища, которая раньше оказывала лечебный эффект перестала помогать. Накануне госпитализации появилась рвота, во время дефекации отметил чёрную окраску кала. Госпитализирован в хирургическое отделение, на ЭГДС продолжающегося кровотечения не обнаружено, взяты мазки на Н.Р. Переведён в гастроэнтерологическое отделение для долечивания.

Анамнез жизни: Курит менее 10 сигарет в день более 7 лет. Алкоголь принимает в небольших дозах примерно 1 раз в 2 недели. Родители живы, отец страдает ИБС, мать СД 2 типа, принимает таблетки.

**Объективно:** Общее состояние средней степени за счет болевого, диспепсического синдромов. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 82 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация умеренно болезненна в пилорoduodenальной зоне. Печень -по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

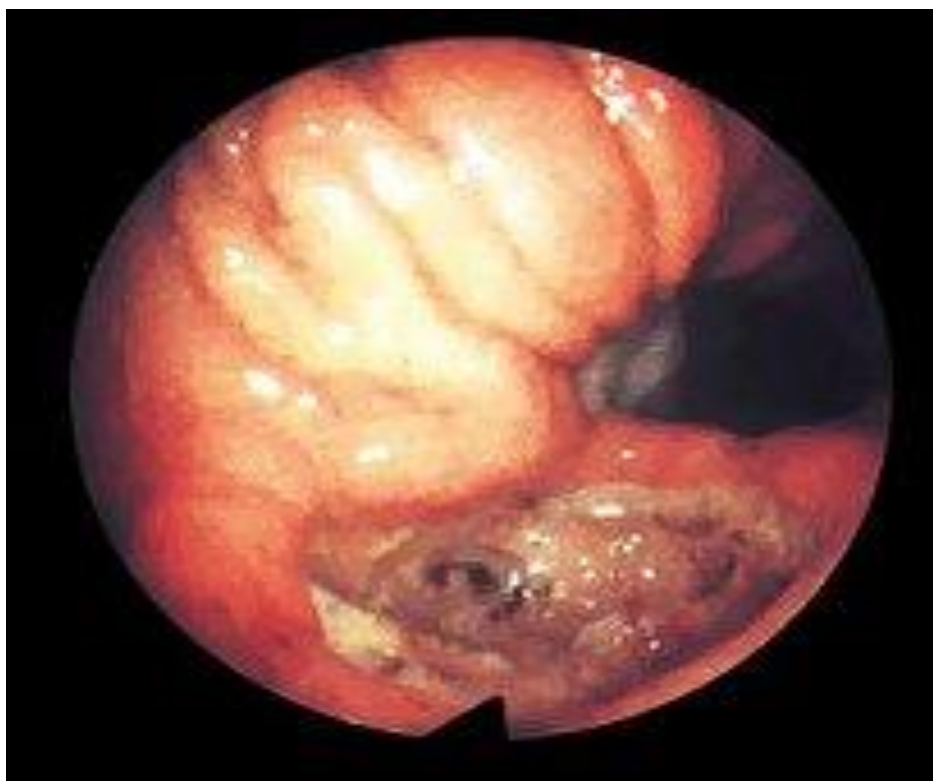
1. Общий анализ крови: Нб 157 г/л., эритро.  $4,9 \times 10^{12}/л$ , лейко.  $5,3 \times 10^9/л$ ., СОЭ 10 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эпителий 2 в п/зр, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

3. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л., общий холестерин 4,2 ммоль/л., АЛТ 20 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12-32 г/л в час).

4. УЗИ органов брюшной полости: Печень: контуры ровные; КВР 140 мм. (норма до 150), структура однородная. ОЖП и портальная вена нормального калибра. Желчный пузырь: контуры ровные, стенка до 3 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: нормальных размеров, структура однородная, эхогенность нормальная. Проток до 1 мм, кисты, узловые образования не визуализируются.

**ФЭГДС.** Пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. Кардиальный жом смыкается плотно. В желудке небольшое количество изменённой крови. В антральном отделе желудка очаги отёка и яркой гиперемии. Слизистая ДПК гиперемирована, отёчна., имеется контактная кровоточивость. Опишите изменения, выявленные в ДПК.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 15**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Ф., 46 лет, менеджер. Обратился с жалобами на учащение стула до 15-20 раз в сутки с примесью слизи и крови преимущественно в предутренние часы, боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, повышение температуры до 38,5<sup>0</sup>С, обильное потоотделение, слабость. Впервые заболел год назад, появилось учащение стула с примесью слизи до 5-6 раз в сутки. В дальнейшем стал отмечать жидкий стул, увеличилось количество слизи, и появилась свежая кровь в кале. Одновременно с этим стала повышаться температура, вначале до 37,5, затем до 38,5. В поликлинике был установлен диагноз «хронический колит», без подтверждения этиологии лечился смектой, бифиформом без эффекта. Был добавлен эрсефурил, после чего состояние улучшилось, боли значительно уменьшились и отмечались только перед дефекацией. Стул до трёх раз в сутки, оформленный или в виде густой каши, кровь исчезла, количество отделяемой слизи значительно уменьшилось. Лечение прекратил, принимал только ферменты: мезим, креон. Ухудшение 2 недели назад, когда вновь появились боли, диарея до 8-10 раз в сутки со слизью и кровью. Температура нарастала постепенно до 38,7. Отмечал общую слабость, мышечную и суставную боль, головокружение.

С 40 лет страдает псориазом, с 43 – стойкая ремиссия после лечения.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено диареей, кишечной диспепсией, интоксикацией. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормальной влажности. Вес 58 кг, рост 178 см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. В лёгких перкуторно и аускультативно патологии не выявлено. Пульс ритмичный, 96 в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где определяется утолщенная сигмовидная кишка, при смещении болезненность резко усиливается. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 85 г/л., эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$ /л., лейкоциты  $19,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/ч.

2. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий холестерин 5,3 ммоль/л, АЛТ 40 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 35 U/L (5-37 U/L); амилаза крови 28 г/л (12-32 г/л в час); фибриноген 2,5 г/л., сывороточное железо 2,0 мкмоль/л (норма 10,6-28,3 мкмоль/л).

3. Кoproграмма: скопление в полях зрения большого количества лейкоцитов, эритроцитов; мышечные волокна ед. в поле зрения; крахмал – большое количество, нейтральный жир небольшое количество, бактерии большое количество; йодофильная флора +.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?



3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Фиброколоноскопия:**осмотр до купола слепой кишки. Слизистая кишечника на всём протяжении отёчна, гиперемирована, контактно кровоточит. В просвете кишки мутная слизь с гноем и прожилками крови. Из всех отделов толстой кишки взята биопсия. Какие изменения ещё можно выявить на представленном снимке? Что означают белые узелковые образования и темно красные? На чём основана достоверная диагностика заболевания?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 16**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., 36 лет, аппаратчик на химическом производстве. Обратился с жалобами на тупые боли в левом подреберье после обильной пищи, а также жирной, жареной, острой, копченой. Беспокоит вздутие живота после приёма любой пищи, даже диетической. Периодически отмечает подташнивание. Стул кашицеобразный, трудносмываемый, иногда с фрагментами непереваренной пищи. Отмечает снижение массы тела (похудел за год на 13 кг). Считает себя больным более 20 лет, беспокоили давящие боли в эпигастральной области, больше слева, особенно после погрешности в диете и приема алкогольных напитков. Периодически боли усиливались до интенсивных, один из таких эпизодов закончился госпитализацией хирургическое отделение, где был установлен диагноз: острый панкреатит. Во время болезни похудел на 3 кг, после выписки вес не набрал. В последующем, на фоне исключения приёма спиртного, боли возникали значительно реже, но стали беспокоить вздутие, учащение стула, понос или кашицеобразный стул. В течение последнего года отмечает ухудшение: снизился аппетит, резко похудел, появилась слабость, не мог выполнять привычную нагрузку. Курит более 10 сигарет в день с 20 лет. Химический стаж с 23 лет (контакт с растворителями).

**Объективно:**Общее состояние удовлетворительное. Нормостеник. Пониженного питания, подкожная клетчатка слабо выражена. Рост 178 см, вес 60 кг. На коже груди и живота единичные мелкие ярко-красные пятна округлой формы, размером 1-3мм, не исчезающие при надавливании. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно и аускультативно в лёгких патологии не выявлено. Пульс ритмичный, 72 в мин, АД 136/78 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, поверхностная пальпация безболезненна. Пальпируется сигмовидная кишка, без урчания, в поперечнике 4 мм. Остальные петли кишечника не пальпируются. Околопупочная область безболезненна, выраженное урчание при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы (Керра, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Слабо болезненна зона Губергрица-Скульского, точка Мейо-Робсона передняя. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 157 г/л, СОЭ 10 мм/час. Эр  $4,9 \times 10^{12}$ /л, L  $5,3 \times 10^9$ /л.,
2. Б/х крови: билирубин общий 18,8 мкмоль/л; прямой 6,5 мкмоль/л, глюкоза 7,2 ммоль/л (N 3.3-5.5 ммоль/л); общий холестерин 6,0 ммоль/л, АЛТ 37 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 31



U/L (5-37 U/L); амилаза крови 15 г/л (12 – 32 г/л в час);

3. Копрограмма: р-ция на скрытую кровь - отриц., лейкоциты - не обн, эритроциты - не обн; мышечные волокна полупереварены. +++; нейтральный жир +++; мыла +; клетчатка непереварена. ++; переварена. +; крахмал внеклеточный. ++, внутриклеточный. ++

4. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, pH кислая, уд. вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий-2 в п/зр., эритроциты, цилиндры, соли - нет.

5. Кал на панкреатическую эластазу: 90 мкг/г (N более 200 мкг/г)

6. УЗИ органов брюшной полости: Печень: размеры в норме, структура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Желчный пузырь: расположен типично, контуры четкие ровные, стенка до 3 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: расположена типично, контуры четкие ровные, размеры: 20,3-18,7-19,0 мм головка-тело-хвост (N: головка 23-28 мм, тело 15-25 мм, хвост 20-25 мм), структура неоднородная, эхогенность повышена, в проекции тела отмечаются множественные кальцинаты, проток до 1 мм, кисты, узловые образования не визуализируются.

7. ЭГДС: пищевод проходим, кардия смыкается плотно. Складки желудка обычных размеров, в антральном отделе очаги гиперемии. Луковица ДПК не изменена. БДС - в типичном месте, диаметр 0,4 см. слизистая над ними не изменена, желчь поступает мелкими порциями, продольная складка не напряжена.

Хелик-тест на H.p. отрицательный.

**МСКТ:** Укажите наиболее вероятную причину изменений поджелудочной железы.



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 17**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациент К, 32 лет, педагог, жалуется на распирающие в грудной клетке после еды, отрыжку, срыгивание только что съеденной пищей (не кислой), жжение за грудиной; самопроизвольное вытекание пищи ночью на подушку, ночью кашель приступообразного характера, похудание на 5 кг за последний год.

Болен в течение 6 лет: вначале отметил затруднение глотания при приеме напитков, затем стали трудно проходить хлеб, мясо, овощи; приходилось запивать эту пищу большим количеством жидкости. Для улучшения глотания запрокидывал голову назад, делал усиленные глотательные движения. Последние 2 мес. стало трудно глотать жидкую пищу, жидкости, особенно холодные. Со слов жены, по ночам пациент периодически закашливается, и порой будит ее своим кашлем. Утром последнее время подушка мокрая: самопроизвольное вытекание пищи, съеденной вечером. Боли в груди носят распирающий характер, возникают после еды; изжогу пытался снимать приемом омепразола – без эффекта. За последние 6 мес. болезни потерял 4,5 кг. По поводу ночного кашля обращался к пульмонологу, заподозрен диагноз хронического бронхита.

**Объективно:** пониженного питания, подкожная клетчатка развита крайне слабо, умеренная атрофия мышц. Кожа бледная, чистая, очень сухая, шелушится. Слизистая полости рта без видимых налетов, обычной окраски, запах изо рта отсутствует. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны ясные, ритмичные. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя - II межреберье слева, левая – левая среднеключичная линия. АД 120/80 мм рт.ст. Живот активен в дыхании, в эпигастрии умеренно чувствителен. Печень по краю реберной дуги Пузырные симптомы отрицательные. Отделы кишечника не пальпируются, селезенка пальпаторно не определяется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 100 г/л, СОЭ 4 мм/час. Эр  $3,2 \times 10^{12}/л$ , L  $8,6 \times 10^9/л$ , э - 1, п/я - 0, с/я - 69, лимф. - 22, мон. - 8%.
2. Общий анализ мочи: желт, прозр., уд. вес 1025, лейкоц. – ед. в п/зр,
3. Б/х крови: общий белок 60 г/л; альбумины 48%, глобулины: альфа1 – 3,5%, альфа2-15,0%, бета - 8,0%, гамма-25,5%, билирубин общий 19 мкмоль/л, (N 5-20 ммоль/л), прямой 4,7 мкмоль/л, непрямой 14,3 мкмоль/л, холестерин 3,9 ммоль/л, АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N 5-37 U/L); амилаза 12 г/л час. (N 12-32 г/л час)
5. Копрограмма: нейтр жир ед, мыш волокна – не обн, лейкоц – не обн, эр – не обн, бактерии- большое кол-во.

6. ЭГДС: дистальный отдел пищевода сужен, остальные – расширены. Складки слизистой пищевода прослеживаются на всем протяжении, сглажены, слизистая истончена. Фиброскоп с большим трудом проведен в желудок, где определяется неизменная слизистая. При раздувании желудка воздухом ригидности стенок не выявлено.

7. Пищеводная манометрия: давление в области нижнего пищеводного сфинктера 56мм рт. ст. (норма 35мм рт. ст.), расслабление его не полное, определяются низкоамплитудные синхронные ретроградные волны после каждого глотка воды.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Rg-скопия и графия пищевода и желудка:** дистальный отдел пищевода имеет четкие ровные контуры, здесь же прослеживаются две тонкие складочки на всем протяжении. Отсутствует газовый пузырь желудка. Барий поступает в желудок через 5 минут от начала исследования очень небольшими порциями. Какие еще изменения выявляются на представленной рентгенограмме?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 18**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 52 лет, бухгалтер, образование высшее экономическое. Жалобы на постоянную боль в правом подреберье, иррадиирующую под правую лопатку, усиливающуюся при физической нагрузке. Периодически боль распространяется в область сердца. Отмечает отрыжку, преимущественно горькую, поташнивание особенно после погрешности в питании. С появлением боли стала повышаться температура до 37,5.

В течение трех лет отмечает временами боли в правом подреберье от тупых давящих до интенсивных приступообразных. Указанные боли иррадировали в прекардиальную область, больная обследовалась у кардиолога – заболеваний ССС не выявлено. Плохо переносит жирную, жареную, острую и копченую пищу. Периодически боли сопровождаются отрыжкой, снижением аппетита. Указанные клинические явления снимались но – шпой. Повышение температуры впервые возникло в последнее обострение.

**Объективно:** Общее состояние ближе к средней тяжести. Имеется избыточная масса тела. Рост 160 см., масса тела 92 кг. Кожа и слизистые нормальной окраски. Печеночных ладоней, сосудистых звездочек нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Т 37,8С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 86 в мин. АД 125/80 мм. рт. ст. Живот болезнен в правом подреберье и собственно эпигастрии, печень на 1 см. ниже края реберной дуги, край печени закруглен. Положительные симптомы Кера.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 124 г/л, СОЭ 28 мм/час, Эр  $4,5 \times 10^{12}$ /л, L  $11,3 \times 10^9$ /л, э-2% п/я-8%, с/я-59%, Л-28%, М-3%.
2. Б/х крови: билирубин общий 20,1 мкмоль/л, прямой 4,7 мкмоль/л, общий белок 78 г/л, глюкоза 4,5 ммоль/л; холестерин 6,0 ммоль/л, АЛТ 36 (N 4-42 U/L); АСТ 28 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 298 U/L (N 64- 306 U/L), ПТИ 82%, фибриноген 4,8 г/л.
3. Общий анализ мочи: уд вес 1026, коричн, прозр, эр, L - единичные в п/зр, желчные пигменты отсутствуют.
4. ЭКГ: без особенностей.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**УЗИ печени и желчевыводящих путей:** печень несколько увеличена в размерах, КВР правой доли 160 мм (норма до 150 мм), структура неоднородная, повышенной эхогенности. Оцените структуру жёлчного пузыря?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 19**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., пенсионер, 78 лет, поступил с жалобами на чёрный стул, нарастающую слабость, умеренное головокружение.

Около 3 недель назад отметил неприятные ощущения в груди при физической нагрузке, в связи с чем была проведена катетеризация коронарных сосудов. Выявлена ИБС с поражением двух магистральных сосудов. Через неделю проведено стентирование, назначен аспирин 325 мг/сут и клопидогрел 75 мг/сут. На 6-й день отметил чёрный стул и лёгкую слабость. Второй эпизод чёрного стула случился за 6 ч до поступления, слабость стала прогрессировать.

В анамнезе язвенную болезнь и кровотечения из желудочно-кишечного тракта отрицает. У пациента имеется артериальная гипертония, по поводу которой получает конкор 5 мг и гидрохлортиазид 25 мг. В связи с болями в суставах 3-4 раза в неделю принимал ибупрофен или напроксен. Наследственность отягощена: имеются факторы риска к ИБС и СД. Курить бросил 42 года назад, алкоголь употребляет редко.

**Объективно:** Нормального питания, имеется бледность кожных покровов, склеры нормальной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: левая – по левой средне-ключичной линии, остальные – в норме. Ширина сосудистого пучка 9 см. Тоны ритмичные, 86 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Кишечник: определяется сигмовидная кишка нормальных параметров. Ректально – ампула прямой кишки заполнена каловыми массами, на перчатке кал чёрного цвета, реакция на скрытую кровь положительная.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: Нв 98 г/л, эритроциты  $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $9,5 \times 10^9$ /л, гематокрит 31 % (N 40-48 %).

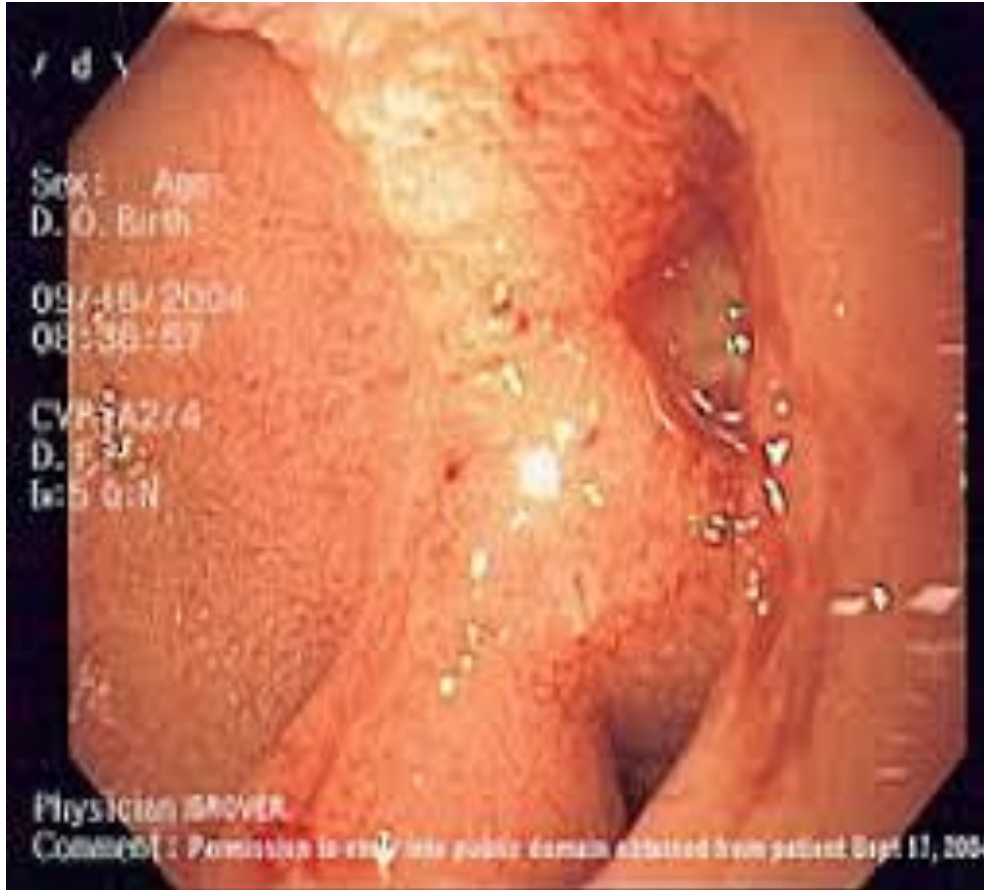
2.Б/х крови: общий белок 70 г/л, альбумины 36 г/л, билирубин общий 20 мкмоль/л, прямой 4,3 мкмоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N10,6-28,3 мкмоль/л).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспо-

способность.

ЭГДС: слизистая пищевода без патологических изменений, кардиальный жом смыкается полностью. На снимке представлен антральный отдел желудка. Укажите какие изменения здесь имеются, для какого поражения они характерны?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 20**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 38 лет, преподаватель начальной школы обратился с жалобами на кашицеобразный стул, временами жидкий пенный до 6-7 раз в сутки, обильный, зловонный. Похудел за последний год на 9 кг. Отмечает нарастающую слабость, снижение работоспособности, периодически головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Отмечает боли в костях и суставах, которые стали настолько выраженными, что больному трудно передвигаться.

С детских лет неустойчивый стул с тенденцией к поносам и кашицеобразному стулу 2-3 раза в сутки особенно после употребления в пищу хлеба, выпечки, некоторых каш. Обследовался в стационаре. Диагностирован хронический панкреатит, лечился ферментами и спазмолитиками, которые оказывали кратковременный эффект. Принимал антидиарейные: смекта, имодиум, препараты кальция, альмагель – без эффекта. При росте 175 см масса тела 58 кг. Боли в костях беспокоят около 10 лет. В последние 2 года стал ощущать боли в суставах.

Ухудшение в последний год, когда постепенно возросла частота стула, особенно жидкого, стала нарастать слабость, боли в костях и суставах, снижение массы тела.

**Объективно:** Пониженного питания, кожа бледная сухая, шелушится, пигментирована в местах сгибания. Чувствительность нижних конечностей нарушена по типу «носков». Язык умеренно обложен сероватым налетом. Сосочки языка сглажены, в углах рта трещины. Положительный симптом «мышечного валика». Живот подвздут, безболезненный во всех отделах. Пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного тяжа, смещаемая, не урчит. Другие отделы кишечника пальпировать не удается. Печень нормальных размеров у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 83 г/л., СОЭ 14 мм/час., Эр  $3,2 \times 10^{12}$ /л., L  $9,6 \times 10^9$ /л, э-2, п/я-5, с/я-56, Л-37%.

2. Б/х крови: общий белок 50 г/л, альбумин 26,0 г/л, глюкоза 3,0 ммоль/л, холестерин 3,0 ммоль/л, сывороточное железо 8 мкмоль/л (N10,6-28,3 мкмоль/л), калий 3,0 ммоль/л (N 3,5-5,5), Na 135 ммоль/л, Cl 92 ммоль/л (N 95-107), Ca 1,32ммоль/л (N 2,15-2,50), Mg 0,45ммоль/л (N 0,8-1,2), АЛТ 15 (N 4-42 U/L); АСТ 10 U/L (N5-37 U/L); ЩФ 278 U/L (норма 64- 306 U/L ПТИ 82%, фибриноген 2,8 г/л., глюкоза - 3,1 ммоль/л., креатинин 0,09 ммоль/л.

3. Копрограмма: утренняя порция 450 г, консистенция жидкой каши, нейтральный жир +++ , жирные кислоты +++, мыла жирных кислот +++.



5. Рентгенограмма обеих голеней и бедер – остеопороз.

6. ЭГДС: в двенадцатиперстной кишке сглаженный рельеф слизистой. Кишка неравномерно расширена. Из дистальных отделов ДПК взята биопсия.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

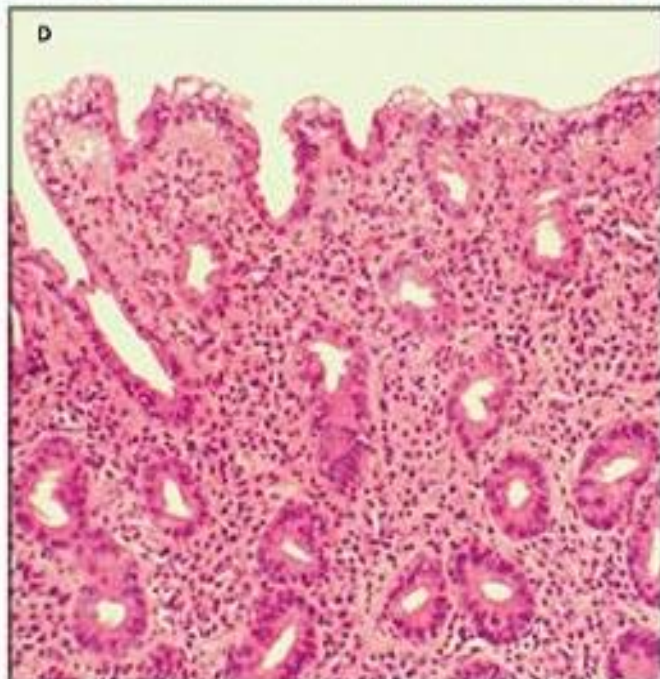
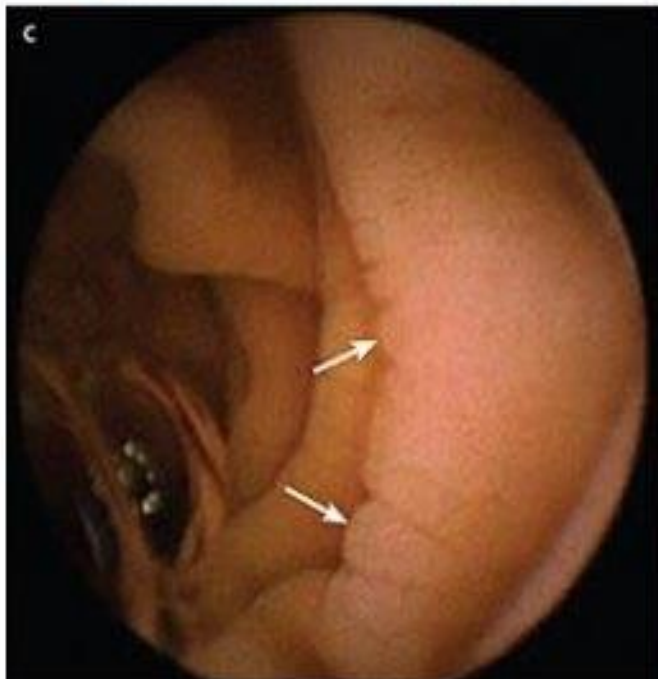
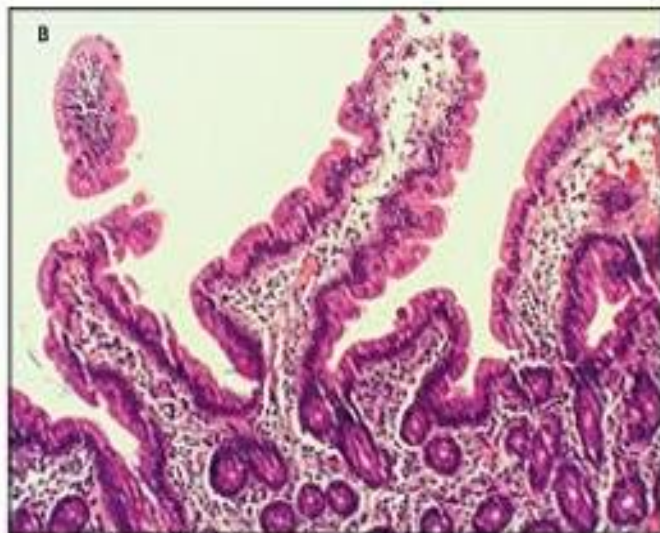
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Эндоскопическая и гистологическая картина кишечника. Укажите, на каких снимках, и какие патологические изменения имеются?**



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 21**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка Н., 58 лет инженер проектно-сметного отдела строительной фирмы. В течении многих лет у больной наблюдались внезапно возникающие приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку и в правое надплечье. Вначале боли снимались таблетками но-шпы, затем инъекциями платифиллина с папаверином. Три года назад впервые после приступа возникла желтуха, оперирована, удалён жёлчный пузырь, выполнена папилосфинктеротомия. После операции в течении 6 месяцев состояние было удовлетворительным, в дальнейшем появилась тяжесть в правом подреберье, почти постоянного характера, стала отмечать субфебрилитет 37,0-37,1. Принимала УДХК и при появлении температуры - юнидокс солютаб коротким курсом 3-4 дня. В последние 2 мес. появились отчётливые боли и периодически темнела моча. Три дня назад боли стали носить приступообразный характер, температура повысилась до 38,0, появилась явная желтуха. Температура держалась 2-4 часа, затем снижалась до субфебрильной, повышение температуры сопровождалось ознобами, а снижение проливной потливостью. Подобные эпизоды повторялись ежедневно, температура повысилась до 39,8-40°, желтуха нарастала, бригадой СМП доставлена в областной печёночный центр.

**Объективно:** Состояние ближе к тяжелому. Кожа и слизистые желтые. Язык густо обложен серо-желтым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные 58 в мин, АД 120/70 мм рт ст. Живот болезненный в правом подреберье и правом мезогастррии. Печень: нижний край выступает на 3-4 см из подреберья, поверхность ровная, гладко-эластичная, край ровный, при пальпации печень болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: эр.  $3,7 \times 10^{12}/л$ , Нв 127г/л, Л- $15,5 \times 10^9/л$ , э-1, п/я-12, с/я-60, лф.-20, мон.-7%.
2. Общий анализ мочи: цвет пива, уд вес 1025, лейкоц.- ед. в п/зр, эритроц. - отсут., желчные пигменты ++.
3. Б/х крови: общий белок 65г/л, билирубин общий 82 мкмоль/л, прямой 67 мкмоль/л, непрямой 15 мкмоль/л, АЛТ 86 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 75 U/L (N 5-37 U/L); амилаза крови 21 г/л (N 2-32 г/л в час), ЩФ 620 U/L (N 64- 306 U/L),
4. Копрограмма: нейтральные жиры – ед, измененные мышечные волокна – ед, мыла жирных кислот – большое кол-во, жирные кислоты – большое кол-во.
5. УЗИ: печень увеличена в размерах, КВР 170 мм. (норма 150), левая доля 96 (норма 70),
6. Выполнена РХПГ.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Оцените состояние протоков, определите наличие патологии?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 22**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная 30 лет, менеджер. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие боли в подвздошных областях, больше слева в течение дня, уменьшаются после дефекации; чувство распирания в животе, метеоризм. Стул ежедневный, малыми порциям «бобовидный». Нет чувства полного опорожнения кишечника. Слабость утомляемость, нарушение сна. Описанные жалобы в течение 4 месяцев. Связывает с устройством на новую работу.

Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вирусные гепатиты отрицает. Речную рыбу не употребляет. Травм, операций не было. Заболевание кишечника у бабушки по материнской линии. Аллергологический анамнез спокоен.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, частотой 72 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный. При глубокой пальпации определяется спазмированная сигмовидная кишка, умеренно чувствительная. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 134 г/л, лейкоциты 4.2-10 9/л, СОЭ – 5 мм/час.

2. Б/х крови: общий белок 70 г/л., альбумины 37 г/л., глобулины:  $\alpha_2$  8%,  $\gamma$  19%, билирубин общий 16,3 мкмоль/л, прямой 3.6 мкмоль/л; АЛТ 21 U/L (N 4-42 U/L); АСТ 17U/L (5-37 U/L); амилаза крови 16 г/л (12-32 г/л в час).

3. Копрограмма: эритроциты и лейкоциты отсутствуют, мышечные волокна и нейтральный жир не обнаружены, крахмал +, умеренное количество бактерий.

Кал на дизентерию, сальмонеллёз и тифо- паратифы – результат отрицательный. Описторхии в кале не обнаружены.

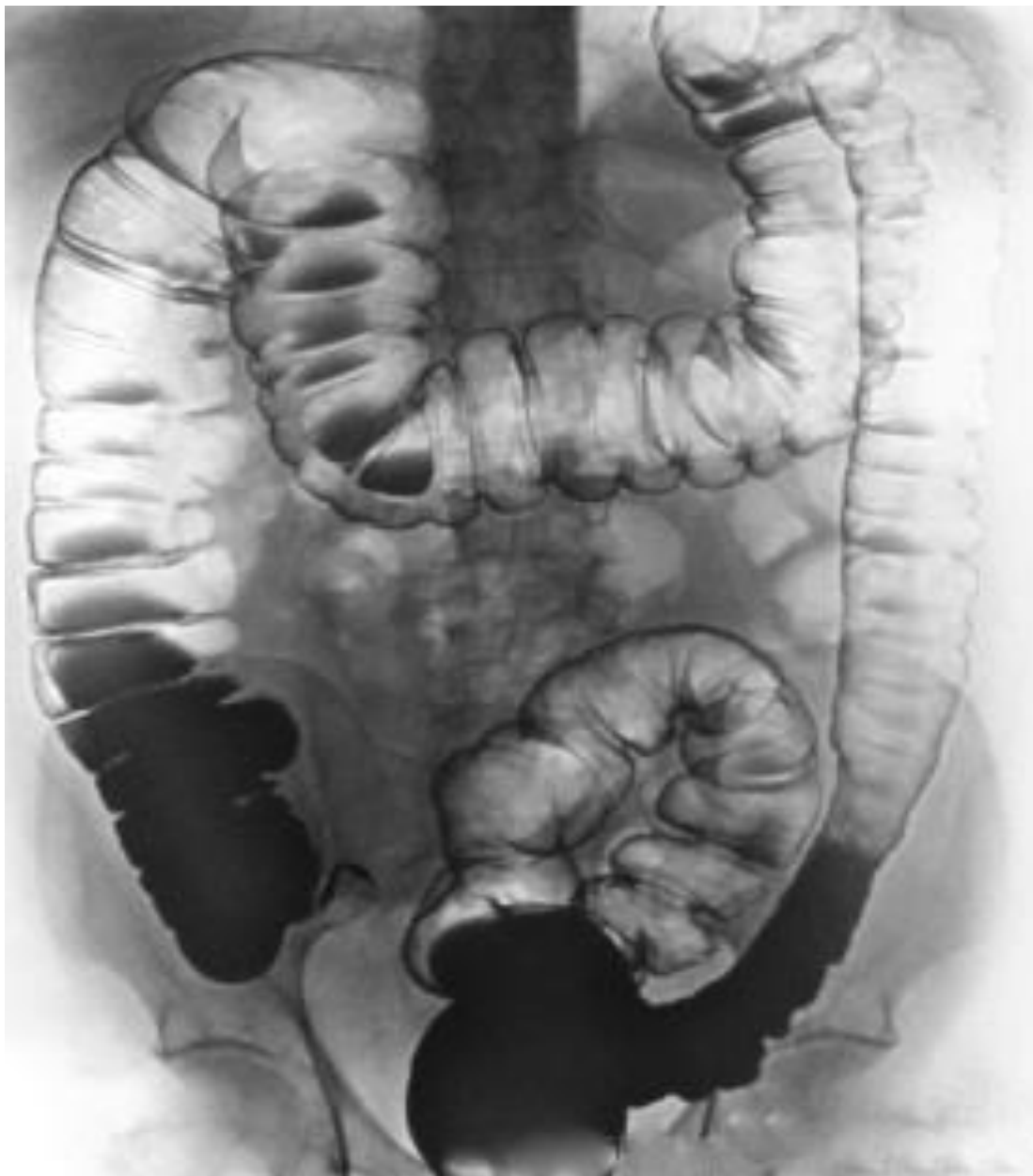
4. Ректороманоскопия: Осмотрено 20 см. Слизистая розовая, без особенностей.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Ирригоскопия:**  
бариевой взвесью заполнены все отделы толстой кишки, контуры её ровные, при опорожнении барий остаётся в слепой кишке и частично в сигмовидной. Что выявлено при раздувании воздухом в толстой кишке?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 23**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная С., 23 года, преподаватель средней школы, жалуется на боли в собственно эпигастрии натощак; тяжесть и распирание в этой же области после еды независимо от объёма и качества пищи. Отмечает периодически тошноту натощак и в течение часа после приёма пищи, отрыжку воздухом или кислым, 1-2 раза в неделю отмечает умеренно выраженную изжогу.

Больна около 4-х лет, за врачебной помощью не обращалась, принимала соду, альмагел, гастрал с кратковременным эффектом. Ухудшение в последние полгода, когда стали чаще возникать тошнота, отрыжка, усилились боли. В последние 2 недели из-за тощачковых болей принимала пищу каждые 1-1,5 часа.

Питается нерегулярно, последние полгода пища в основном молочная, мясо 1-2 раза в неделю. У матери и бабушки по материнской линии хронический гастрит.

**Объективно:** Рост 156 см, масса тела 72 кг. Кожа и слизистые без патологических изменений. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны ритмичны, ясные, ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в подложечной области. Уплотнений и объёмных образований не выявляется. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательны. Селезёнка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 132 г/л, эритроц.  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.  $7,8 \times 10^9/л$  эоз. 3%, с/я 50%, лимф. 40%, моноц. 7%.

2. Б/х крови: общий белок 80 г/л, альбумины 55%, глобулин:  $\alpha_1$  3,9%,  $\alpha_2$  8,3%,  $\beta$  12,1%,  $\gamma$  20,9%, холестерин 4,0 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, билирубин общий 17,6, прямой 3,9 мкмоль/л, сывороточное железо 15,6 мкмоль/л, АСТ 29 (N 5-37) U/l, АЛТ 31 (N 4-42) U/l, ЩФ 152 (N 64-306) U/l, ПТИ 86%, фибриноген 2,9 г/л, амилаза крови 1,8 (12-32) мг/мл в ч.

3. ЭГДС: слизистая пищевода не изменена, кардиальный жом открывается ритмично, зубчатая линия (см. иллюстрацию). Взяты мазки-отпечатки и биопсия из антрального отдела и тела желудка.

4. Н.Р. – отрицательно. Морфологических изменений слизистой оболочки не выявлено.

5. Копрограмма: реакция нейтральная, нейтральный жир, мышечные волокна, крахмал отсутствуют.

6. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности. Желчный пузырь: стенка 2 мм, содержимое однородное; холедох 5,5 мм, просвет свободный. Селезёнка 42 см<sup>2</sup>, однородная. ПЖЖ нормальных размеров, структура и эхогенность

не изменена.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 24**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная А., 30 лет продавец цветочного магазина жалуется на резкую слабость, головную боль, головокружение, непродуктивный сон, апатию, снижение когнитивных функций. Беспокоит вздутие живота, повышенное газообразование, отрыжка воздухом. Болевой синдром имеет тенденцию к прогрессированию, боли в правом подреберье, распирающего характера без иррадиации. Также появились и нарастают отёки нижних конечностей, особенно стоп. Уменьшился диурез и стал увеличиваться в размере живот, последние 3 месяца отсутствуют месячные.

4 месяца тому назад оперирована по поводу геморрагического панкреонекроза и разрыва правого яичника (резекция яичника, дренирование сальниковой сумки, санация брюшной полости). Во время операции обнаружено увеличение печени, ее неровный край и неравномерная структура, биопсия не выполнялась и изменения печени не шифровались, рекомендовано обследование после операции. В анамнезе потребление алкоголя. После выписки рекомендуемое лечение не принимала, продолжала употреблять алкогольные напитки и нарушать диету. Через месяц после операции почувствовала дискомфорт в животе, особенно в эпигастральной области, затем появилось давление в этой области, в последующем отчетливая боль, которая нарастала и в последнее время стала нестерпимой (принимала кеторол). Одновременно с болью появились отеки, они так же нарастали, особенно на стопах и распространились на все нижние конечности. Живот увеличился в объеме, диурез уменьшился. Стала повышаться температура до 38,5-39°. Лечилась по месту жительства без эффекта, направлена в областной печёночный центр.

**Объективно:** сознание ясное, походка шаткая, неуверенная из-за резкого отёка нижних конечностей. Кожа желтушная, пятнистая гиперемия тенора и гипотенора. Вены передней брюшной стенки расширены. ЧСС 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен, определяется уровень жидкости, резко болезнен во всех отделах, особенно в эпигастральной и мезогастральной областях, где пальпируется значительно увеличенная выступающая из подреберья на 25 см. справа и настолько болезненная печень, что больная не давала врачу прикоснуться к животу. Через неделю печень выступает на 15 см. ниже рёберной дуги.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 65 мм/час, Нб 81 г/л., L 23,8 x 10<sup>9</sup>/л., Э 2,4 x 10<sup>12</sup>/л.
2. Б/х крови: общий белок 76 г/л, альбумины 25,3 г/л., гамма-глобулин 39%., общий билирубин 97,1; связанный 67 мкмоль/л., АЛТ 76,9 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ 122U/L (5-37 U/L); ГГТП 194 U/L , (норма 7 - 64 U/L), ПТИ 56%.

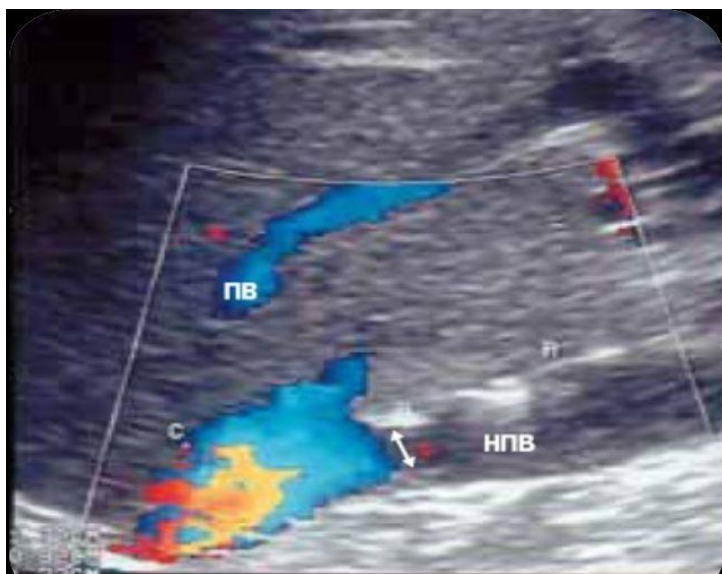
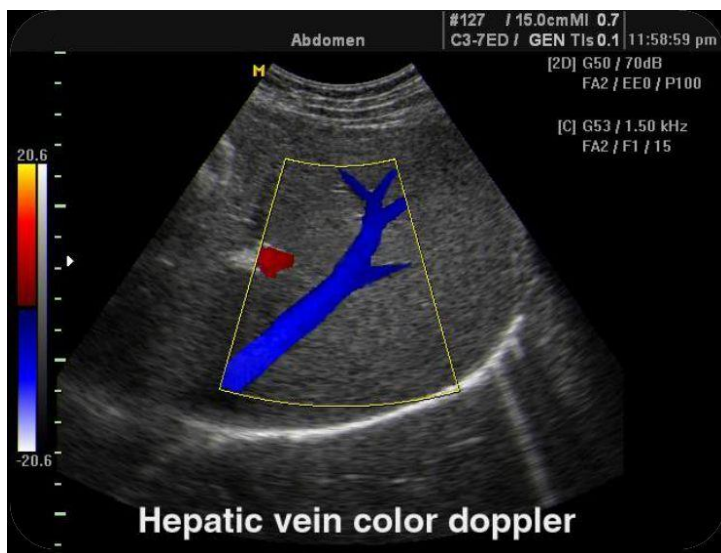


3. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в нижней трети варикозно расширенные венозные стволы.
4. УЗИ:печень пр.д. 196 мм (N до 150), л.д. 142 мм (N до 70), контуры неровные, структура неоднородная, пониженной эхогенности. Селезёнка 70 см<sup>2</sup>, следы жидкости в брюшной полости.
5. Допплеровское УЗИ: отсутствие визуализации кровотока в средней и правой печеночных венах (тромбоз?)

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Допплеровское УЗИ:** определите изменения на одной из иллюстраций?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 25**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациент Г., 48 лет, доставлен в бокс приемного отделения инфекционной больницы 29.03.2020 специализированной бригадой СМП с жалобами на лихорадку до 38,5<sup>0</sup>С, озноб, слабость, частый сухой кашель, затруднение дыхания.

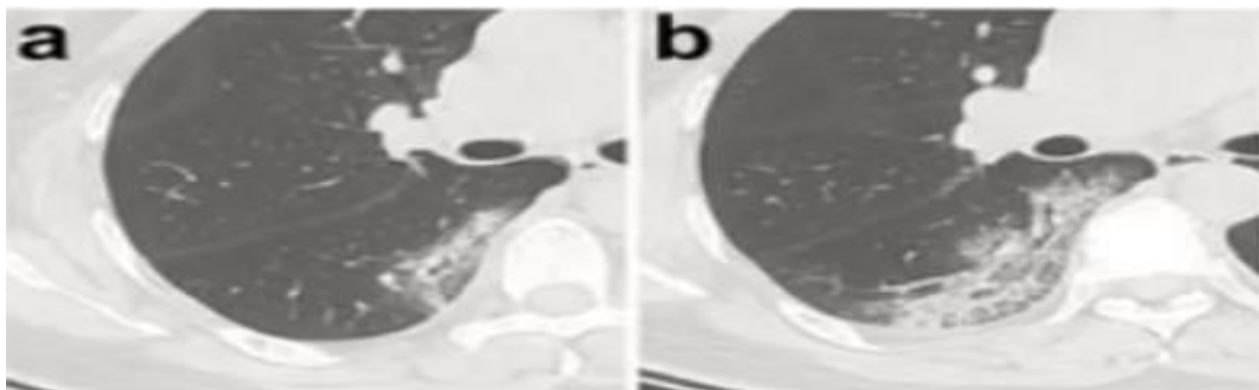
**Анамнез заболевания:** Известно, что 10 дней назад вернулся из путешествия по Италии. Находился на 14-ти дневном карантине в домашних условиях. Проживает один, хронические заболевания и вредные привычки отрицает. 4 дня назад впервые повысилась температура до 37,2<sup>0</sup>С, появились недомогание, першение в горле, редкий сухой кашель. Участковым терапевтом организовано обследование на коронавирусную инфекцию. Из глоточной слизи - детекция РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР. Установлен диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19. Назначена терапия – оральная регидратация, парацетамол. Продолжал лихорадить, в последние сутки кашель стал чаще, сухой, появилось чувство затруднения дыхания, в связи с чем, госпитализирован.

**Объективно:** рост 178 см, вес 79 кг, Т 38,2<sup>0</sup>С, ЧД 25 в мин, ЧСС 90 в мин, АД 125/80 мм.рт.ст., SpO2 95%. Частый сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, удовлетворительной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются носовое дыхание свободное. В глотке – умеренная диффузная гиперемия. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легких – коробочный звук. При аускультации легких дыхание жесткое, симметрично проводится, единичные сухие хрипы с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень – по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Результаты обследования:**

гемограмма: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 138 г/л, лейкоциты  $9,2 \times 10^9/л$ , П-1%, С-69%, Л-22%, М-8%; СРБ 15,8 мг/л.

КТ ОГК – изменения в виде единичных участков «матового стекла» субплеврально преимущественно в нижних отделах нижних долей с двух сторон.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий. Объясните их механизм.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
4. Какие выявлены изменения в лабораторных анализах?
5. Составьте план обследования.
6. План лечения.
7. Критерии выздоровления. Экспертиза трудоспособности.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 26**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка А., 34 лет не работает, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до  $38,4^{\circ}\text{C}$ , сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отеками голеней, увеличением объема живота, болью в правом подреберье, точечными высыпаниями на голенях.

**Из анамнеза:** курит в течение 20 лет до 2 пачки сигарет в день, в течение последних 2-х лет страдает инъекционной наркоманией. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Считает себя больной в течение полутора месяцев, когда стала отмечать нарастающую слабость, ночную потливость, повышение температуры тела до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , сопровождающуюся ознобами. За помощью не обращалась. Самостоятельно принимала жаропонижающие. В течение последних двух недель отметила нарастание отеков на ногах, увеличение объема живота появление боли в правом подреберье.

**Объективно:** состояние средней тяжести, температура тела  $37,8^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный, локальных притуплений не выявляется. Отмечаются набухшие шейные вены. При перкуссии сердца правая граница на 3 см от правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС 110/мин, отмечается ослабление первого тона над мечевидным отростком. Здесь же выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот напряжен, безболезненный, положительный симптом флюктуации. Печень +5 см от края реберной дуги. Край закруглен, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

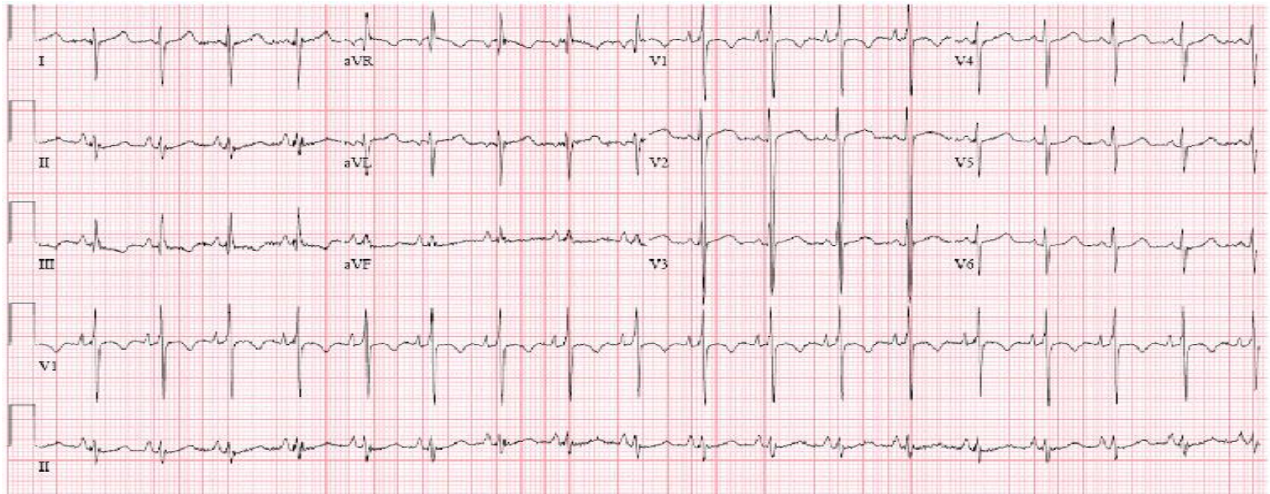
1.Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты  $17 \times 10^9/\text{л}$ , п/я 7%, с/я 80%, лимфоциты 9%, моноциты, 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 48 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес 1016, белок 0,02%, сахара нет, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроцитов нет.

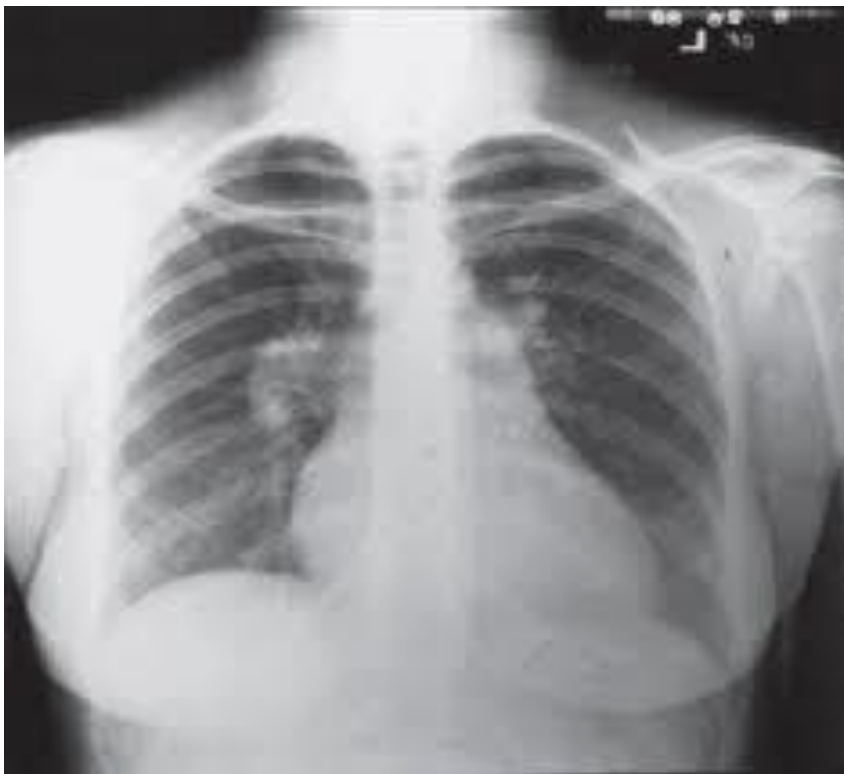
3.Биохимическое исследование крови: билирубин 20,0ммоль/л, АСТ 74 (5-37Ед/л), АЛТ 98 (4-42 Ед/л), креатинин - 0,108 (0,014-0,44) ммоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л (3,4-5,3).

4.Гемокультура: в одной из 3х проб рост золотистого стафилококка.

5.ЭКГ



6. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 27**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная М., 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 1,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое.

**Анамнез заболевания:** с 45 лет отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт ст. Обследована, принимает периндоприл 10 мг на ночь, метопролола сукцинат 100 мг утром. Пациентка с 50 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 7,5 ммоль/л.

В течение полугода отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Дополнительно амбулаторно назначена ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности.

Курение отрицает.. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда.

Вызвала Скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД=100/60, ЧСС = 98). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приемное отделение.

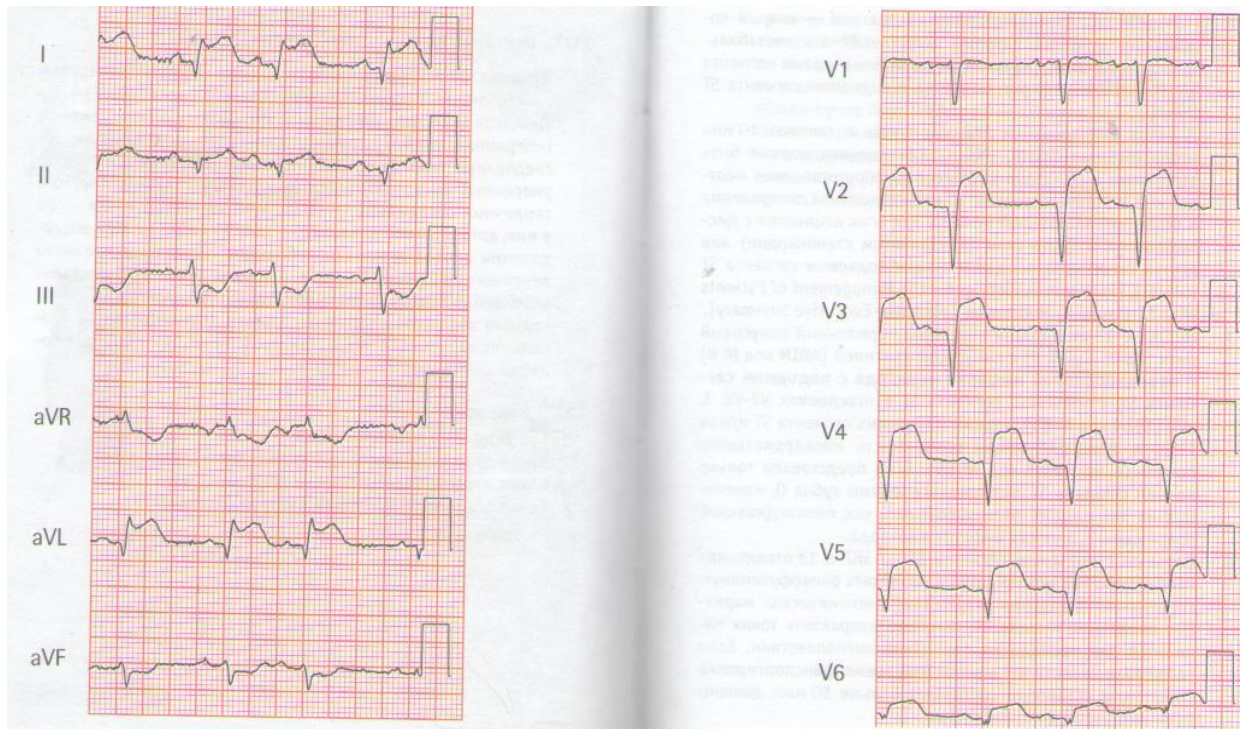
**Объективно:** состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выражено влажные. Рост 178 см, вес 105 кг Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено ослаблен, нитевидный 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту. Артериальное давление на 130/90 мм. рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

**Дополнительные методы обследования:** общий анализ крови: Hb-139 г/л, лейкоциты –  $11 \cdot 10^9$ , эритроциты –  $4,8 \cdot 10^{12}$  СОЭ – 8 мм/ час. Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,9 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,0 ммоль/л,

По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38% (N=60-70%), гипокинезия стенки левого желудочка.

Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

## ЭКГ на этапе СМП.



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 28**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Т., 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом удушья, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью.

**В анамнезе** отмечено, что за 5 суток до приступа удушья у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия.

**Из анамнеза жизни** известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

**Объективно:** состояние тяжёлое. Индекс массы тела более 31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы теплые (температура 37,2), цианоз верхней половины туловища, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, отмечается некоторое укорочение перкуторного звука справа в подлопаточной области. Дыхание везикулярное, хрипов нет, несколько ослабленное справа в подлопаточной области, частота дыхания 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД 90/65 мм рт.ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из под реберной дуги на 1см. Симптом поколачивания отрицательный.

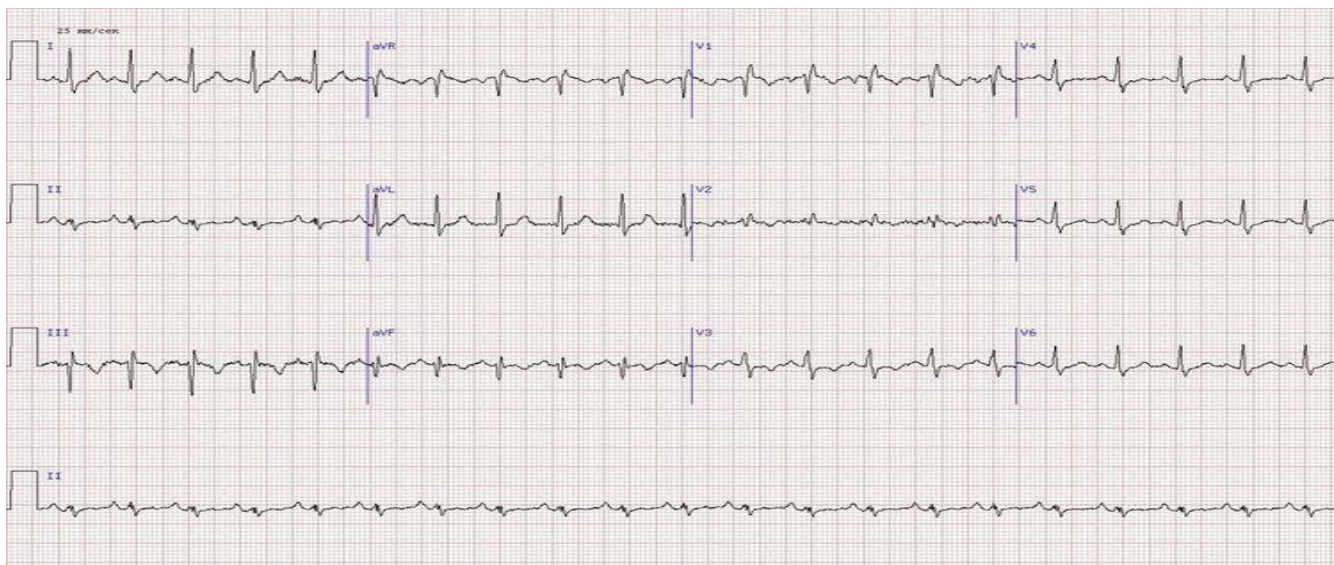
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эритроциты -  $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,7 \cdot 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 10%, с/я - 50%, лф - 35%, м - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010, эпителий – 2-4 в поле зрения.
3. Биохимическое исследование крови; билирубин общий: 12,8 мкмоль/л, креатинин -



0,093 ммоль/л (0,014- 0,44), глюкоза – 6,1 ммоль/л, холестерин – 5,2 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3), общий белок - 75 г/л, фибриноген – 5,4 г/л, СРБ – 15 мг/л (N 1-6 мг/л).

4. ЭКГ



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 29**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная М., 52 лет, работает бухгалтером, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе.

**Анамнез заболевания:** В течение 7 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Обследована по АГ, установлен диагноз ГБ. Регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт.ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3-х дней, когда впервые в жизни появились выше описанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер вызвала скорую помощь.

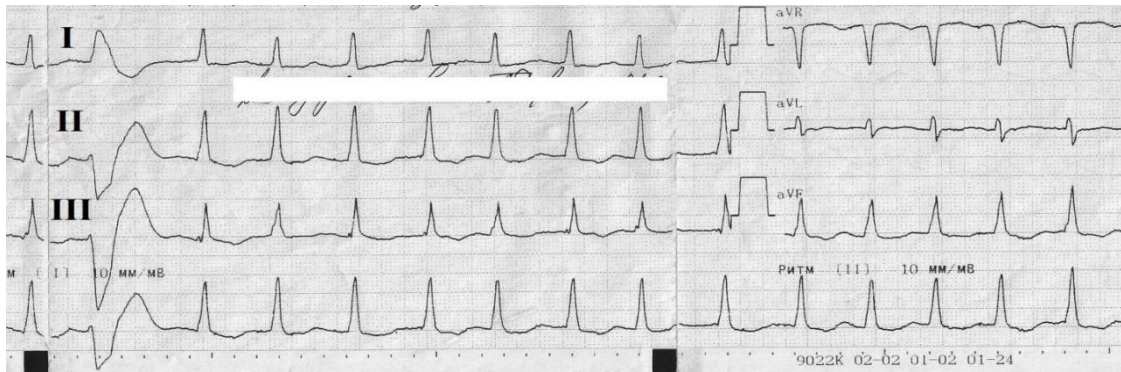
**Объективно:** Сознание ясное, активна. Отёков нет. Рост 178 см, вес 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бедрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. В легких перкуторно легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца не ритмичные. ЧСС 121 уд/мин. АД в покое сидя 170/115 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 уд/мин.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Липидограмма: общий ХС 5,9 ммоль/л, ХС ЛНП 3,5 ммоль/л (норма менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП 0,9 ммоль/л (норма более 1,0 ммоль/л), ТГ 2,0 ммоль/л (норма менее 1,7 ммоль/л).
2. Эхо-КГ: Толщина задней стенки ЛЖ 1,3 см (норма 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ 55% (норма 55-75%).
3. Оцените ЭКГ

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 30**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

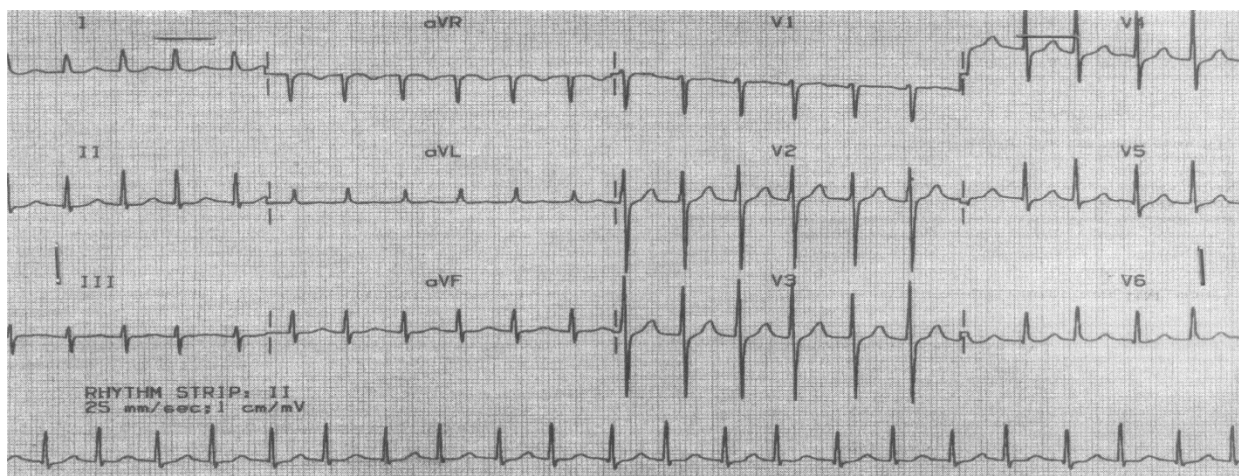
Больная Н., 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний. Обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области.

**Из анамнеза:** Приступы учащенного сердцебиения с головокружением появились в течение последнего года, участились в течение трех месяцев. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

**Объективно:** больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см. снаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см. внутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 160 в мин., на верхушке I тон сохранен, выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический щелчок. АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Обследования:**

1. ЭКГ: прилагается



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

---

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 31**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Женщина 27 лет обратилась к кардиологу

Жалобы на внезапно возникающее ощущение «замирания сердца», которое сохраняется на протяжении нескольких секунд, сопровождается резкой слабостью и потемнением в глазах.

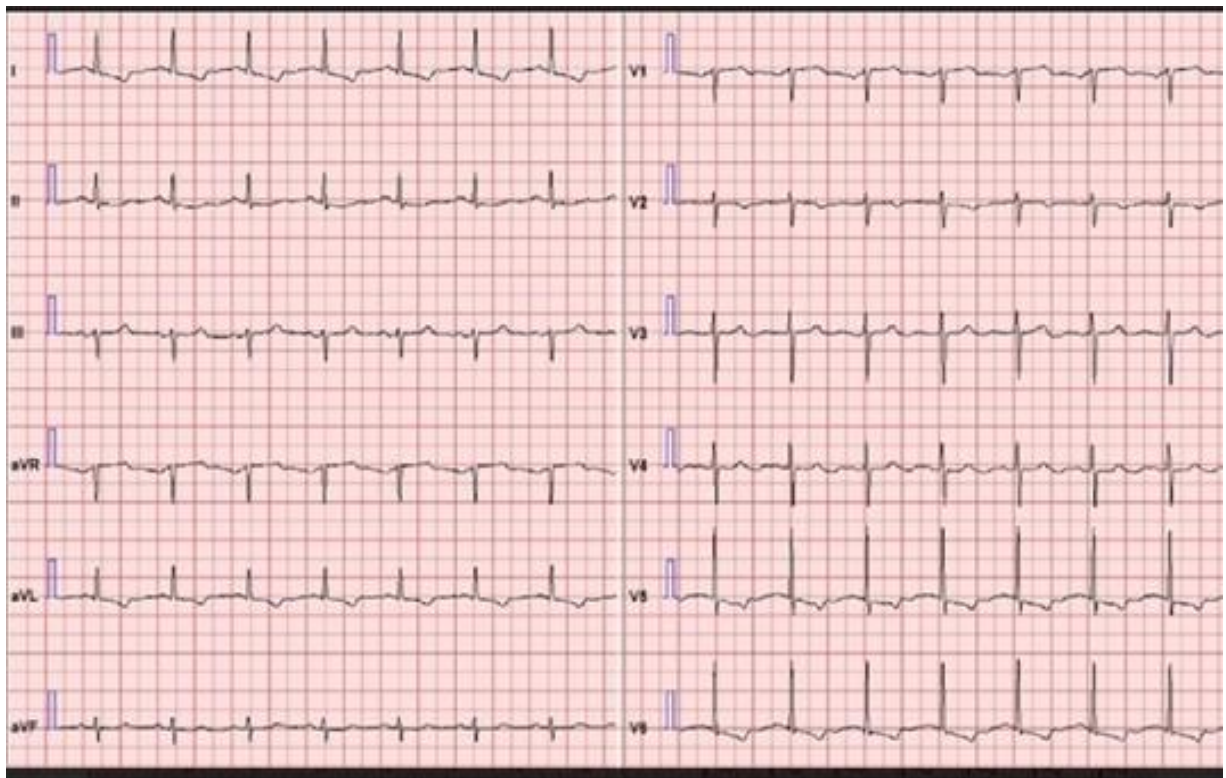
Анамнез заболевания: описанные приступы возникали трижды за последние два дня. Ранее перебоев в работе сердца, синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечала. Физические нагрузки переносит хорошо.

Из анамнеза жизни: хронические заболевания отрицает; курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает, гормональные контрацептивы не использует. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергическая реакция в виде крапивницы на цитрусовые. У матери с 40-летнего возраста отмечается повышенное артериальное давление, отец внезапно умер в возрасте 39 лет.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

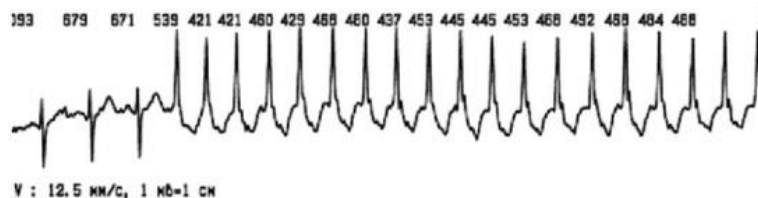
Обследования:

2. ЭКГ: прилагается



## 2. Суточное мониторирование ЭКГ:

На фоне синусового ритма с ЧСС от 52 до 122 в 1 мин зарегистрировано 56 одиночных и 23 парных желудочковых экстрасистолы, а также эпизод тахикардии с ЧСС 134 в 1 мин, сохранявшийся на протяжении 23 секунд.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

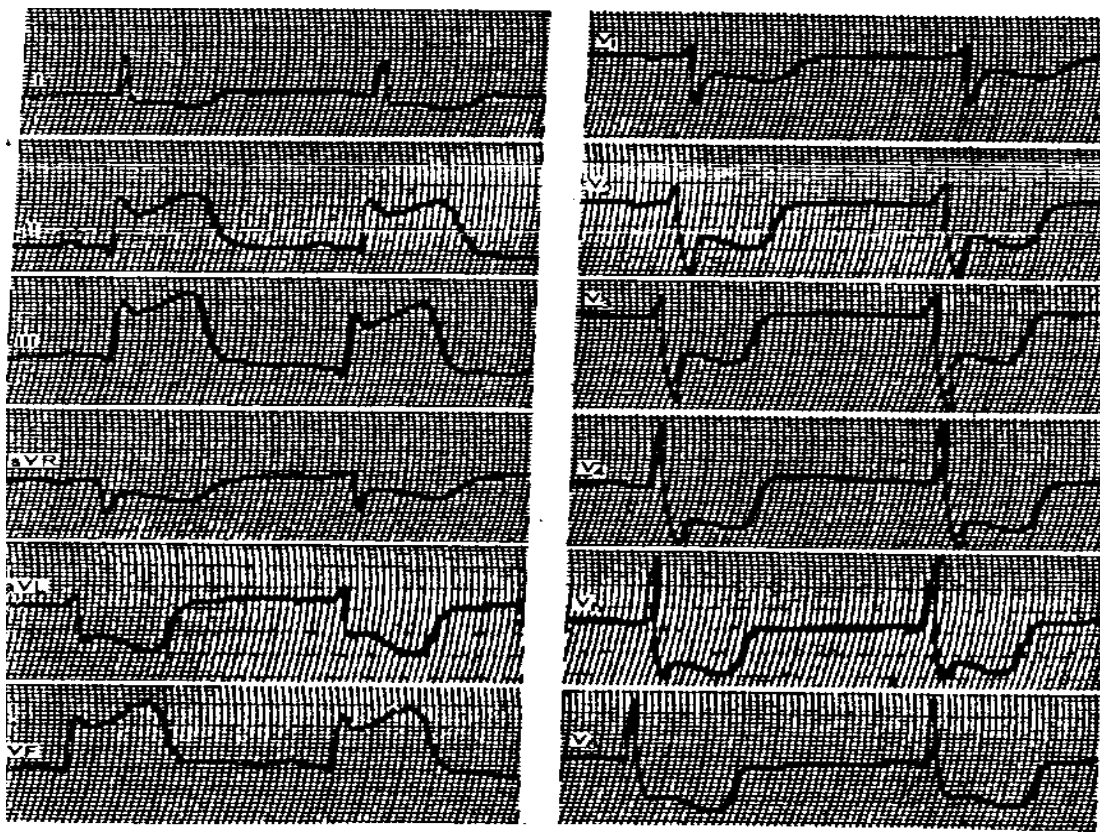
Ситуационная задача № 32

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 2 часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью. Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст.

**Объективно:** Кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно определяется притупление легочного звука в нижних отделах легких, при аускультации - дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС 120 в мин., АД - 80/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Записана ЭКГ (см. ниже).





**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

---

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

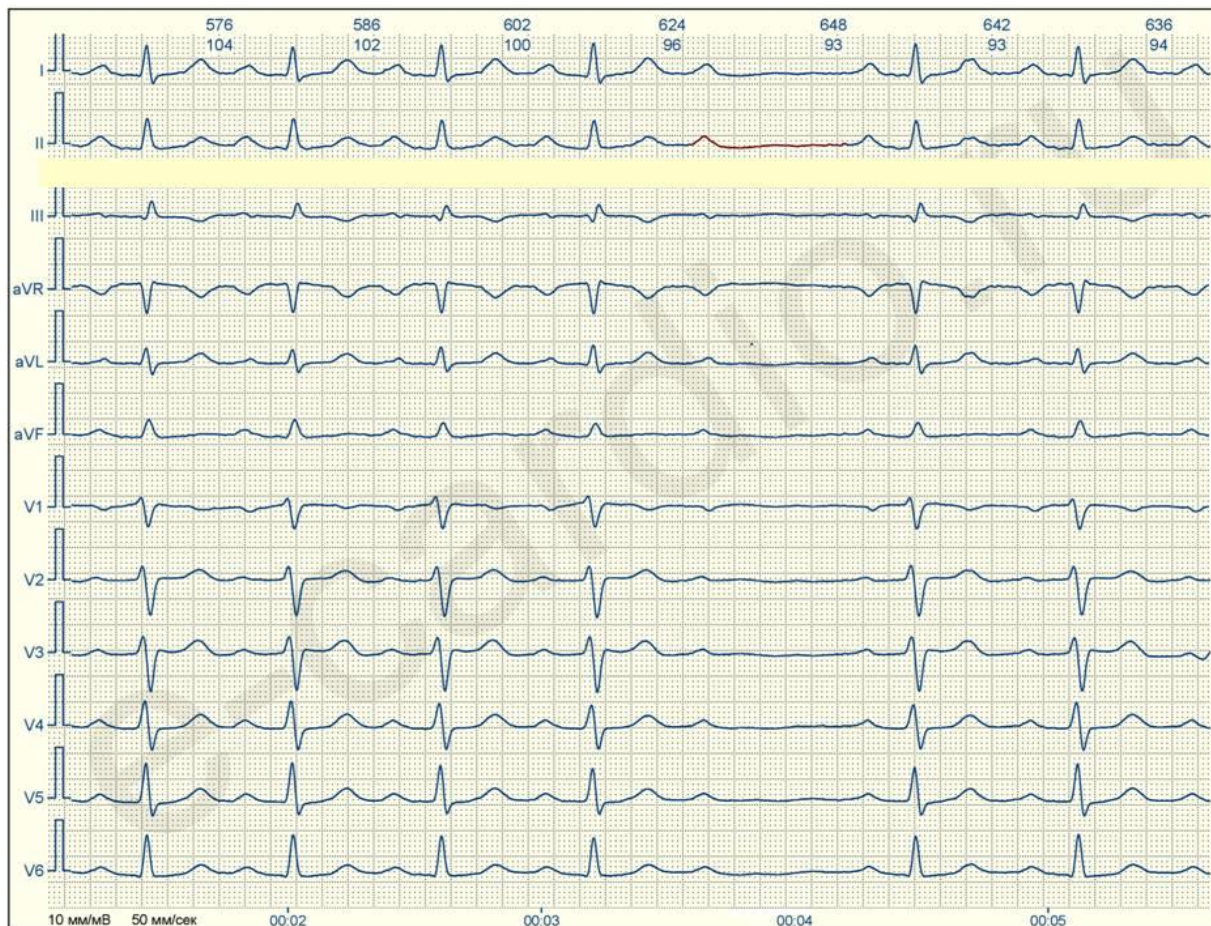
**Ситуационная задача № 33**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 мин., чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет. Четыре года назад перенес инфаркт миокарда после чего появились вышеописанные жалобы. Неделю назад появилось ощущение перебоев в работе сердца, ощущение замирания и остановки сердца, однократно был эпизод кратковременной потери сознания.

**Объективно:** Акроцианоз, пастозность голеней. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 42 ударов в мин., Рс 42 в мин. АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы. Записана ЭКГ (см. ниже).



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

---

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 34**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Мужчина 50 лет, предприниматель, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера в правой половине грудной клетки, без иррадиации, появляющиеся во время ходьбы. Продолжительность болей составляет 2-3 минуты, проходят самостоятельно при уменьшении темпа ходьбы.

**История болезни:** Считает себя больным в течение 3 недель. Вначале боли возникали только при быстрой ходьбе в утренние часы, в последующем они стали появляться и при обычной ходьбе через каждые 100-150 м. Накануне (за сутки до обращения) имел место необычный приступ болей, продолжительностью до 15-20 минут, сопровождался переболями в сердце. За медицинской помощью не обращался.

**История жизни:** женат, много работает (по 10-12 ч в сутки) с частыми командировками. Ранее часто болел простудными заболеваниями. Курит по 1-2 пачки сигарет в день. Отягощена наследственность по ИБС, отец внезапно умер в возрасте 49 лет от ИБС. Ведет физически малоактивный образ жизни.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, кожные покровы лица бледно-землистого цвета. Рост 180 см, вес 110 кг. Выглядит старше своих лет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного качества с частотой 90 в мин, пальпируется сосудистая стенка вне пульсовой волны. АД 130/90 мм рт.ст. Граница сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Акцент II тона над аортой. Живот без особенностей.

ЭКГ прилагается.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 35**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной З., 35 лет, водитель автобуса, обратился к врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при обычной ходьбе на 200-300 м, подъеме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 10-15 мин., сопровождаются слабостью, одышкой, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. Последнее время при незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями.

**Из анамнеза жизни:** отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

**Объективно:** состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС 170 в минуту, Систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца не изменено. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

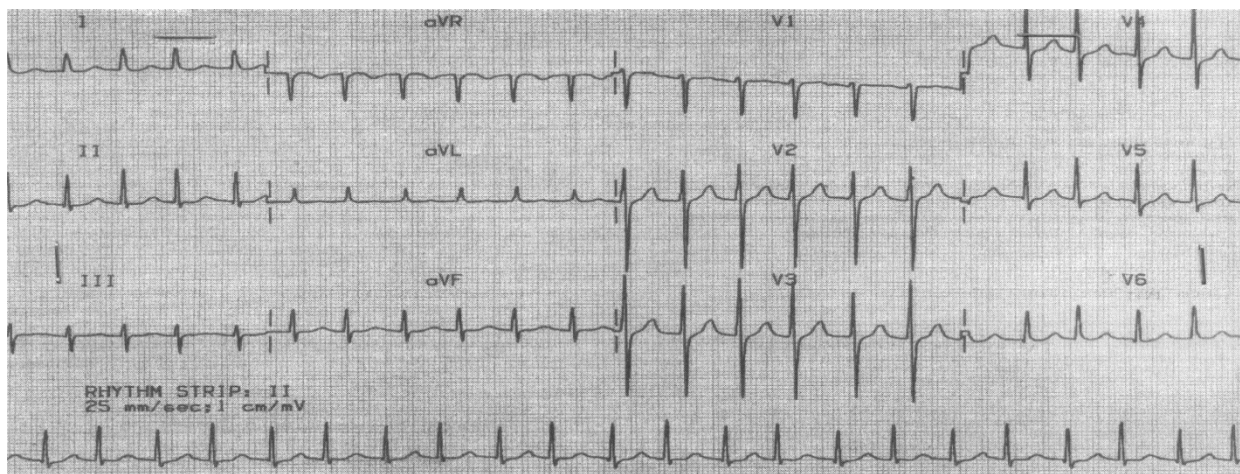
1.Общий анализ крови: Нв 136 г/л, эритроциты -  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $5,7 \times 10^9$ /л, эоз. - 4%, п/я -3%, с/я - 52%, лф - 35%, м - 6%; СОЭ 6 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты- 1-2, эпителий-2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли -нет.

3.Билирубин общий - 8,8 мкмоль/л, креатинин - 0,096 ммоль/л (0,014-0,44), глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин - 5,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л (3,4-5,3)

4.ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма до 23 мм), КДР ЛЖ - 53 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ - 26 мм (норма до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма до 40 мм), МЖП - 21мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ - 10 мм (норма до 11 мм); ФВ - 70% (N 60-70%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты. Трикуспидальный клапан, клапан легочной артерии - без изменений.

**ЭКГ:**



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

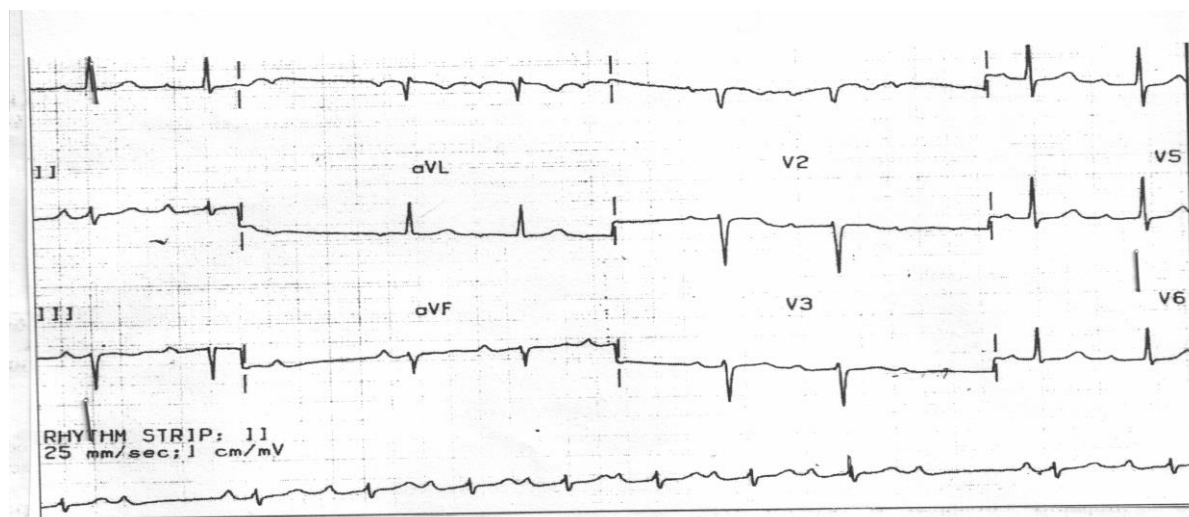
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 36**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной 68 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, частые перебои в работе сердца, ощущение замирания и остановки сердца, чувство нехватки воздуха и давящие боли за грудиной при подъеме до 1 лестничного пролета, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 мин. В анамнезе гипертоническая болезнь 10 лет на фоне абдоминального ожирения. Три года назад перенес инфаркт миокарда. После выписки из кардиологического стационара лекарственных препаратов не принимает. В течение двух последних лет отмечает перебои в работе сердца, АД не более 130/90 мм рт. ст. Месяц назад эти приступы участились, усилилась одышка при минимальной физической нагрузке, головокружения, кратковременные потери сознания, появились приступы удушья в ночное время, которые купирует положением ортопноэ, отеки стоп и голеней, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: акроцианоз, отеки стоп и голеней, холодные на ощупь. Рост 170 см, вес 105 кг. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 42 в мин., Pp 42 в мин. неритмичный. АД 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в размерах. Печень на 3 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации. Клинический анализ крови без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови билирубин 21,4 ммоль/л за счет прямой фракции, холестерин 6,8 ммоль/л, сахар крови 5,5 ммоль/л, калий крови 3,7 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156). ЭХО-КГ : дилатация ЛП и ЛЖ, ПП, гипокинезия боковой стенки ЛЖ, легочная гипертензия, ФВ 45%. Записана ЭКГ (см. ниже).





**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 37**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Н., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на перебои в работе сердца.

**Из анамнеза:** С 43 лет страдает артериальной гипертензией. По этому поводу обследовался и был выставлен диагноз гипертонической болезни. В течение 3 лет при ходьбе до 300 метров возникают приступы давящих загрудинных болей с иррадиацией левую руку, купируются при остановке в течение 3-5 минут, нитроглицерином через 1-3 минуты, принимал кардикет. Последний год беспокоит одышка при умеренных физических нагрузках. Лечился нерегулярно, принимал метокард, фуросемид, энап. Курил больше 20 лет, по 1 пачке в день. Сегодня почувствовал перебои в работе сердца и обратился к врачу.

**Объективно:** Легкий цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на I см кнаружи от правого края грудины; верхняя - на уровне 3 ребра; левая - по СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. ЧСС 92 уд в минуту, АД 150/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

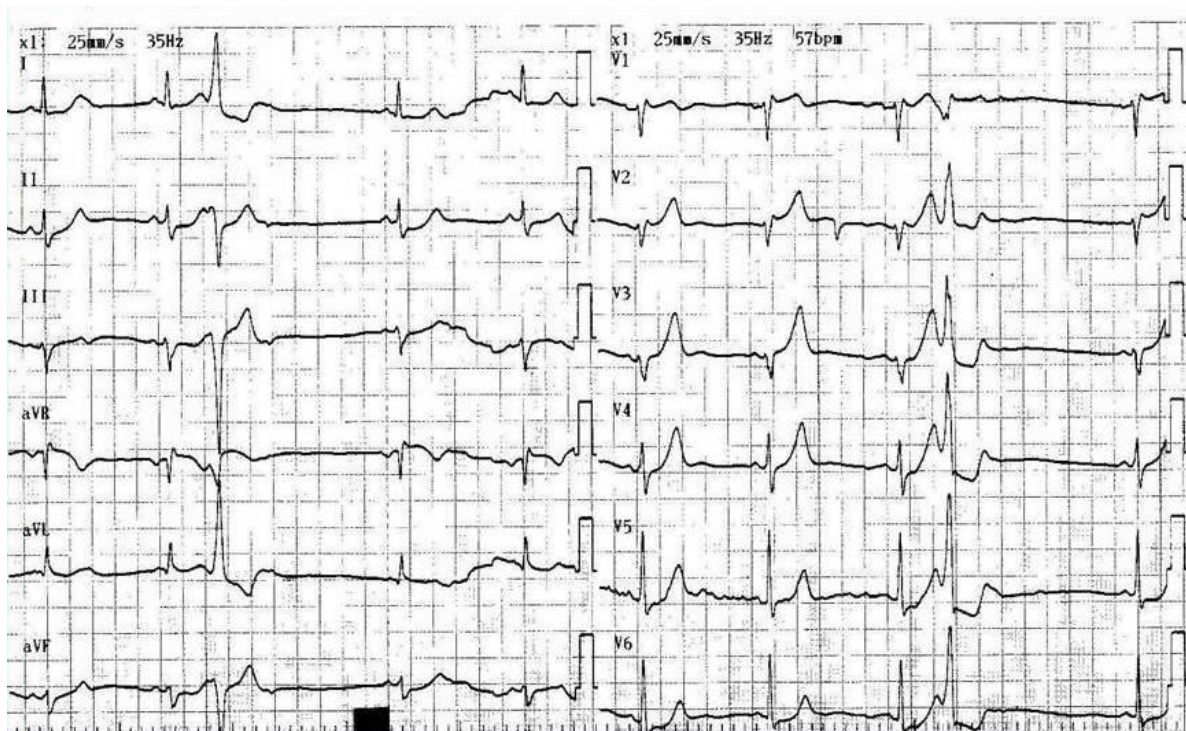
**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1.ОАК - Нь 130 г/л, Эр  $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, L  $7,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 16 мм/час.

2.ОАМ - уд вес 1018, белок 0,042 г/л, L -ед в п/зр,

3.Б\х крови - глюкоза 5,0 ммоль/л, холестерин 5,8 ммоль/л, общий белок 50 г/л, об. билирубин 22,5 ммоль/л, АСТ 10 (1-39 Ед/л), АЛТ 15 (1-40 Ед/л), мочевины 8,3 ммоль/л, креатинин 0,14 ммоль/л, натрий 151,0 ммоль/л (130-156), калий 2,9 ммоль/л (3,4-5,3).

4.ЭХО -КС: ПЖ 2,2 см (норма 2,3), МЖП 1,2 см (норма 0,8-1,1), ЗСЛЖ 1,2 см (норма 0,8-1,1), КДРЛЖ 5,5 (норма 5,5), КСРЛЖ 3,4 (норма 3,5), ЛП 4,2 см (норма 4,0). Фракция выброса 56% (норма 60-80%). ЭКГ



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 38  
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., 72 лет пенсионер, обратился к врачу с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт ст.

**Анамнез заболевания:** Высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал метопролол, гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Отеков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - 2 ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в 5-ом межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:**

1.ОАК: Нб 145 г/л. Эр  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, L  $7,9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 12 мм/час, ЦП 1,0.

2.ОАМ: уд вес 1020, белок 0,033 г/л, L ед в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

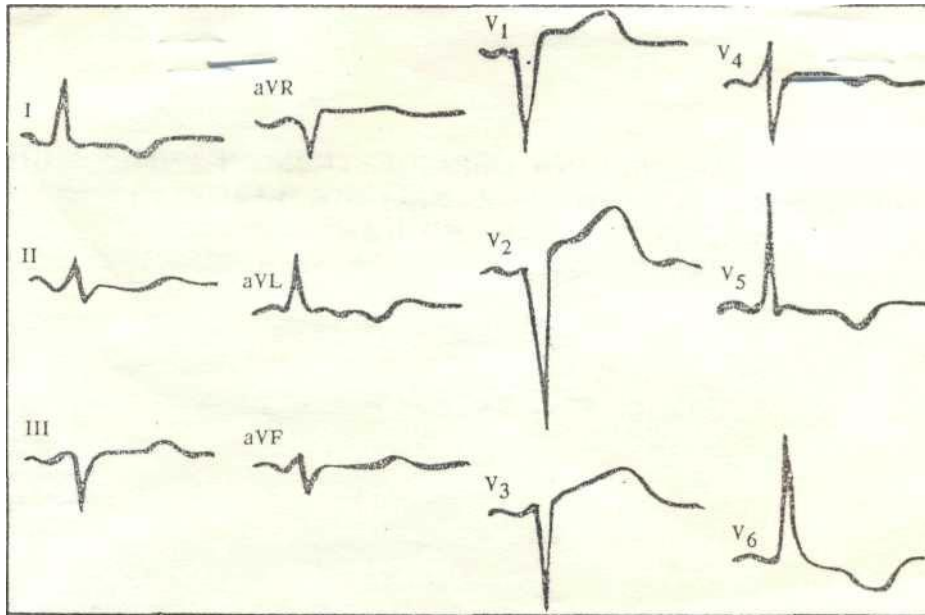
3.Б/х крови: сахар 5,2 ммоль/л, холестерин 7,2 ммоль/л, мочевины 9,0 ммоль/л, креатинин 0,13 ммоль/л, калий 5,3 ммоль/л (3,4-5,3), натрий 135 ммоль/л (130-156)

4.Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

5.Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки

6.ЭХО-КГ: ПЖ-2,1 см (норма 2,3), МЖП-1,25 см (норма 1,0 см), ЗСЛЖ-1,25 см (норма 1,0 см), КДРЛЖ -5,8 см (норма 5,5), КСРЛЖ -3,7 см (норма 3,5). Фракция выброса 54% (норма 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.

7.ЭКГ прилагается:



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 39**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Н., 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъеме на 2-3-й этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голени. Одышка в покое (ЧД 24 в мин.). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД 100/70 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в мин., ритм неправильный, акцент II тона на легочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, поверхность ее ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглен.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Анализ крови: Нв 108 г/л, эритроциты –  $3,04 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $4,6 \times 10^9$ /л, э- 2%, п/я – 10%, с/я – 52%, лф – 32%, м – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.

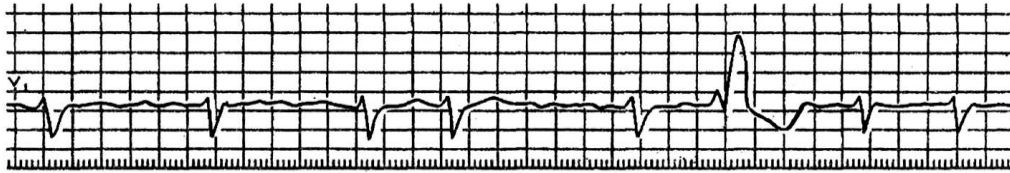
2. Анализ мочи: желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

3. Глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л (3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 ммоль/л, креатинин – 0,13 ммоль/л.

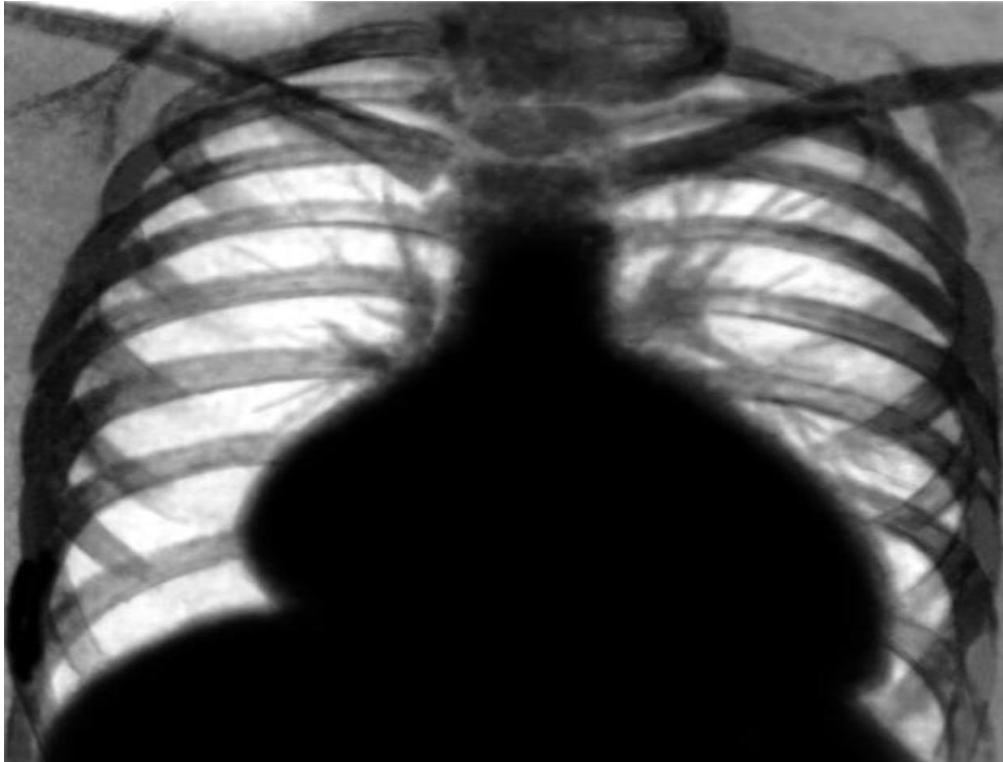
4. Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л.

5. ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма до 35 мм), ФВ 35% (норма 60-70 %). ПЖ - 33 мм (норма до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.

ЭКГ:



Рентгенологическое исследование грудной клетки:



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.





**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 40**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Н., 50 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъёме на 2-й этаж, купируются они после приема нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3 - 5 мин., сопровождаются общей слабостью.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4 раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приёмом нитроглицерина через 3-5 мин.

Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 170 см. Объем талии 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в мин., удовлетворительных качеств. АД 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

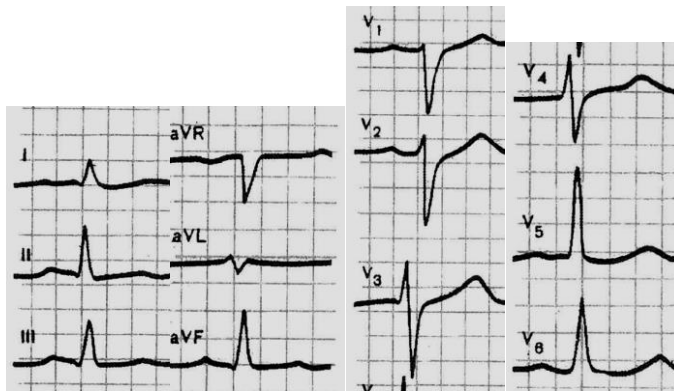
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: Нб 140 г/л, эритроциты –  $4,8 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, лейкоциты –  $5,7 \times 10^9/л$ , э – 4%, п/я – 3%, с/я – 52%, лф – 35%, м – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес – 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты – 1-2 п/зр, эпителий 2-4 в п/зр, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.

3.Креатинин – 0,088 ммоль/л, АСТ – 10 Ед/л (5-37), АЛТ – 12 Ед/л (4-42), общий холестерин – 6,2 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).

4. ЭКГ:



5. ЭхоКГ: КДРЛЖ -5,5 см (норма 5,5 см), КСРЛЖ -3,5 см (норма 3,5 см), ФВ – 68% (норма 60-80%), ПЖ-2,0 см (норма 2,2 см), ЛП – 3,9 см (норма 4 см), МЖП – 1,2см (норма 0,8 – 1,1 см), ЗСЛЖ – 1,2 см (норма 0,8 – 1,1 см).

### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 41**

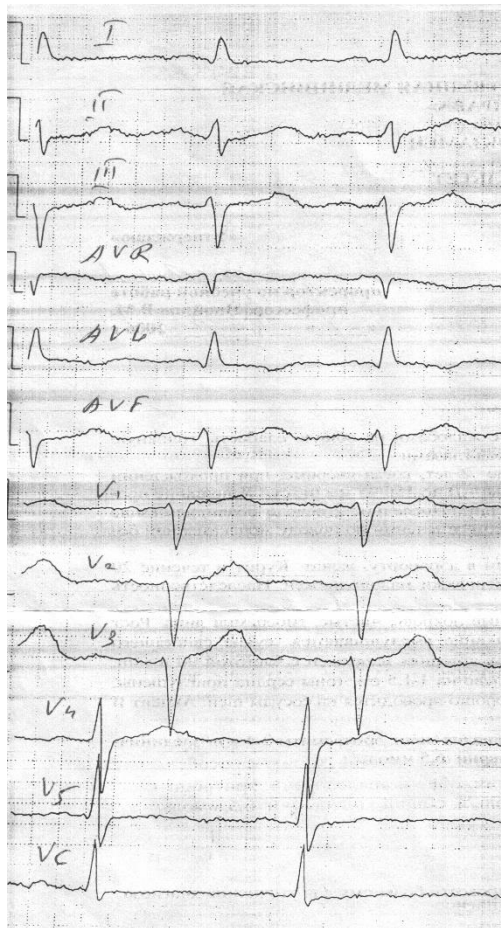
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной 47 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, временами мелькание «мушек» перед глазами. История болезни: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые, при прохождении медицинской комиссии, было зарегистрировано повышение АД до 150/95 мм рт. ст. Лечение не проводилось, так как чувствовал себя вполне удовлетворительно. Последние 2 недели появились выше описанные жалобы. Два года назад лечился в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни. История жизни: работает (посменно) диспетчером в аэропорту, женат. Курит в течение 20 лет, последнее время выкуривает до 2 пачек за смену. Физически малоподвижен. Наследственность по АГ не отягощена.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, гиперемия лица. Рост 175 см, вес 100 кг. В легких ослабленное везикулярное дыхание, выслушиваются сухие, свистящего характера хрипы по всем полям легких. Пульс на лучевых артериях напряжен с частотой 90 в мин, АД 180/110 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. I тон усилен на верхушке. Акцент II тона на аорте. Живот без особенностей. Симптом поколачивания положительный слева.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Клинический анализ крови без патологии
2. Общий анализ мочи: эритроциты 3-4 в п/з, единичные лейкоциты
3. Глюкоза крови 6,0 ммоль/л, общий холестерин 5,6 ммоль/л
4. ЭКГ:прилагается.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 42**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Б., 47 лет, менеджер строительной фирмы, госпитализирован с жалобами на интенсивную жгучую, давящую боль в грудной клетке в течение 1,5 часов, с иррадиацией в левое плечо и шею, слабость, головокружение, выраженную испарину, одышку в покое.

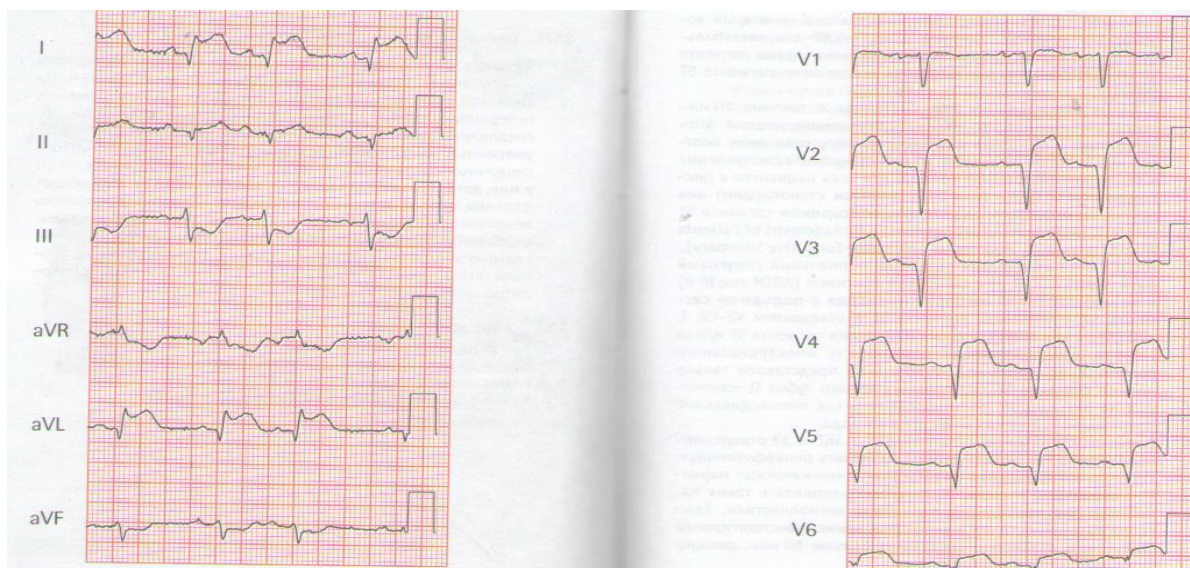
**Анамнез заболевания:** с 35 лет отмечает повышение артериального давления до 160/100 мм. Рт. ст. Не обследовался, не лечился. Болей в грудной клетке при физических нагрузках, одышки не было. Ведет малоподвижный образ жизни, курит в течение 20 лет 1 пачку в день. Инфарктов миокарда, инсультов не было. Уровень холестерина, глюкозы крови не знает. Рост 178 см, вес 105 кг. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда. Болевой синдром в грудной клетке развился в ранние утренние часы впервые в жизни в покое, накануне вечером выраженное эмоциональное напряжение и злоупотребление алкоголем. Вызвал Скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки. Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлен в приемное отделение.

**Объективно:** состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выраженно влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациент принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выраженно ослаблен, нитевидный 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, выслушивается систолический шум на верхушке. Артериальное давление на правой верхней конечности 80/50 мм. рт. ст., на левой верхней конечности 75/50 мм. рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

**Дополнительные методы обследования:** общий анализ крови: Hb-145 г/л, лейкоциты –  $10 \cdot 10^9$ , эритроциты –  $4,5 \cdot 10^{12}$  СОЭ – 5 мм/ час. Биохимический анализ крови: сахар – 12 ммоль/л, креатинкиназа-МВ фракция – 95 Е/л (N=25 Е/л), тропонин Т – 0,8 нг/мл (N до 0,1 нг/мл); общий холестерин – 7,7 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 5,2 ммоль/л (<1,8 ммоль/л); По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 35% (N=60-70%), регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

---

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 43**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Вызов участкового врача на дом. Больной И., 24 лет, рабочей профессии, жалуется на резко выраженную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, резкую слабость, постоянную тупую боль в области сердца. Начало заболевания больной связывает с перенесенной респираторной инфекцией: через 1 неделю после инфекции возникла быстро прогрессирующая одышка, а еще через 1 неделю больной не смог из-за этого спать в горизонтальном положении. Ранее ничем не болел. В настоящее время находится в очередном отпуске.

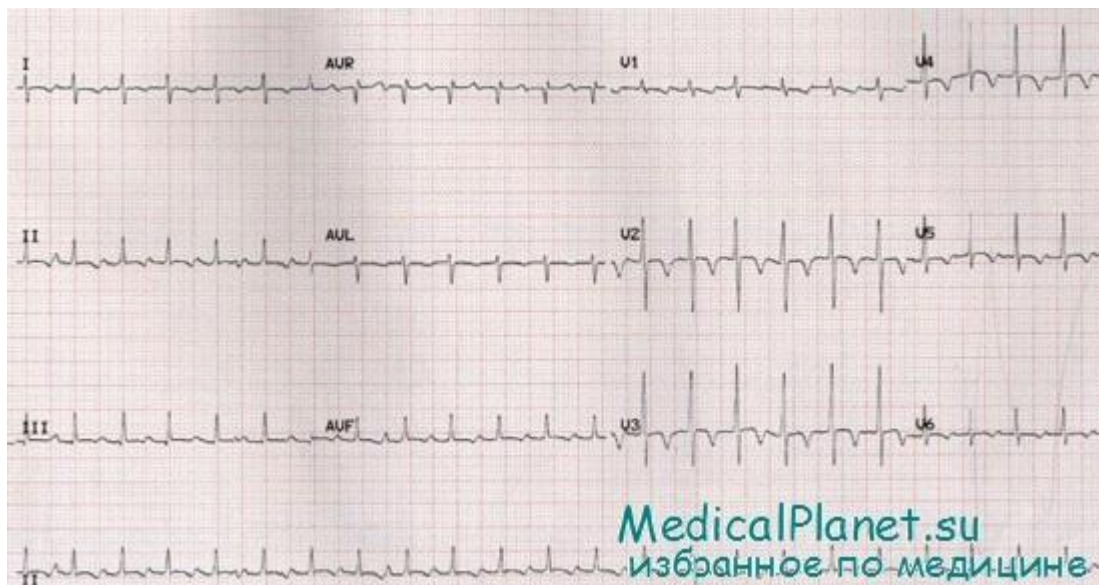
**Объективно:** Состояние тяжелое. Положение ортопное. Акроцианоз, отеки нижних конечностей до нижней трети голени. Число дыханий 28 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы в подлопаточных областях. Пульс слабого наполнения, 160 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая до правой среднеключичной линии, верхняя в пределах нормы, левая до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие. На верхушке сердца систолический шум. Живот не увеличен. Пальпируется край болезненной печени на 3 см ниже реберной дуги.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях, проведенных на дому, выявлены следующие данные:** клинический анализ крови: СОЭ 20 мм/ч, НЬ 145 г/л, лейкоциты  $8,4 \times 10^9$ /л.

Рентгенологическое исследование грудной клетки:



ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 44**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 32 г, библиотекарь. Вызов врача на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость.

Месяц назад лечилась у участкового врача по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7° до 39,5°). Похудела за это время на 5 кг.

**История жизни:** с детства наблюдается участковым врачом по поводу перенесенной в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отечность на голенях. Температура тела 39,1°. В легких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 28 в мин. Пульсация сонных артерий. Пульс 110 в мин, ритмичный, высокий, скорый. АД 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край закруглен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезенки. Почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Анализ крови: Нв- 105 г/л; эритроциты -  $3,14 \times 10^{12}$ /л; ЦП- 096; СОЭ – 60 мм/ч; лейкоциты -  $15,1 \times 10^9$ /л; э -2%; п/я -10%; с/я -55%; лф -28%; м-5%.

2. Анализ мочи: обычного цвета; уд.вес – 1028; белок -0,042 г/л; сахар – отсутствует; лейкоциты -2-5 в п/зр; эритроциты – 25-30 в п/зр.

3. Креатинин 0,10 ммоль/л; общий белок -58 г/л;  $\alpha_1$  -8%;  $\alpha_2$  -12%;  $\beta$  -7%;  $\gamma$  -23%; СРБ -12 мг/л (1-6)

4. ЭКГ - синусовая тахикардия (110 в мин.) , левограмма, ГЛЖ.

5. Рентгенограмма ОГК.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 45**

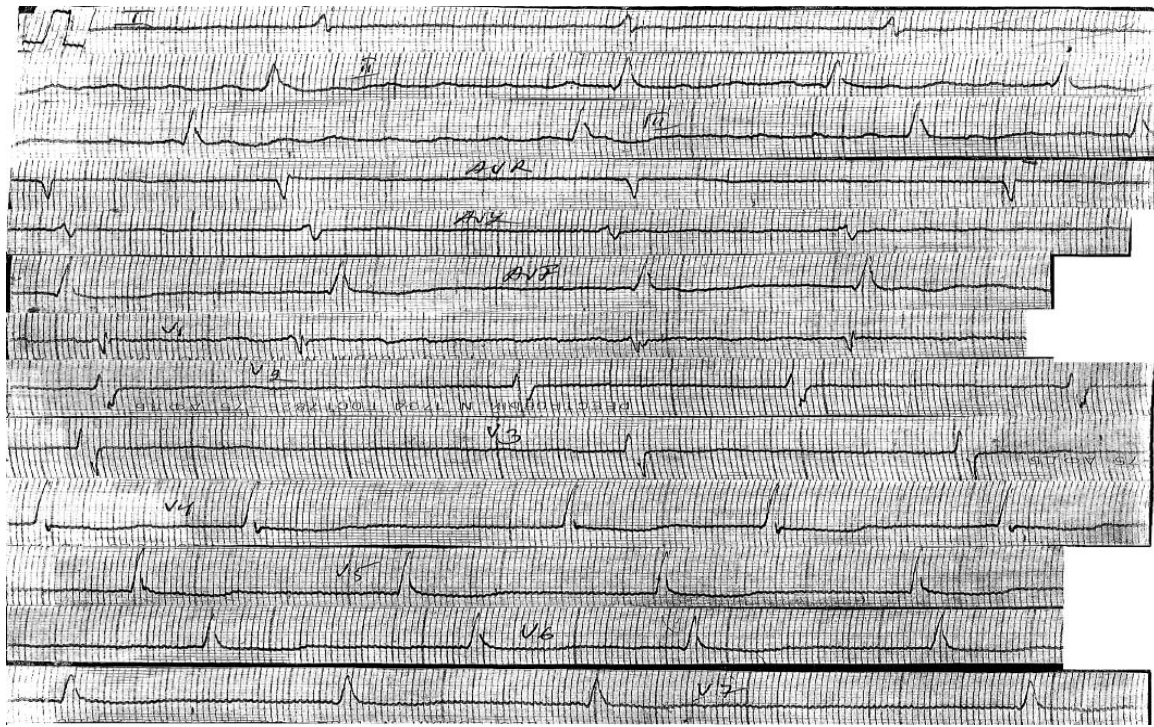
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 35 лет, инженер, жалуется на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

**Объективно:** Диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет.  $t 36.9^0$ . Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный 62 в мин., средней величины. ЧСС 72 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца неритмичные. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезенка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты –  $12 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 68%, лф – 23%, м – 2%. СОЭ – 26 мм/час
2. Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 (2-37 Ед/л), АЛТ – 89 (5-45 Ед/л), билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).
3. ЭКГ (см. ниже).



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 46  
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Ф., 45 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, поху-  
дание.

Считает себя больной в течение 11 лет. Постепенно появились боль, преимущественно в ночное и утреннее время, припухлость, ограничение подвижности во II-III пястно-фаланговых суставах, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, появилась утренняя скованность в течение 60 мин, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. Принимает метотрексат в дозе 10 мг/нед.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов – округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Hb - 90 г/л, эр. –  $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,8 \times 10^9$  /л, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 33%, л - 50%, м - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты –  $418,1 \times 10^9$ /л.
2. Биохимическое исследование крови: РФ 104 МЕ/мл (N до 16 МЕ/мл), фибриноген - 6,6 г/л (2-4), общий белок – 58 г/л,  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 16%,  $\beta$  – 19%,  $\gamma$  – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N=1-6 мг/л). АЦЩП – 74 Ед/мл (N= до 10 Ед/мл).
3. Рентгенограмма кистей (прилагается).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 47**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная З., 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу в связи с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; стартовые боли, возникающие после периода покоя, крепитацию (хруст) при активном движении в суставе, утреннюю скованность до 20 минут.

Давность заболевания точно определить не может. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Последние 20 лет пациентка работает вахтером в школе (продолжает работать и на пенсии).

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 80 кг. Кожные покровы телесного цвета. Отеков нет. Коленные суставы деформированы за счет пролиферативных явлений, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болевого синдрома, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Атрофия мышц, окружающих пораженные суставы. Остальные суставы не изменены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, мягко-эластическая, безболезненная.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, лейкоциты -  $6,7 \times 10^9$ /л: э - 3%, п/я - 4%, с/я - 57%, л - 30%, м-6%, СОЭ-20 мм/ч.
2. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.
3. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты на краях суставных поверхностей, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэкслероз.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.



4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 48**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет с жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.

**Объективно:** Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край II ребра, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трехчленный ритм, на верхушке сердца - хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины - акцент II тона, над мечевидным отростком - ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

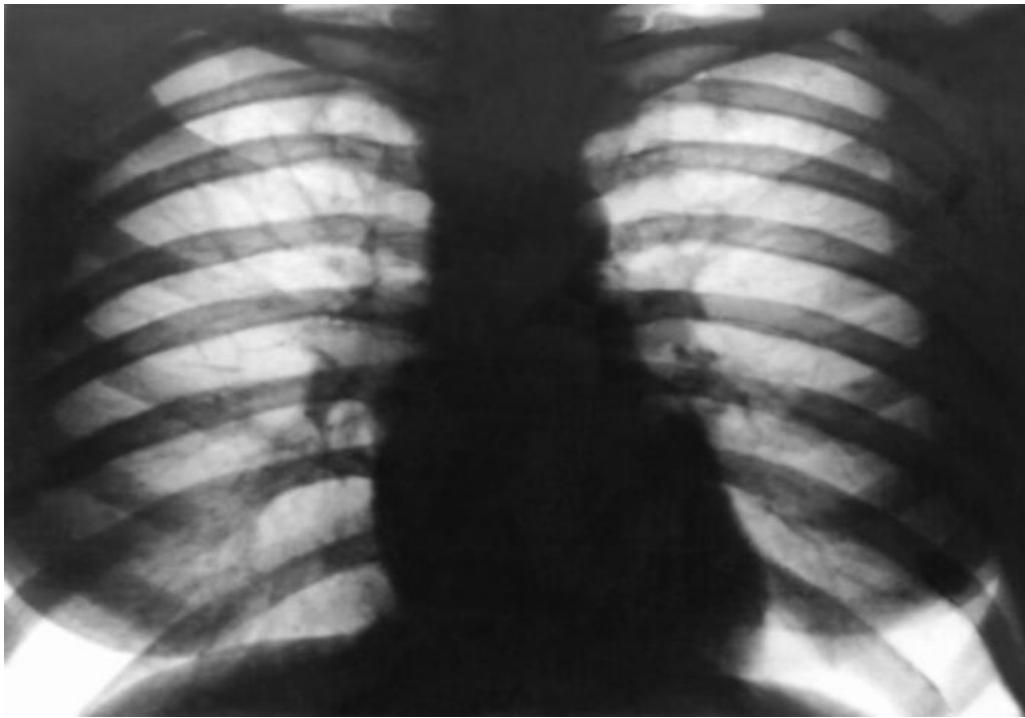
1.Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,1 \times 10^9$ /л, э - 3%, п/я - 8%, с/я - 53%, лф - 30%, м - 6%, СОЭ - 37 мм/час.

2.Общий анализ мочи: отн. плотность - 1019, белок - нет, лейкоциты - 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.

3.Фибриноген - 6,2 г/л (2-4), общий белок - 57 г/л,  $\alpha_1$  - 6%,  $\alpha_2$  - 14%,  $\beta$  - 18%,  $\gamma$  - 28%, СРБ - 7,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

4.ЭКГ: P-mitrale

5.Рентгенограмма прилагается



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 49**

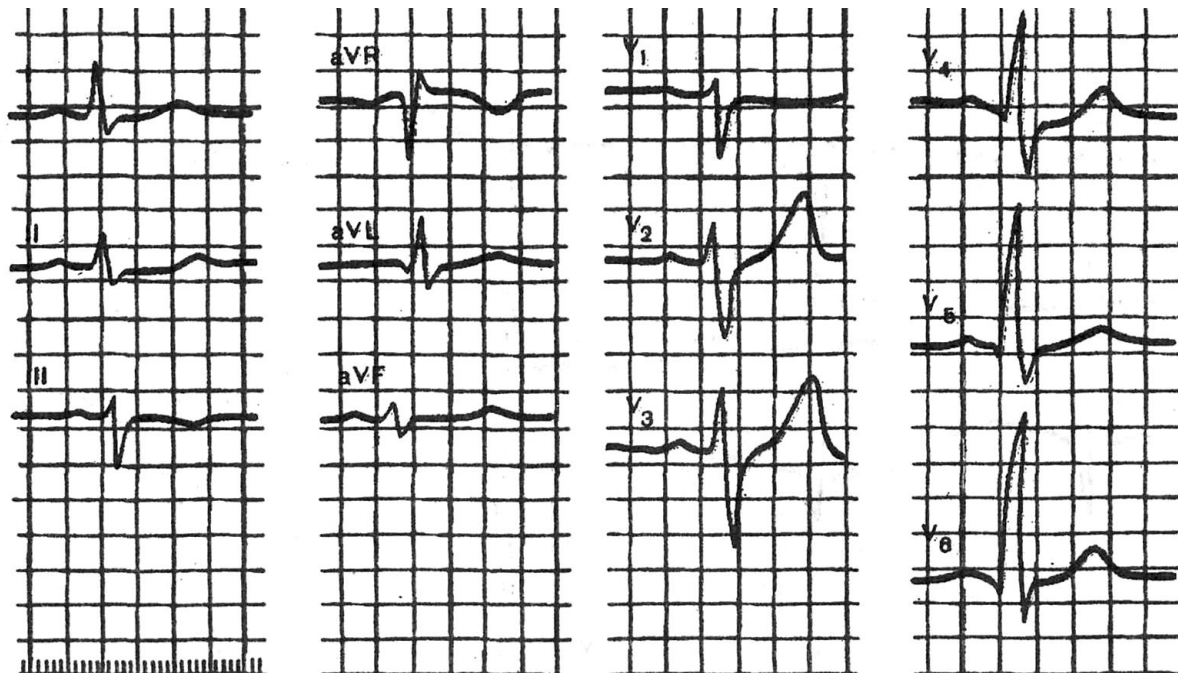
**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной П. 42 лет, плотник, жалуется на головные боли, головокружение, сердцебиение; одышку при быстрой ходьбе, подъеме на 3-й этаж. В детстве – частые ангины, боли в области верхушки сердца и в коленных суставах. С 17 лет за медицинской помощью не обращался. В течение последних 10 лет периодически беспокоили головокружение, головные боли. Настоящее ухудшение в течение месяца: головные боли стали постоянными, снизилась переносимость физической нагрузки.

**Объективно:** Кожа бледная. Отёков нет. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Усиленная пульсация сонных артерий, кивающие движения головы. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий. На бедренных артериях слышен двойной шум. ЧСС 98 в мин. АД 170/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Над аортой выслушивается мягкий убывающий диастолический шум, проводящийся область Боткина - Эрба, лучше выслушивается при наклоне вперёд и глубоком выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,0 \times 10^9$ /л, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 70%, л - 20%, м - 2%. СОЭ – 6 мм/ч.
- 2.Общий анализ мочи: отн. плотность-1016, белок – нет, лейкоциты – 1-3, эпителий – 1-3 в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
- 3.Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л.
- 4.ЭКГ (см. ниже).
- 5.Рентгенограмма ОГК (см ниже)



Рентгенограмма ОГК



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 50**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

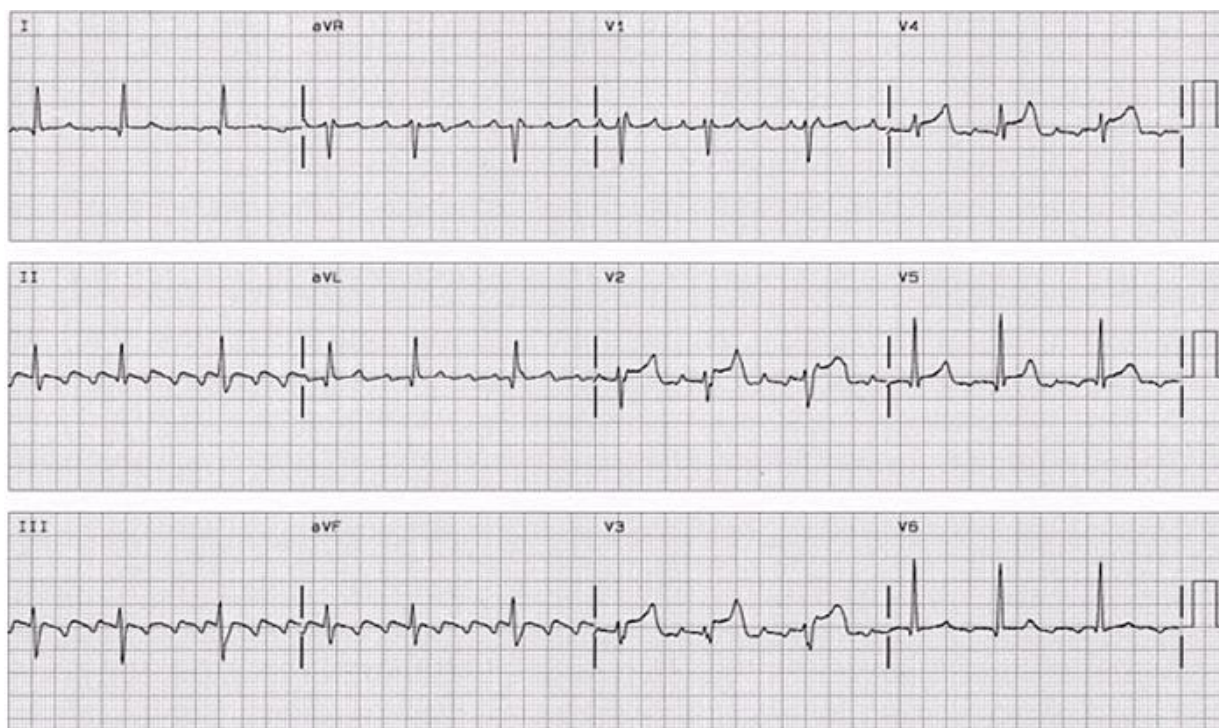
Больной Ж., 19 лет, студент, жалуется на сердцебиение, колющие боли в прекардиальной области без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха в покое, усиливающееся в горизонтальном положении, тяжесть в правом подреберье, боли и припухлость левого коленного сустава, резкое ограничение движения в нем, повышение температуры тела до 38,5°C. Считает себя больным в течение 20 дней: появились беспричинная слабость, повышение t° до 39°C, боли в горле; выявлена фолликулярная ангина, назначено лечение. Положительный эффект от лечения отметил на 3-й день и самостоятельно прекратил прием препаратов. Через 2 недели вновь усилилась слабость, повысилась t° до 37,9°C, появились боли и припухлость в правом коленном суставе, ограничение его подвижности, колющие боли в области верхушки сердца. Больной возобновил прием препаратов, рекомендованных ранее, но t° сохранялась, появились одышка, ощущение тяжести в правом подреберье.

**Объективно:** Положение ортопноэ, левая нога слегка согнута в колене. Кожа над левым коленным суставом гиперемирована, сустав припухший, горячий на ощупь, пальпация его резко болезненна, движения ограничены. Остальные суставы не изменены. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до 1,5 см, подвижные, безболезненные, округлые, плотноэластические. ЧД 24 в мин. Дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, незвучные мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных и подмышечных областях с обеих сторон. ЧСС 130 в мин. АД 95/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Печень на 3 см ниже реберной дуги, болезненна, край слегка закруглен. Селезенка не увеличена. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты -  $15 \times 10^9$ /л; п – 7%, с – 79%, лф – 13%, м – 1%; СОЭ - 28 мм/ч.

2.ЭКГ прилагается



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 51**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 55 лет, горный мастер, жалуется на боли, припухлость плюснефаланговых суставов I-III пальцев левой стопы, в голеностопных, коленных суставах и утреннюю скованность в этих же суставах в течение 2-3 часов.

Заболел 6 лет назад, когда внезапно возникли боли, припухлость и покраснение I плюснефалангового сустава слева. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал нимесулид в течение 7 дней с хорошим эффектом (боли, гиперемия и припухлость полностью купировались). В дальнейшем стал отмечать эпизоды болей в I плюснефаланговых суставах в среднем 2 раза в год, преимущественно после употребления алкоголя и мясной пищи в больших дозах. Постепенно присоединились боли в голеностопных и коленных суставах, которые самостоятельно купировал приемом нимесулида. Настоящее ухудшение в течение последних 10 дней: появились боли и припухлость плюснефаланговых суставов правой и левой стопы, над вышеуказанными суставами – гиперемия кожи, эффект от приема нимесулида был минимальным. Через 3 дня от начала настоящего обострения заболевания стали беспокоить приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией на внутреннюю поверхность бедра и наружные половые органы, по поводу чего неоднократно обращался в СМП и врачами которой было рекомендовано обследование и лечение в амбулаторном порядке.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа телесного цвета, чистая. По краю ушных раковин плотные белесоватые образования до 5 мм в диаметре. В области плюснефаланговых суставов I-III пальцев обеих стоп – припухлость, резкая болезненность при пальпации. Голеностопные, коленные суставы: выраженная припухлость, умеренная болезненность при пальпации, объем движений ограничен. Местная температура над суставами повышена. По внутренним органам – без патологии. Болезненность при пальпации в реберно-позвоночной точке справа.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, эр. -  $4,15 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,5 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 9%, с/я - 50%, л - 35%, м - 5%, СОЭ - 36 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1018, белок – 0,09 г/л, лейкоциты – 6-8, эпителий – 6-8 в поле зрения, эритроциты – 4-5 в поле зрения, ураты – большое количество.
3. Биохимическое исследование крови: общий белок – 72 г/л, фибриноген – 5,7 г/л, СРБ – 14,6 мг/л (N=1-6 мг/л), мочевины – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 598 мкмоль/л (N=210-420 мкмоль/л), креатинин 0,1 ммоль/л.



4. Рентгенограмма стоп (прилагается).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 52**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Д., 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу в связи с жалобами на общее недомогание, слабость, потерю веса на 5 кг за последние 3 месяца, мигрирующие боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела.

Считает себя больной около 10 месяцев, когда появились боли во II-III проксимальных и дистальных межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти и нарастающая слабость. После длительного пребывания на солнце (отдых на море) самочувствие ухудшилось: присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°C, без ознобов, появилось пульсирующее, разлитое покраснение кожи с цианотичным оттенком в средней зоне лица, усиливающееся при воздействии внешних факторов (ветер, холод) и при волнениях, что больная долгое время рассматривала как последствие загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены изменения в анализах крови и мочи, в связи с чем обратилась к участковому терапевту.

**Объективно:** состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, гиперемия кожи над ними. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Отечность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Пальпация правого подреберья безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв 100 г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоциты  $2,7 \times 10^9$ /л, э- 4%, п/я -3%, с/я - 62%, л - 25% м - 6%; СОЭ 40 мм/ч, тромбоциты -  $88 \times 10^9$ /л.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1,016; белок - 0,3 г/л, глюкоза -нет, лейкоциты -1-2, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые -5-8, цилиндры восковидные 2-3 в поле зрения, соли - нет.
3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ-10 Ед/л (норма 5-37Ед/л), АЛТ -12 (норма 4-42 Ед/л), холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л,  $\alpha_1$ - 3,5%,  $\alpha_2$  -10,5%,  $\beta$ - 13,6%,  $\gamma$ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ-90 мг/л (норма 1-6 мг/л).
4. Антитела к ДНК 40 МЕ/мл (0.00-25.00), антинуклеарный фактор 1:320 (<1:160).

### **Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 53  
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Б., 45 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, боли в кистях, от незначительных до умеренных, симметричные и достаточно упорные, утреннюю скованность в кистях до 60 минут, плотный отек кистей и ограничение движений в них, сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, сухость во рту, затруднение жевания и глотания, зябкость кистей, их цвета (побеление, посинение, покраснение) на холоде, при волнении.

Считает себя больной с 40 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Постепенно в течение 6 мес. присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства, была обследована (общий анализ крови и мочи, флюорография, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек), однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита и назначен метотрексат по 15 мг/нед., после чего боли купировались, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила лечение. В возрасте 42 лет после длительного пребывания на солнце (отдых на море) больная стала отмечать затруднение глотания, сухой кашель и сердцебиение при ходьбе. В течение последних 6 мес. резко усилились боли в ногтевых фалангах пальцев кистей при попытке работы на клавиатуре компьютера.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Внешний вид больной представлен ниже. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Кожа в области плеча и предплечья с обеих сторон уплотнена, плохо берется в складку. На коже туловища множественные телеангиэктазии. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объем пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в мин. Эскурсия грудной клетки 3 см. При аускультации - симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

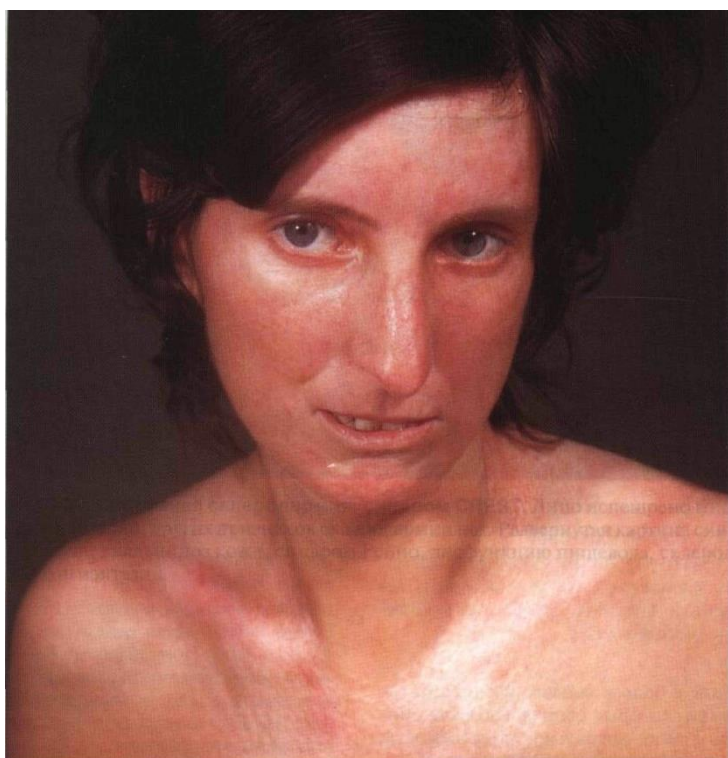
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие дан-**

**ные:**

1. Общий анализ крови: эритроциты  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Hb 95 г/л, ЦП-0,85; лейкоциты  $15,3 \times 10^9/л$ ; э – 2%, п – 8%, с – 72%, л – 17%, м – 1%; СОЭ 27 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л;  $\alpha_1$  - 3,8%,  $\alpha_2$  – 12%;  $\beta$ – 12%;  $\gamma$  – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ 12 мг/л (норма 1-6 мг/л).
3. LEклетки – отрицательно.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 54  
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Г., 18 лет, студентка, обратилась к врачу с жалобами на интенсивные боли в коленных и голеностопных суставах, резко ограничивающие движения, наличие зудящей болезненной сыпи на ногах, изменение цвета мочи, диффузные спастические боли в животе, усиливающиеся после приема пищи.

Заболела остро: 3 дня назад без видимой причины появились боли в коленных и голеностопных суставах, их припухлость и местная гипертермия. Одновременно больная заметила появление симметрично расположенной ярко-красной сыпи на стопах и голени. В течение последующих 2 дней сыпь распространилась на бедра и ягодицы, на стопах и голени в области высыпаний появились пузырьки с кровянистым содержимым. Дважды больная отметила кровянистый цвет мочи. Вчера вечером после еды появились схваткообразные боли в животе, сопровождавшиеся тошнотой, дважды была рвота съеденной пищей, принеся облегчение. Сегодня утром после завтрака вновь возникли боли в животе и тошнота; рвоты не было.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, обычной влажности, на ногах множественные симметричные высыпания: петехии и пурпура, в области голеностопных суставов - везикулы с геморрагическим содержимым и подсыхающие корочки, в области ягодиц эритематозные пятна, папулы. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме за счет припухлости, резко болезненны при пальпации, объем активных и пассивных движений в них существенно ограничен. Остальные суставы не изменены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/66 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 102 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Пальпация живота умеренно болезненна во всех отделах. Перистальтика сохранена. Перитонеальные симптомы отрицательны. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпация почек безболезненна, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 112 г/л, эритроциты- $3,64 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,96;СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты –  $260,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $20,0 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 55%, л - 28%, м - 5%.
- 2.Общий анализ мочи: кровянистая, удельный вес - 1028, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, эритроциты - 20-30 в поле зрения, соли - нет.
- 3.Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000 в 1 мл, эритроциты – 10000 в 1 мл, цилиндры - 5 в 1 мл.
- 4.Биохимическое исследование крови: билирубин - 8,8 (2,2/6,6) мкмоль/л, АСТ – 28

Ед/л(норма 5-37Ед/л), АЛТ – 30 Ед/л (норма 4-42Ед/л), мочевины - 3,2 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 49%, глобулины - 51%:  $\alpha_1$  - 8,0%,  $\alpha_2$ - 12%,  $\beta$  - 8%,  $\gamma$ -23%; СРБ 16 мг/л (норма 1-6 мг/л).  
5.ФГДС: геморрагический дуоденит.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ситуационная задача № 55

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

Больной Д., 29 лет, юрист, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,3-39°C, потерю веса на 10 кг за последние 3 месяца, повышение АД до 260/180 мм рт.ст., снижение зрения, выраженную общую слабость.

Считает себя больным около 6 месяцев, когда появились тянущие боли и мышечная слабость в мышцах голени, усиливающиеся при ходьбе. В течение последующих 3 месяцев интенсивность мышечных болей и слабости увеличилась, появились эпизоды повышения температуры тела до 39°C, сопровождавшиеся проливными потами. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал диклофенак с кратковременным положительным эффектом, амоксицилин – без эффекта. 3 месяца назад на фоне продолжающихся эпизодов гипертермии развилась резкая слабость в кистях и стопах, более выраженная слева, в связи с чем больной утратил возможность самообслуживания и обратился за медицинской помощью. Тогда же впервые зарегистрировано повышение АД (180/110 мм рт.ст.), сопровождавшееся головной болью, головокружением и тошнотой. Больной был обследован в амбулаторном порядке, однако причина вышеуказанной симптоматики осталась не выявленной. Эффективность комбинированной гипотензивной терапии была минимальной. Эпизодически отмечалось значимое повышение АД (до 260/180 мм рт.ст.). В этот же период времени у больного резко ухудшилось зрение.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести, пониженного питания. Температура тела 38,3°C. Обездвижен, не может обслуживать себя из-за пареза кистей и стоп. Сетчатое изменение рисунка кожи на туловище и конечностях. Атрофия мышц, особенно конечностей. По ходу плечевых артерий пальпируются мелкие узелки. Пульс 120 в 1 мин, ритмичный. Левая граница относительной сердечной тупости – на 1 см левее среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. АД 250/150 мм рт.ст. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Нв 105 г/л, эритроциты –  $3,04 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,8, СОЭ – 56 мм/ч, лейкоциты  $16,5 \times 10^9$ /л, э - 5%, п/я – 12%, с/я – 50%, л – 28%, м – 5%.
2. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес 1028, белок – 0,12 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 2-5 в поле зрения, эритроциты – 10-15 в поле зрения, соли - нет.
3. HBsAg(повторно)– 0,15МЕ/мл (норма 0-0,05 МЕ/мл).
4. Биохимический анализ крови: фибриноген 8 г/л, СРБ 90 мг/л (норма 1-6мг/л), общий билирубин 24 мкмоль/л, АСТ 48 Ед/л (норма 5-37 Ед/л), АЛТ 54 Ед/л (норма 4-42 Ед/л)
5. Консультация окулиста: острая гипертензивная ангионейроретинопатия в стадии дегенерации



неративных необратимых изменений.

6. Морфологическое исследование биоптата печени: признаки хронического персистирующего гепатита.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 56**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 48 лет, кладовщик, инвалидности нет. Поступил в клинику с жалобами на кашель с желеобразной мокротой, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5°. Беспокоит боль в верхней половине грудной клетки справа, связанной с дыханием.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 7 дней назад после переохлаждения, появился озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель вначале сухой, затем с желеобразной мокротой, боли в грудной клетке справа. За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 10 лет, курит - 30 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ –но:** Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, При перкуссии легких справа в проекции верхней доли отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация, бронхофония усилена, усилено голосовое дрожание.

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 130 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 130 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-46 мм/ч, Нб-129 г/л, эр.-4,1x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -18,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-11%, с/я-72%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0,4 г/л; пл.эп.- ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 56 г/л, глюкоза- 5,2 ммоль/л, креатинин-0,06 ммоль/л, мочевины 3 ммоль/л, АсТ-20, АлТ-17.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 57**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 49 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета в количестве 15 мл. в сутки, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°, ознобы.

**Анамнез заболевания.** Заболел около 2-х дней назад. Внезапно поднялась температура тела до 39°-40°, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и вдохе, кашель непродуктивный, сегодня утром впервые появилась мокрота ржавого цвета, что заставило больного обратиться в поликлинику, после проведенной рентгенографии органов грудной клетки больной был госпитализирован в отделение в экстренном порядке.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

**ОБ –но:** Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 26 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено справа в подлопаточной области. При перкуссии легких справа в аксиллярной области, подлопаточной области отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация. Слева дыхание везикулярное, АД 130/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: СОЭ -25 мм. в час, Лейкоциты –  $18 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.
3. Общий белок – 61 г/л.
4. КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 76 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 90 %.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 58**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной С., 28 лет, учитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета, боли в левой половине грудной клетки, которые усиливаются при кашле, глубоком вздохе, движении; резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5°. Беспокоит одышка смешанного характера, усиливается при движении, разговоре.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро через 7 дней после перенесенного гриппа (в семье болели все родственники), появился озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель вначале сухой, затем с мокротой ржавого цвета, боли в грудной клетке слева при дыхании. В поликлинику обратился через 3 дня, т.к. улучшения от приема лекарств в домашних условиях не было. После осмотра больного в поликлинике, врач направил его в стационар.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

ОБ –но: Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено слева в подлопаточной области. При перкуссии легких слева в подлопаточной области и по боковой поверхности грудной клетки (по аксиллярным линиям) отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушивается крепитация, бронхофония усилена. Справа дыхание везикулярное, АД 115/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 120 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ – 22 мм. в час, Лейкоциты –  $19 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-72%, лимфоциты-14%, моноциты-2%.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

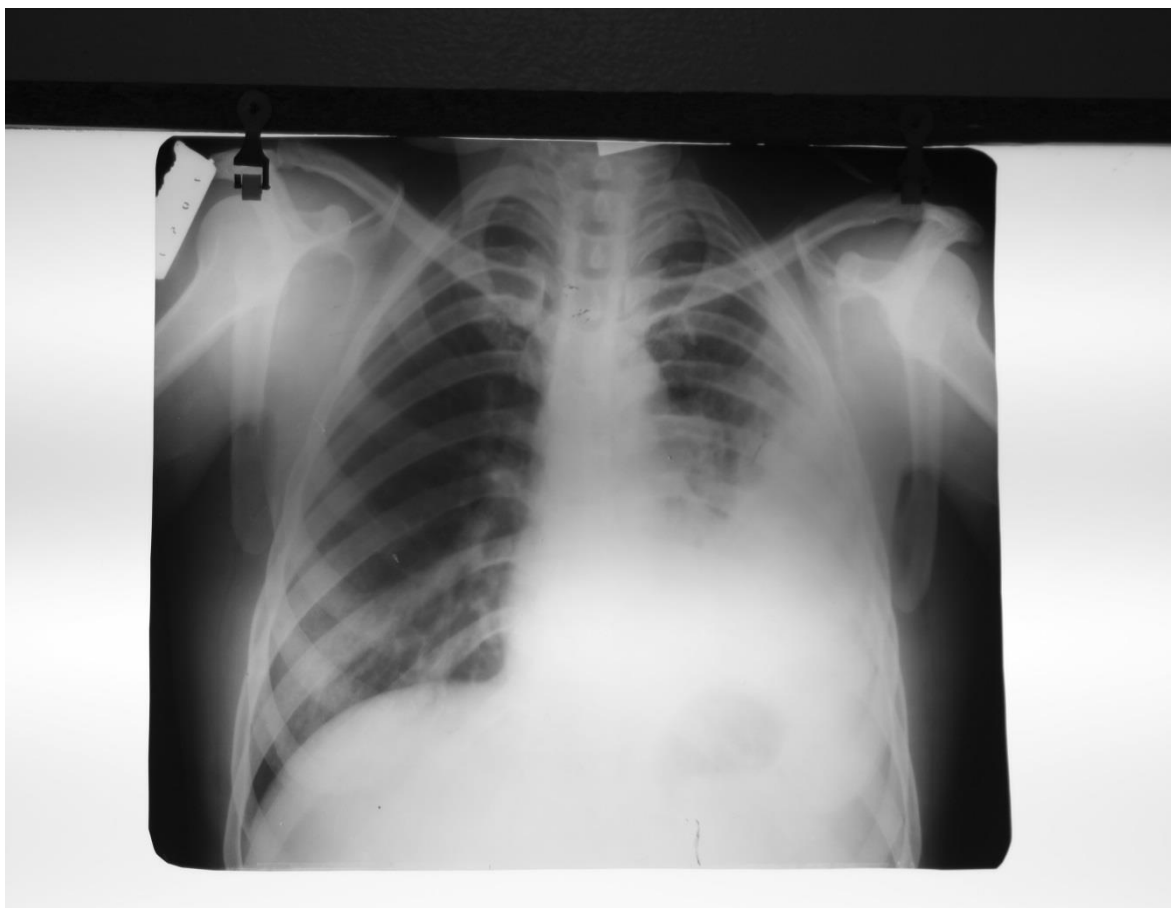
3.Общий белок – 69 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст.72 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 80 %.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 59**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Р., 55 лет, кондуктор, поступила в клинику с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, резкую слабость, снижение аппетита, недомогание, прогрессирующее похудание, сухой надсадный кашель.

**Анамнез заболевания.** Болеет в течение 4 - х месяцев. Заболевание развивалось постепенно, нарастала слабость, потеря аппетита, похудание. Около 2-х месяцев назад появилась одышка и постепенно нарастала, за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2-х недель усилилась одышка.

**Анамнез жизни:** Курит – с 20 лет по 2 пачки сигарет в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Туберкулезом ранее не болела. Последние 5 лет наблюдалась у маммолога по поводу мастопатии.

**ОБ–но:** Общее состояние средней степени тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком. Питание понижено. ЧД – 28 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука справа, начиная с 4 ребра. В зоне притупления отсутствует голосовое дрожание, дыхание не прослушивается, хрипов, крепитации нет. Относительная сердечная тупость смещена влево до среднеключичной линии. Тоны приглушены, ритмичные 90 ударов в минуту. АД 130/80мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Проведена пункция плевральной полости. Удалено 1,5 литра геморрагического экссудата.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -25 мм. в час, Лейкоциты –  $8.0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%, гемоглобин – 90г/л.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

3.Общий белок – 58 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 60 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 77 %.

5.Анализ плевральной жидкости: относительная плотность: 1,020; белок – 4%, проба Ривальта (+). БК – не обн. Эритроциты – значительное количество, лейкоциты – много. Формула: э – 1, П – 6, С – 70, Л – 15, М – 6

Вопросы:



1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 60**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Л. 35 лет, юрист, поступил в клинику с жалобами:

-На приступы удушья (затруднение выдоха) по утрам без четкого эффекта от ингаляторов ( b-агониста – беротека);

-Иногда обращал внимание на окрашенную желтым цветом слюну с горьким привкусом в утренние часы.

-На изжогу в утренние часы

**Анамнез заболевания:** Считает себя больным более 3–х лет, когда впервые появились вышеуказанные приступы удушья по утрам. Обращался в консультативную поликлинику, где при проведении обследования был установлен диагноз бронхиальной астмы. Назначено базисное лечение по поводу данного заболевания. Пациент строго придерживался рекомендаций: ежедневно постоянно принимал ингаляции беротека по 2 вдоха X 4 раза в сутки, через 10 минут после беротека принимал ингаляции флютиказона пропионата (фликсотид) утром 250 мкг. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшилось. Приступы удушья стали появляться чаще, эффекта от базисной терапии и b-агонистов не было. При более подробном сборе анамнеза удалось выяснить, что изжога эпизодически беспокоит более 6 лет, особенно после приема кислой пищи, в утренние часы, при физической работе в наклон. По данному поводу не обследовался и не лечился. Настоящая госпитализация связана с участвующимися приступами удушья.

**Анамнез жизни:** Наследственность по бронхиальной астме не отягощена. Аллергологический анамнез спокоен.

Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание поверхностное, выдох несколько удлинен. Перкуторно над всеми легочными полями ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, рассеянные диффузные свистящие хрипы на выдохе. ЧД – 20 в минуту. Сердце – тоны ясные, ритмичные с частотой 88 в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот симметричен, активно принимает участие в дыхании. При пальпации во всех отделах мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дополнительные методы обследования:

ФБС: Без патологии.

ЭКГ: Синусовый ритм с частотой 88 в минуту.

ФВД с фармакологической пробой (беротеком): ОФВ<sub>1</sub> до пробы – 65% от должной величины, после фарм. пробы ОФВ<sub>1</sub> – 85% от должной величины. Индекс Тиффно составил до пробы – 0,65, после пробы – 0,7.

Рентгенография органов грудной клетки: Без инфильтративных изменений. Синусы свободны. Сердце – без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 61**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Г., 26 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, повышение температуры до 38,6 С, изнурительный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в мышцах, потливость. Заболела 7 дней назад, когда появился субфебрилитет, головная и мышечная боль, першение в горле, насморк, сухой кашель, в дальнейшем состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,3 - 38,7 С (без озноба), появилась боль в правом боку при глубоком дыхании. Самостоятельно принимала противовирусные препараты, эффекта не было.

В анамнезе: хронические заболевания отрицает. Курит 2-3 сигареты в день. Наследственность неотягощена. Аллергическая реакция в анамнезе на пенициллин – крапивница.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, повышенной влажности. Вокруг носа кожа мацерирована. Температура 37,6 С. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы до 1,0 см с обеих сторон, эластичные, гладкие, подвижные, не спаянные между собой, болезненные. Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧД 22 в минуту. Перкуторно в правой подключичной области определяется укорочение звука, там же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, соотношение тонов правильное, шумов нет, ЧСС 92 в минуту. АД 110\70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

План обследования:

Общий анализ крови: Эр. 4,0\*10<sup>12</sup>/л; Нв 120 г/л; Лейк 14,6\*10<sup>9</sup>/л; э - 0; б - 0; п - 4; с - 61; л - 30; м - 5 %. СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1,012; белок не обн.; лейкоциты 3-6 в п/зр; эритроциты 2-3 в п/зр.

Проба Нечипоренко: лейкоциты 1,75\*10<sup>6</sup>/л; эритроциты 0,75\*10<sup>6</sup>/л.

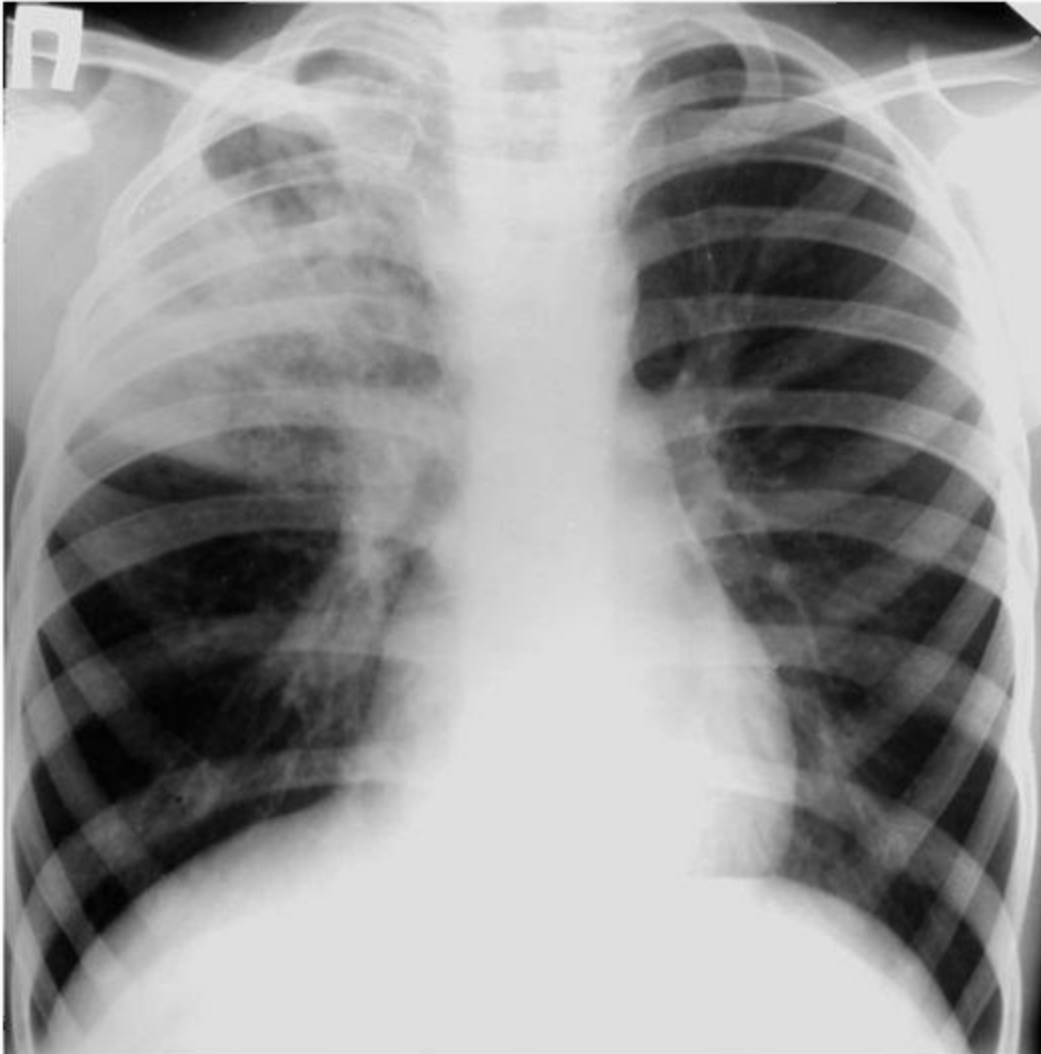
Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л; креатинин 0,11 ммоль/л; общий белок 68 г/л (альб. 50 %, альфа1 6 %, альфа2 14 %, бета 14 %, гамма 16 %).

Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

ЭКГ: ритм синусовый, 86 в минуту. Патологические изменения не выявлены.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 62**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., 29 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой ржавого цвета в количестве 50 мл. в сутки, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,5° с ознобами, боль в левой половине грудной клетке при глубоком дыхании и кашле.

**Анамнез заболевания.** Заболел около 4-х дней назад, отмечает связь с резким переохлаждением на работе. Внезапно поднялась температура тела до 39°-40°, появились боли в левой половине грудной клетки при кашле и вдохе, кашель непродуктивный, сегодня утром впервые появилась мокрота ржавого цвета, что заставило больного обратиться в поликлинику,

**Анамнез жизни:** Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез отягощен – отек Квинке на прием ампициллина.

ОБ –но: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 24 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре симметрична, голосовое дрожание усилено слева по передней поверхности грудной клетки до 5 ребра, там же отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же бронхиальное, хрипы и крепитация отсутствуют. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 130/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 88 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

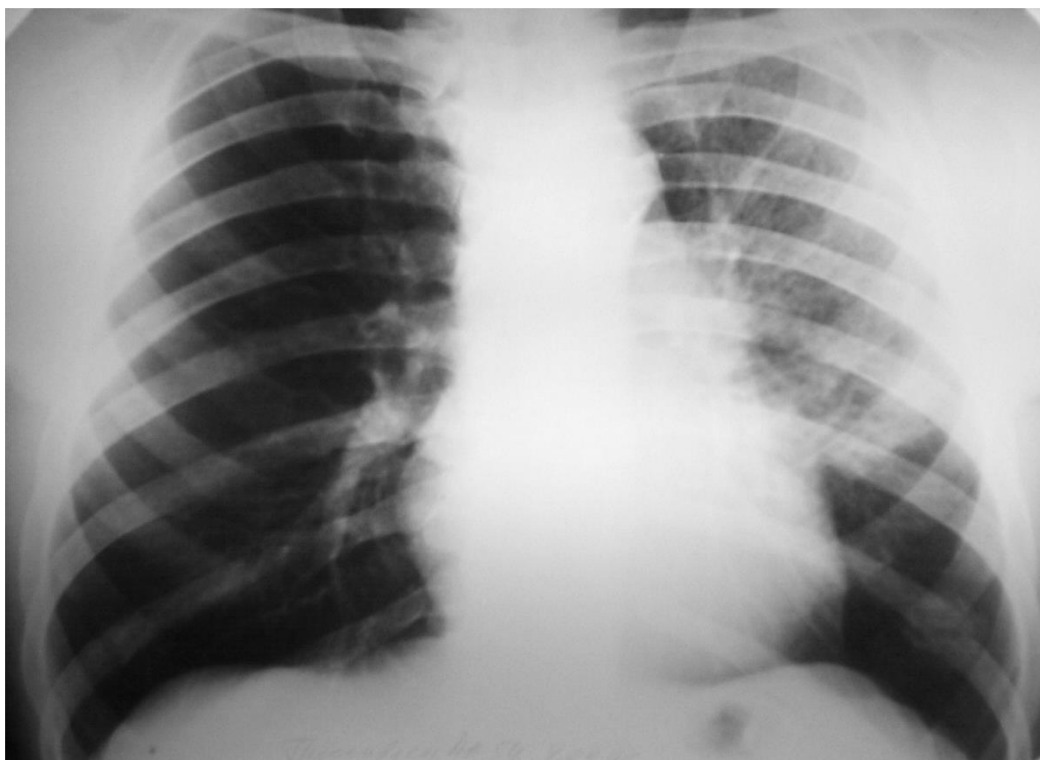
Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -35 мм. в час, Лейкоциты – 28 х10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-6%, моноциты-2%.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

3.Общий белок – 68 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст.66 мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> 70 %.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 63**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 38 лет, рабочий. Поступил в клинику с жалобами на кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом» с неприятным запахом, иногда прожилками крови в мокроте, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°.

**Анамнез заболевания.** Заболел 9 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до 38,5°, кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом» с неприятным запахом. За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Пациент отмечает частые простудные заболевания с раннего детского возраста, бронхиты, пневмонии. 4-6 раз в год отмечает эпизоды с повышением температуры тела и обильным отделением мокроты. Кашель присутствует постоянно с разным количеством мокроты, особенно по утрам. Вредные привычки отрицает.

**ОБ–но:** Общее состояние больного тяжелое, акроцианоз губ, температура при осмотре 39°, ЧД до 30 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, перкуторно коробочный звук в верхних отделах легких. При перкуссии легких справа в проекции средней доли передней поверхности грудной клетки ниже 4 ребра и слева в аксиллярной области отмечается притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония, голосовое дрожание не изменены. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 130 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 130 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-26 мм/ч, Нб-120 г/л, эр.-4,1х10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -10,8х10<sup>9</sup>/л, п/я-11%, с/я-72%, лимф.-10%, мон.-7%.

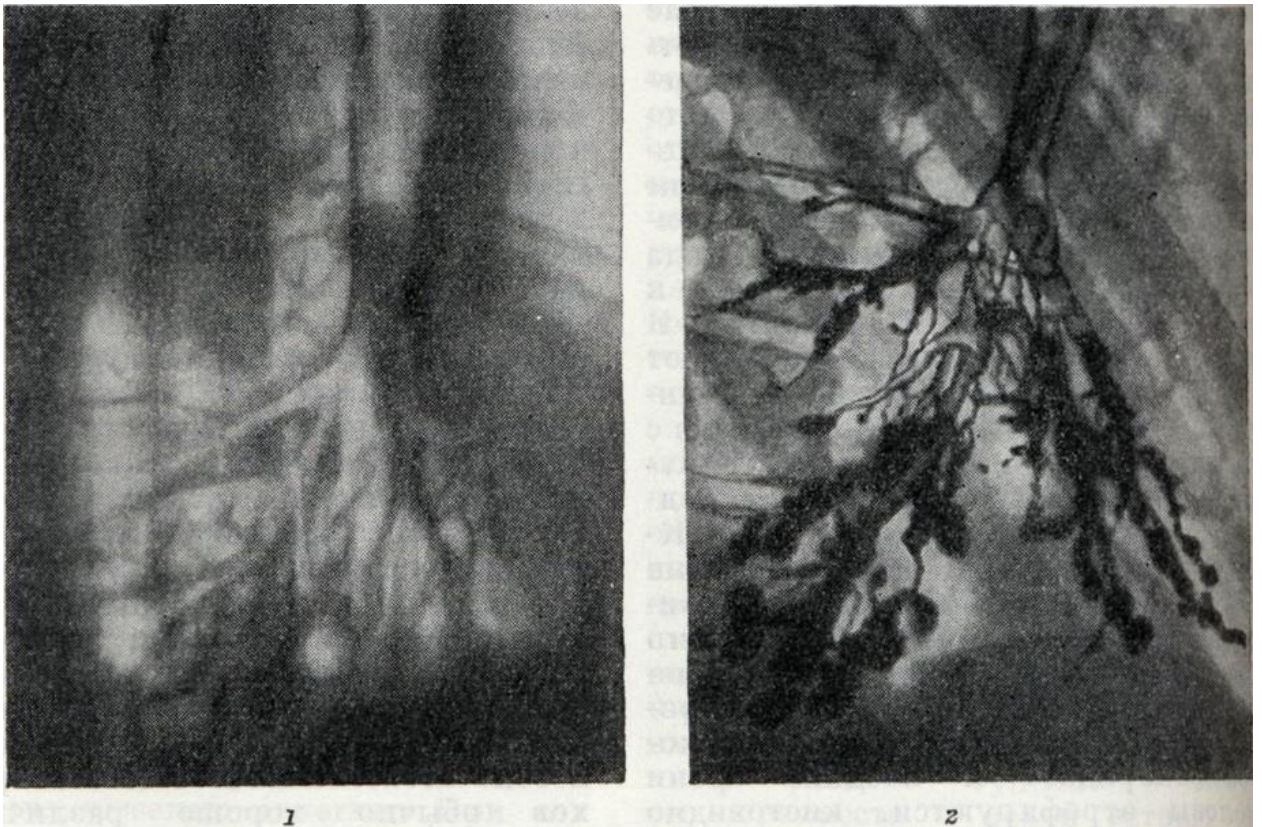
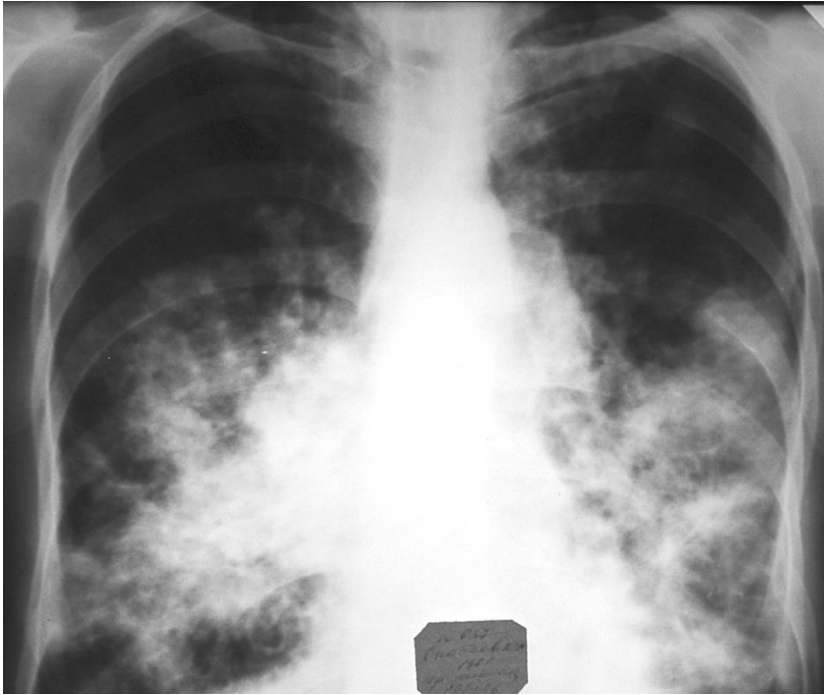
2.ОАМ: прозрачная, белок-0,2 г/л; пл.эп.-ед. в п/зр, лейк.-2-3 в п/зр, эр.-0 в п/зр.

3. Общий белок-68, глюкоза-5,2 ммоль/л, креатинин-0,09 ммоль/л, мочевины 6.2 ммоль/л, АсТ-23, АлТ-12.

**Вопросы:**



1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 64**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Н., 48 лет, рабочий, инвалидности нет. Поступил в клинику с жалобами на смешанного характера при умеренной физической нагрузке кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом», слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,0°.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 7 дней назад после переохлаждения, появилось повышение температуры тела до 38,0°, кашель с обильным количеством мокроты «полным ртом». За медицинской помощью не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Пациент отмечает частые простудные заболевания с раннего детского возраста, бронхиты, пневмонии. 4-6 раз в год отмечает эпизоды с повышением температуры тела и обильным отделением мокроты. Кашель присутствует постоянно с разным количеством мокроты, особенно по утрам. Вредные привычки отрицает.

**ОБ–но:** Общее состояние больного средней степени тяжести, температура при осмотре 38°, ЧД до 22 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, перкуторно коробочный звук в верхних отделах легких, в остальных отделах – ясный легочный звук, в нижних отделах в подлопаточных областях с обеих сторон выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония, голосовое дрожание не изменены. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-16 мм/ч, Нв-131 г/л, эр.-4,5х10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -9,8х10<sup>9</sup>/л, п/я- 6 %, с/я-72%, лимф.-15%, мон.-7%.

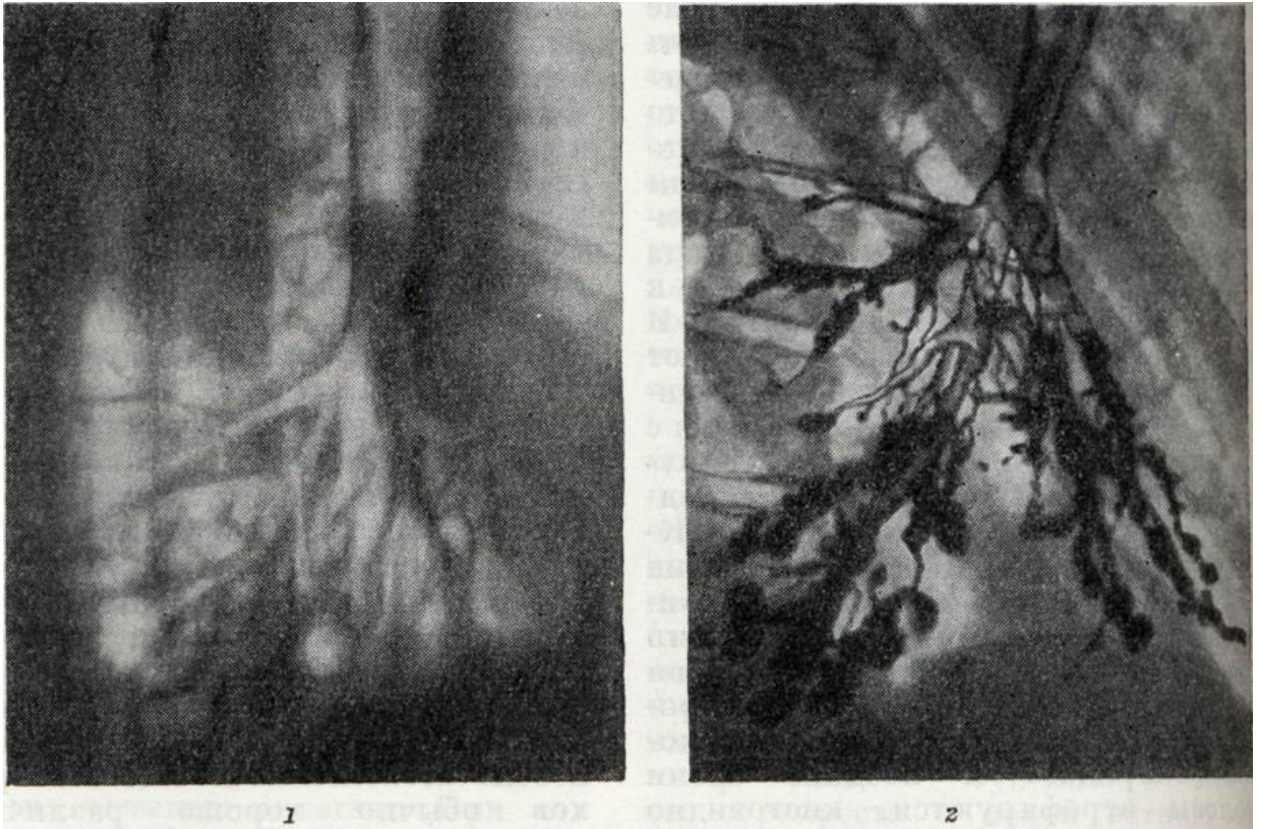
2.ОАМ: прозрачная, белок-0,8 г/л, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок-67, глюкоза-4,2 ммоль/л, креатинин-0,10 ммоль/л, мочевины 5 ммоль/л, АсТ-33 ммоль/л, АлТ-22 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 65**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Л., крановщик, 32 лет поступил в клинику с жалобами:

- на кашель с обильным количеством мокроты желто-зеленого цвета с неприятным запахом;
- на повышение температуры тела до 38,5° с ознобами;
- на слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания:** Заболел остро, за 7 дней до поступления в стационар. Свое настоящее заболевание связывает с резким переохлаждением, после которого на фоне полного здоровья внезапно появилось повышение температуры тела до 38,9°, с ознобом, одновременно появился сухой кашель. Однако за медицинской помощью пациент не обращался. Самостоятельно в домашних условиях принимал лечение парацетамолом и травами (солодка, шалфей, зверобой, ромашка, календула). На фоне фитотерапии положительной динамики не было, сохранялась повышенная температура тела до 38,5-39°. На 5-й день от начала заболевания появился продуктивный кашель с мокротой желтого цвета в умеренном количестве. Однако на 7-е сутки от начала заболевания резко увеличилось количество мокроты, появился неприятный запах, а затем одномоментно выделилось около 1 стакана желтой мокроты. С этого момента температура начала снижаться, уменьшилась интоксикация. Однако сохранялся кашель с обильным количеством зловонной мокроты, что заставило больного вызвать бригаду «Скорой помощи», и пациент был доставлен в стационар.

**Анамнез жизни:** без особенностей.

**ОБ –но:** Общее состояние больного средней степени тяжести, обусловленное синдромом интоксикации. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. ЧД до 22 в минуту в покое. Грудная клетка: при осмотре правая половина отстаёт в дыхании. При перкуссии легких справа на уровне от 4 до 6 ребра по передней поверхности отмечается значительное притупление перкуторного звука, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, амфорическое дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/70 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 90 в минуту. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -45 мм. в час, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты –  $24 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-4%, моноциты-2%.

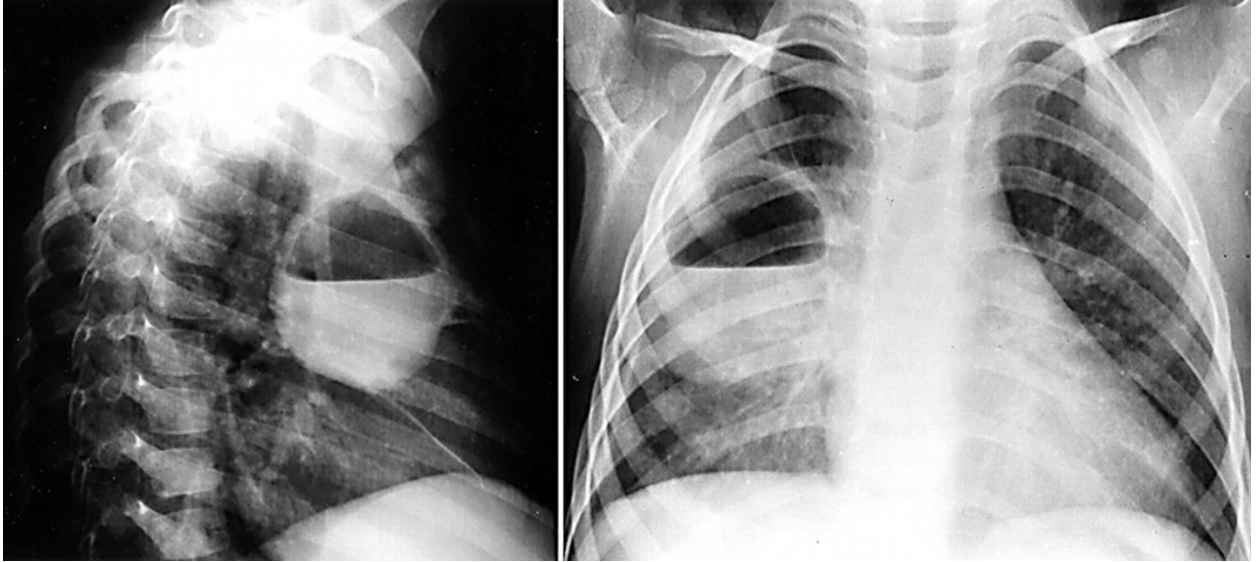
2.Общий анализ мочи: относительная плотность -1,018; сахар, белок - не обнаружен, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Эритроциты – 0-1 в поле зрения.

3.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

4.Общий белок – 58 г/л.

5.КЩС - рО<sub>2</sub> 70 мм рт. ст.

6. Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub> 86 %.



### Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 66**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной 35 лет, менеджер, предъявляет жалобы на приступы удушья на выдохе в покое в ночное время суток и в ранние предутренние часы.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы появились впервые 7 дней назад, когда пациент заболел ОРВИ с повышением температуры тела до 38,6, по поводу чего принимал аспирин 1000мг в сутки. С 15 летнего возраста полипозный риносинусит, в связи с чем постоянно имеется заложенность носа, отсутствие восприятия запахов.

Анамнез жизни: Травм, операций не было. Аллергические реакции на прием цитрусовых в виде зуда кожи. Не курит, Наследственность отягощена – приступы удушья по материнской линии у тети.

Об-но: Состояние удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание затруднено, определяется болезненность при поколачивании гайморовых пазух. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 19 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении - сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы. АД - 110/60 мм рт. ст. ЧСС- 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Лабораторно:

1.Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, Лейк 6,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,1\*10<sup>12</sup>/л, Нв-129 г/л, Э-5, П-3, С-67, Л-24, М-3%. Тромб - 199\*10<sup>9</sup>/л.

2.Биохимический анализ крови: Сахар 5,1 ммоль/л

3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце без особенностей.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 67**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной, 35 лет, диспетчер, предъявляет жалобы на чувство сдавления и дискомфорта в грудной клетке, удлинение и затруднение выдоха, «свисты» в груди при выходе из теплого помещения на холодный воздух.

Анамнез заболевания: Подобные жалобы возникают периодически 5-6 раз в году в течение 3-х лет, больной связывает заболевание с переохлаждением, вирусной инфекцией. Более 5 лет отмечает постоянный влажный кашель в утренние часы с небольшим количеством слизистой мокроты, при ОРВИ – иногда вязкой и желтого цвета, трудноотделяемой. Не обследовался.

Анамнез жизни: В детстве болел часто ОРВИ, острыми бронхитами, дважды перенес пневмонию. Индекс курения - 8 пачко/лет. Травм, операций не было. Аллергии не отмечает.

Об-но: состояние удовлетворительное, температура тела – 36.4С. Пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании, ЧД - 17 в 1 минуту. Голосовое дрожание проводится равномерно. Перкуторный звук ясный легочный над всеми отделами легких. Дыхание везикулярное, в вертикальном положении хрипов нет, лежа - сухие свистящие хрипы при форсированном дыхании. Границы сердца в пределах нормы. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС- 84 в 1 мин. Тоны ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. SpO<sub>2</sub> – 98%.

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: СОЭ 12 мм/час, Лейк 5,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,2\*10<sup>12</sup>/л, Нв-133 г/л, Э-4, П-2, С-70, Л-21, М-3%. Тромб - 188\*10<sup>9</sup>/л.

2. Биохимический анализ крови: Сахар 4,55 ммоль/л, общий белок 77 г/л, фракции: альб - 60%, А1 - 4%, А2 - 10%, В - 12%, Г - 14%, мочевины 6.1, креатинин 0.10 ммоль/л.

3. Рентгенограмма органов грудной клетки. Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Сердце без особенностей.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 68**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная В., 23 лет, учитель, обратилась к врачу с жалобами на ежедневные приступы удушья ночью и в ранние предутренние часы, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. Самостоятельно принимала ингалятор(брала у сестры, отмечала положительный эффект). После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Сегодня утром приняла 12 вдохов сальбутамола, без эффекта, прошло с момента начала приступа 4 часа.

Анамнез заболевания: Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. Есть двое сестер: 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику в виде крапивницы (со слов). У аллерголога ранее не обследовалась. Имеются домашние животные.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. SpO<sub>2</sub> – 88%.

Лабораторно:

1. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии - 50% от должной (норма 80-100%).
2. Общий анализ крови: СОЭ 10 мм/час, Лейк 4,3\*10<sup>9</sup>/л, эр 4,0\*10<sup>12</sup>/л, Нв-122 г/л, Э-15, П-3, С-57, Л-24, М-3%. Тромб - 209\*10<sup>9</sup>/л.
3. Биохимический анализ крови: Сахар 4,5 ммоль/л
4. Общий анализ мокроты: рисунок прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 69**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Г. 55лет, водитель, поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл\сутки, сердцебиение, слабость, потливость. Анамнез заболевания: Более 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает эуфиллин внутрь. За 12 месяцев до госпитализации трижды находился в стационаре по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Анамнез жизни: Курит. Индекс курения -120 пачко-лет. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура 36,8 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД 130/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 32 балла, тест mMRS – 3 балла.

Лабораторно:

- 1.Общий анализ крови: Эр.  $5,4 \cdot 10^9$  \л; Нв 177 г\л; Лейк  $10,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 70; л -20; м - 5 %. СОЭ 22 мм\час.
- 2.Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.
3. Спирограмма: Индекс Тиффно – 66; ОФВ1 после БДТ - 29%.
4. КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст.46 мм рт. ст. SpO<sub>2</sub> 78 %.

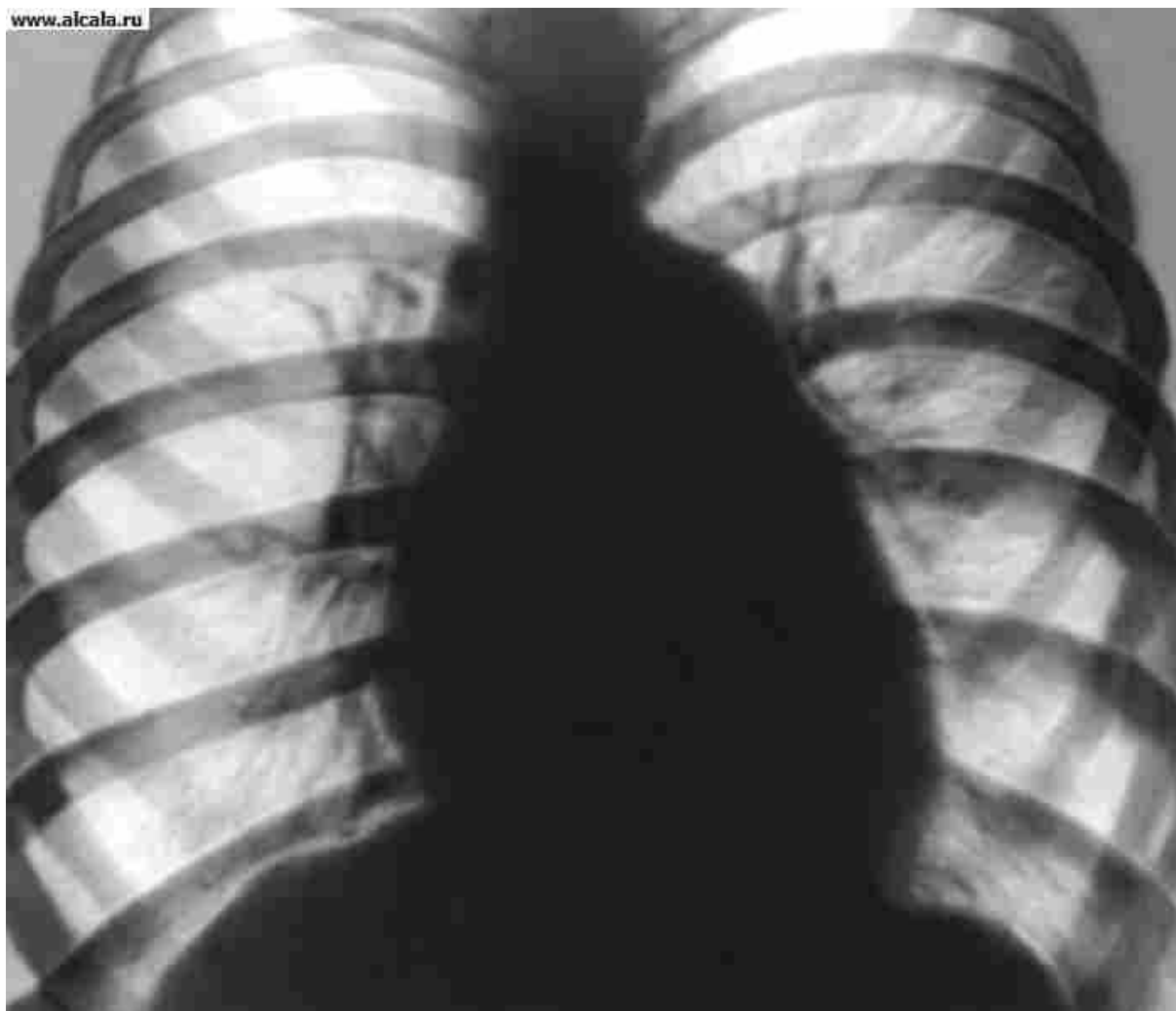
**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 70**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Г. 55 лет, бухгалтер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 200 мл\сутки.

Анамнез заболевания: В течение 34 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 300метров. Обострения за предыдущие 12 месяцев не было. Ухудшение состояния 3 дней назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты. Анамнез жизни: Курит 35 лет по 2 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета. Температура 37,6 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в минуту. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. АД 125/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе тест САТ – 24 баллов, тест mMRS – 2 балла.

Лабораторно:

- 1.Общий анализ крови: Эр.  $5,0 \cdot 10^9$  \л; Нв 157 г\л; Лейк  $8,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 60; л -30; м - 5 %. СОЭ 12 мм\час.
2. Спирограмма: Индекс Тиффно – 68%; ОФВ1 после БДТ - 69%.
3. КЩС - ро2, мм рт. Ст.74 мм рт. Ст, ро2 90 %.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 71**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Г. 58 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 100 мл\сут.

Анамнез заболевания: В течение 20 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 8 лет появилась одышка с затруднением выдоха при ходьбе на расстояние около 500 м. Дважды в этом году госпитализировался по поводу обострения данного заболевания. Ухудшение состояния 6 дней назад, когда после переохлаждения резко усилилась одышка, увеличилось количество мокроты.

Анамнез жизни: Курит 48 лет по 1 пачке в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический и гемотранфузионный анамнез не отягощен.

Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чугунного оттенка. Температура 37,4 С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразная, равномерно участвует в дыхании. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук коробочный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в мин. АД 140/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе тест САТ – 28 баллов, тест mMRS – 3 балла.  
Лабораторно:

- 1.Общий анализ крови: Эр.  $5,8 \cdot 10^9$  \л; Нв 187 г\л; Лейк  $9,6 \cdot 10^9$  \л; э - 0; б - 0; п - 5; с - 60; л -30; м - 5 %. СОЭ 19 мм\час.
2. Спирограмма: Индекс Тиффно – 65%; ОФВ1 после БДТ – 49%.
3. КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 70 мм рт. ст.
4. SpO<sub>2</sub> 84 %

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 72**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 39 лет, грузчик. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 15 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,5°, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно ампициллин, эффект был кратковременный, температура не снижалась. 5 дней назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 5 лет, курит - 20 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ–но:** Общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, румянец на правой щеке, ЧД до 32 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична, При перкуссии легких справа до 4 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO<sub>2</sub> .82%.

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 120 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Лабораторно:

1.ОАК: СОЭ-36 мм/ч, Нв-120 г/л, эр.-4,0 x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -3,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-10%, с/я-73%, лимф.-10%, мон.-7%.

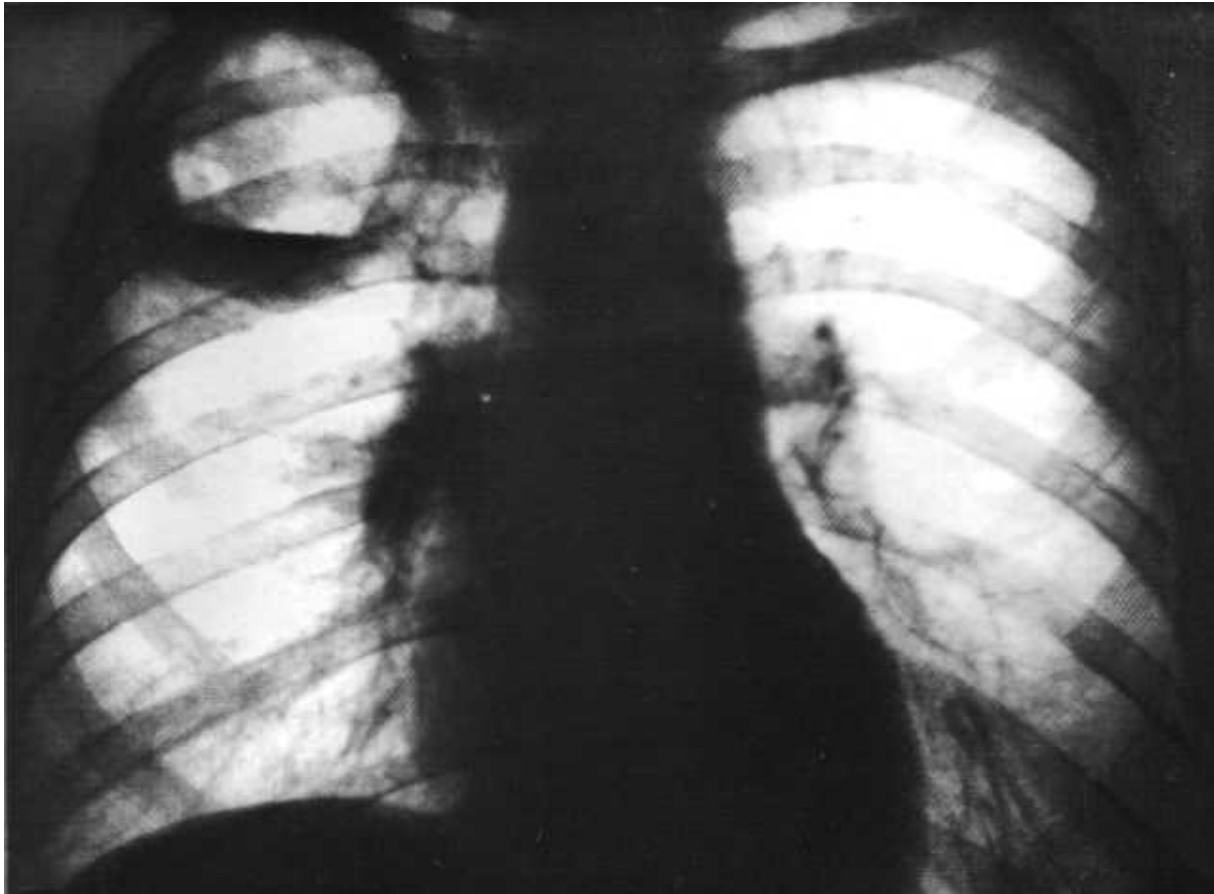
2.ОАМ: прозрачная, белок-1,7, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 63, глюкоза-4,2 ммоль/л, креатинин-0,05 ммоль/л, мочевины 7 ммоль/л, АсТ-26, АлТ-37.

**Вопросы:**



1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 73**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Р., 51 год, предприниматель, поступила в клинику с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, резкую слабость, снижение аппетита, недомогание, прогрессирующее похудание, сухой надсадный кашель, повышение температуры тела до 38С.

**Анамнез заболевания.** Болеет в течение 4 дней. Связывает свое заболевание с переохлаждением. Появилась гипертермия с ознобами, сухой кашель, лечилась народными средствами, без эффекта, последние 2 дня появилась и усилилась одышка. Кашель стал влажным с мокротой желтого цвета, вязкой.

**Анамнез жизни:** Курит – с 20 лет по 2 пачки сигарет в сутки. Другие вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Туберкулезом ранее не болела. Последние 5 лет наблюдалась у маммолога по поводу мастопатии.

**ОБ–но:** Общее состояние средней степени тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком. Питание понижено. ЧД – 26 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука слева, начиная с 4 ребра. В зоне притупления отсутствует голосовое дрожание, дыхание не прослушивается, хрипов, крепитации нет. Относительная сердечная тупость смещена вправо на 1 см. Тоны приглушены, ритмичные 90 ударов в минуту. АД 130/80мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Дополнительные методы исследования:

1.Общий анализ крови: СОЭ -20 мм. в час, Лейкоциты –  $9.4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, лимфоциты-8%, моноциты-2%, гемоглобин – 90г/л.

2.Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.

3.Общий белок – 68 г/л.

4.КЩС - рО<sub>2</sub>, мм рт. ст. 48 мм рт. ст. (норма более 80), SaO<sub>2</sub> 72 % (норма – более 95%)

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 74**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 28 лет, продавец. Поступил в клинику с жалобами на кашель с вязкой мокротой с неприятным запахом в большом количестве, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,8°.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро 14 дней назад после переохлаждения, появился многократный озноб, повышение температуры тела до 39,3°, кашель был сухой. За медицинской помощью пациент не обращался. Принимал самостоятельно противовирусные препараты, эффект был кратковременный, температура не снижалась. 3 дня назад отметил резкое увеличение количества мокроты – «полным ртом», с неприятным запахом, однако после этого отметил снижение температуры тела. Нарастала слабость, недомогание. Пациент обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни:** Курит - 8 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ-но:** Общее состояние больного тяжелое, бледные кожные покровы, цианоз губ, ЧД до 25 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре симметрична. При перкуссии легких слева до 5 ребра отмечается коробочный звук, дыхание здесь же амфорическое. SpO<sub>2</sub> 81%. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

**Лабораторно:**

1.ОАК: СОЭ-46 мм/ч, Нв-123 г/л, эр.-4,1 x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -31,6x10<sup>9</sup>/л, п/я-24%, с/я-59%, лимф.-10%, мон.-7%.

2.ОАМ: прозрачная, белок-0, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок- 61 глюкоза-5,2 ммоль/л, креатинин-0,11 ммоль/л, АсТ-21, АлТ-17.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 75**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной В., 42 года, кладовщик. Жалобы на кашель с большим количеством мокроты с неприятным запахом, резкую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0°. Беспокоит боль в верхней половине грудной клетки справа, связанная с дыханием.

**Анамнез заболевания.** Пациент находился в стационаре в отделении нейрохирургии по поводу автодорожной травмы более 1 месяца, выписан 2 суток назад. Заболел остро, вчера вечером, появился озноб, повышение температуры тела до 39,0°, кашель вначале сухой, затем с мокротой, боли в грудной клетке справа. Принимал самостоятельно аспирин, эффект был кратковременный, температура не снижалась, в связи с чем вызвал скорую помощь и госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Злоупотребляет алкоголем более 10 лет, курит - 26 лет по 1 пачке в сутки.

**ОБ-но:** Общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке, температура при осмотре 39°, ЧД до 28 в минуту в покое. Грудная клетка при осмотре асимметрична, отстает при дыхании правая половина. При перкуссии легких справа в проекции верхней доли отмечается значительное притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, выслушиваются влажные звучные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усилена, усилено голосовое дрожание. Сатурация – 86%

Слева дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 105/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

**Лабораторно:**

1.ОАК: СОЭ-26 мм/ч, Нб-142 г/л, эр.-4,4х10<sup>12</sup>/л, лейкоциты -25,6х10<sup>9</sup>/л, п/я-21%, с/я-62%, лимф.-10%, мон.-7%.

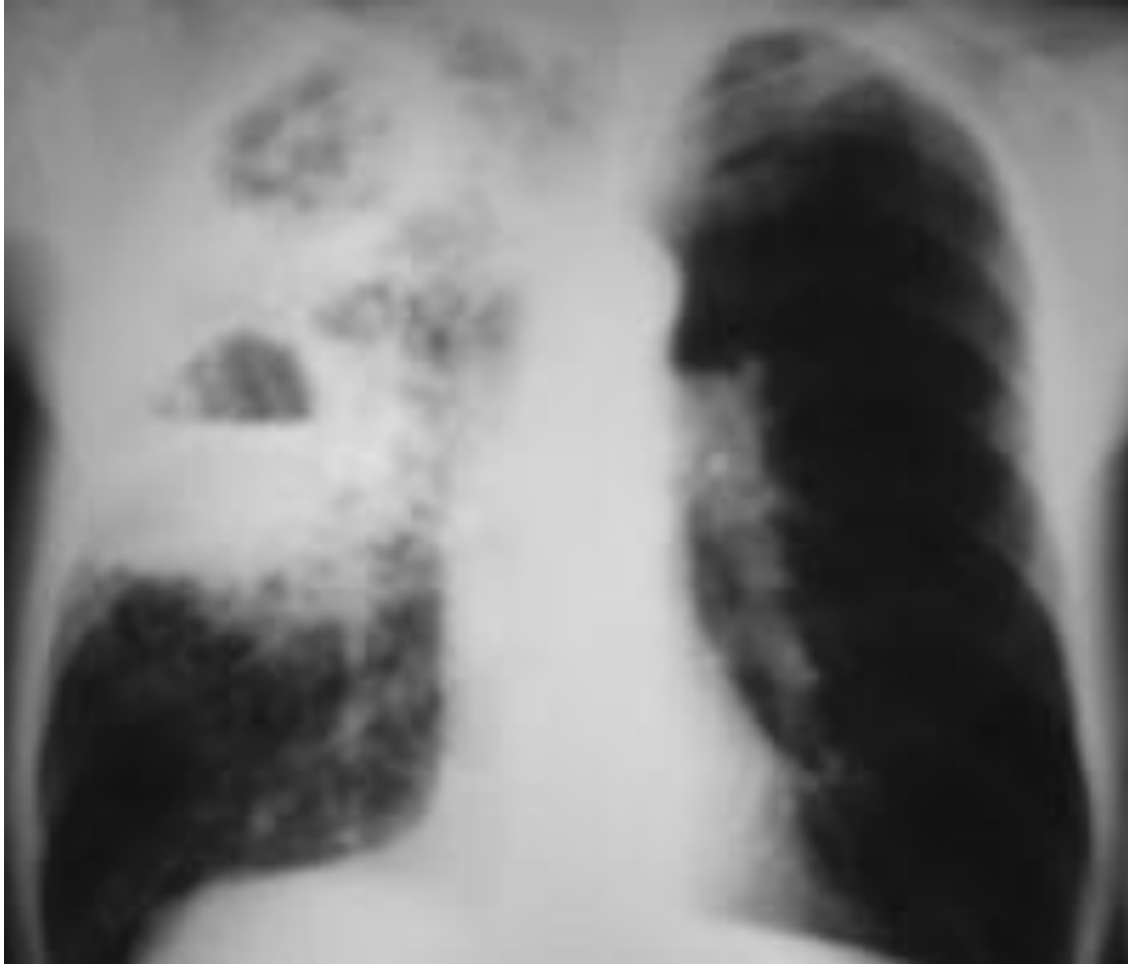
2.ОАМ: прозрачная, белок-0, пл.эп.-ед., лейкоц.-2-3, эр.-0.

3. Общий белок-63, глюкоза- 4,6 ммоль/л, креатинин-0,03 ммоль/л, мочевины 6 ммоль/л, АсТ-30, АлТ-37.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 76**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная А., 20 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на слабость, неинтенсивные боли в поясничной области с двух сторон, выраженную головную боль, отечность лица, красный цвет мочи. Считает себя больной около 2-х недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0°C, появились боли в горле при глотании. Больная лечилась у ЛОР врача с диагнозом лакунарная ангина, проявления заболевания исчезли, сохранялась общая слабость. Вчера появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5<sup>0</sup>С, сегодня с утра впервые отмечает отечность век, лица. Мочеиспускание свободное, но стало редким, цвет мочи – красным. Менструальные регулярные, последние 2 недели назад.

**Объективно:** Состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Видимые слизистые розовые. Лицо одутловатое. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 20/мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения, напряжен, 56/ мин. АД 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости не смещены, ритм сердечной деятельности правильный, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, почки и мочевой пузырь не определяются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: НЬ 130 г/л, эр. – 4,2 x 10<sup>12</sup>/л, ЦП - 0,9; лейкоц. 8,7 x 10<sup>9</sup>/л, э - 1%, п. - 5%, с. - 70%, лимф. – 18 %, м - 6%; тромбоц. – 270 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 23 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН кислая, плотность 1,028; белок - 1,5 г/л, сахар – отр., эр. – сплошь в п/зр., лейкоц. 1-2 в п/зр, эп. почечный 12-20 в п/зр, цилиндры эритроцитарные 5-6 в п/зр, гиалиновые 10-12 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

3. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2 мкмоль/л, креатинин - 0,13 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.

4. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 54 уд/мин. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно - дистрофические изменения миокарда левого желудочка.





**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 77**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная И., 34 лет, учительница, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, сухость во рту, зуд кожных покровов, тошноту, жидкий стул. Считает себя больной более 15 лет, когда появились отеки под глазами, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., находилась под наблюдением терапевта, после переезда на работу в сельскую местность, в течение 10 лет на диспансерном учете не состоит. Последних 6 месяцев АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт.ст., эпизодически - 240/140 мм рт.ст., лечится не регулярно. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад - зуд кожных покровов.

**Объективно:** Состояние больной тяжелое. Вес = 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов; на лице они как бы припудрены белой пудрой. Видимые слизистые бледные. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения и напряжения, частотой 76 в 1 мин. АД 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; Язык сухой, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, эр. -  $2,6 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9; лейкоц. -  $5,7 \times 10^9/л$ , э. - 2%, п. - 3%, с. - 68%, л. - 25%, м. - 2%; СОЭ 20 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: цвет светлый, плотность – 1,008, белок - 3,8 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эр. - 10-12 в п/зр, цилиндры: зернистые 3-4 в п/зр, восковидные 2-3 в п/зр.

3.Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л, общий белок 65 г/л.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 78**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 23 года, экономист, обратилась к врачу с жалобами на отечность век и под глазами по утрам, пастозность лица, слабость. Считает себя больной после вакцинации против гриппа, когда через две недели появилась слабость, поднялась температура тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , отечность лица по утрам, быстро проходящая, в это же время больная отмечает уменьшение объема выделяемой мочи и её красный цвет (не связанный с месячными). Прибавка веса на 7 кг. Красный цвет мочи через несколько дней исчез.

**Объективно:** Вес = 55кг. Состояние средней степени тяжести. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глазные щели сужены за счет периорбитального отека. Кожные покровы без высыпаний, видимые слизистые розовые. Пастозность рук, ног. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Над легкими ясный легочный звук, ЧД 16 в мин, дыхание везикулярное. Пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичный, частотой 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 138/85 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1 см кнутри от средне-ключичной линии в V межреберье, тоны сердца правильного соотношения. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не изменены. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область отёчна с обеих сторон, отеки мягкие, подвижные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки стоя и лежа не пальпируются, их проекции болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоц.  $5,8 \times 10^9/\text{л}$ , э - 3%, п/я - 3%, с/я - 53%, л - 35%, м - 6%; СОЭ - 25 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,020; белок 3,5 г/л, эп. почечный 8-10 в п/зр., эр. 15-20 в п/зр., лейкоц. 2-4 п/зр., цилиндры: эритроцитарные 2-3 п/зр, зернистые 0-2 п/зр.,

3. Суточный белок мочи = 8,9 г

3.Биохимический анализ крови: общий билирубин - 15,5 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,7 мкмоль/л, общий белок - 55 г/л, Альбумин 28г/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, холестерин - 8,9 ммоль/л.

4.УЗИ почек: правая почка 120x56 мм, паренхима 20 мм, левая почка: 118x54 мм, паренхима 20 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №78**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 79**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная М., 32 года, кассир, беспокоит повышение температуры тела до 38,6<sup>0</sup>С; слабость, головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, боли в левой поясничной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, рези в конце акта мочеиспускания, повышение АД до 145/90 мм рт. ст., слабость, снижение аппетита. Считает себя больной около 15-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, резей в конце акта мочеиспускания, болей в поясничной области. Лечилась амбулаторно, при переохлаждении вновь отмечала подобную симптоматику. Повышение артериального давления стала отмечать во время беременности год назад, появились головные боли, сердцебиение, в связи с повышением артериального давления до 200/115 мм рт. ст. произведено кесарево сечение в сроке 27 недель, ребенок жив. Лечение регулярно не принимала.

**Объективно:** вес- 50 кг общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы повышенной влажности, теплые, светло-розовые. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, ЧД 16 в 1/мин. Пульс ритмичный, повышенного наполнения, напряжен, частотой 76 в 1/мин. АД – 145/99 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения. Язык суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом фланке в месте проекции левой почки и над лоном. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь выступает на 2 см над лоном, пальпация его болезненна.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: Нв -125 г/л, эр. -  $4.5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9; лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л, э. - 2%, п. - 8%, с. - 72%, лимф. - 16%, м. – 2в%; СОЭ - 28мм/ч.

2.Общий анализ мочи: плотность 1,018, сахар – отр., белок – 0,11г/л, лейкоц. - 12-16 в п/зр, эр 1-2 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 3-5 в п/зр, бактерии (+).

3.МРТ почек и мочевыводящих путей с контрастированием (см. приложение).

4.Б/х анализ крови:общий белок – 78 г/л, калий – 3,9 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспо-

способность.



Рисунок к задаче №79

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 80**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

На приём обратилась больная Н., 65 лет, пенсионерка, с жалобами на отеки лица, поясничной области, нижних конечностей; уменьшение количества мочи до 500 мл в сутки, общую слабость, резкое ограничение подвижности суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, стоп. Заболевания суставов беспокоят 40 лет, по поводу чего постоянно лечится у ревматолога, принимает метотрексат. Около полугода назад стали появляться отеки век, лица, проходившие к обеду, затем появились отеки поясничной области, ног, уменьшилось количество мочи.

**Объективно:** Вес 68 кг. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые бледные. Наблюдается отёчность век, параорбитальных областей, поясницы, предплечий, голеней, стоп. Отеки мягкие. Осмотрены кисти рук (см. вкладку). Грудная клетка правильной формы, ЧД-18/мин. Над легкими легочной звук дыхание, несколько ослаблено с обеих сторон. Пульс частотой = 96/мин, удовлетворительного наполнения, напряжен, левая граница относительной тупости сердца определяется на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой, АД-120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен, печень выступает из-под реберной дуги на 2см, край плотный, ровный, закруглен, безболезнен. Почки, стоя и лёжа, не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв-80г/л, эр -  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. -  $4,5 \times 10^9$ /л, п. - 2%, с. - 57%, лимф. - 30%, м. - 11%, тромб –  $185 \times 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: мутная, плотность – 1,011, белок - 3,8 г/л, сахар – отр., лейкоц. – 4-6 в п/зр, эр – 2-5 в п/зр; цилиндры (гиалиновые 2-4 в п/зр, зернистые 3-5 и восковидные 1-3 в п/зр), дающие положительную Шик- реакцию.

3. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, альбумины 41 %;  $\alpha_1$ -глобулины 3 %;  $\alpha_2$ -глобулины 18 %;  $\beta$ -глобулины 26 %;  $\gamma$ -глобулины 12 %; холестерин 18,2 ммоль/л, триглицериды 3,55 ммоль/л, креатинин – 195 мкмоль/л, мочевины – 9,4 ммоль/л, АСТ - 20 ЕД/л, АЛТ – 22 ЕД/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, Р- 1, 8 ммоль/л,

4. СКФ (СКД -EP1) = 34 мл/мин.

5. Ревматоидный фактор положительный.

6. УЗИ: почки одинаковых размеров 110 x 50 мм, паренхима-21мм, наружный контур ровный, четкий.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №80**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 81**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М., 75 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,4<sup>0</sup>С, головные боли, мелькание мушек перед глазами, ноющие боли в пояснице с двух сторон, частое мочеиспускание небольшими порциями, слабую струю мочи при мочеиспускании. Считает себя больным в течение 20-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, снижения силы напора струи мочи при мочеиспускании. В последние десять лет стало наблюдаться недержание мочи, появились боли в пояснице, ознобы, головные боли, нарастала общая слабость. Ухудшение состояния отмечает в течение недели, повысилась температура тела до 37,5<sup>0</sup>С, усилились боли в пояснице, участилось мочеиспускание, принимал парацетамол, улучшения не отмечает.

**Объективно:** Вес 78 кг, состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы сухие, без высыпаний, тургор кожи снижен. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, ЧД 18 в 1 мин. Над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, частотой 80 в 1 мин. АД 155/100 мм рт. ст. Ослаблен I тон над верхушкой сердца, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице положителен с обеих сторон. Почки не пальпируются, в их проекции отмечается болезненность. Мочевой пузырь выстоит над лоном на 5 см, безболезнен. После мочеиспускания мочевой пузырь выстоит над лоном на 4 см.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 115 г/л, эр.  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.  $12,8 \times 10^9/л$ , э.- 1, п. - 5, с. - 70, лимф. - 23, м. - 1, СОЭ 23 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: мутная, плотность 1,016; белок 0,9 г/л, сахар отр., эр. 1-3 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 2-4 в п/зр.
3. УЗИ почек: обе почки в типичном месте, правая 115 x 50 мм, левая 120 x 55 мм, корковый слой 16 мм, ЧЛК обеих почек несколько расширен, стенки утолщены.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспо-

способность.

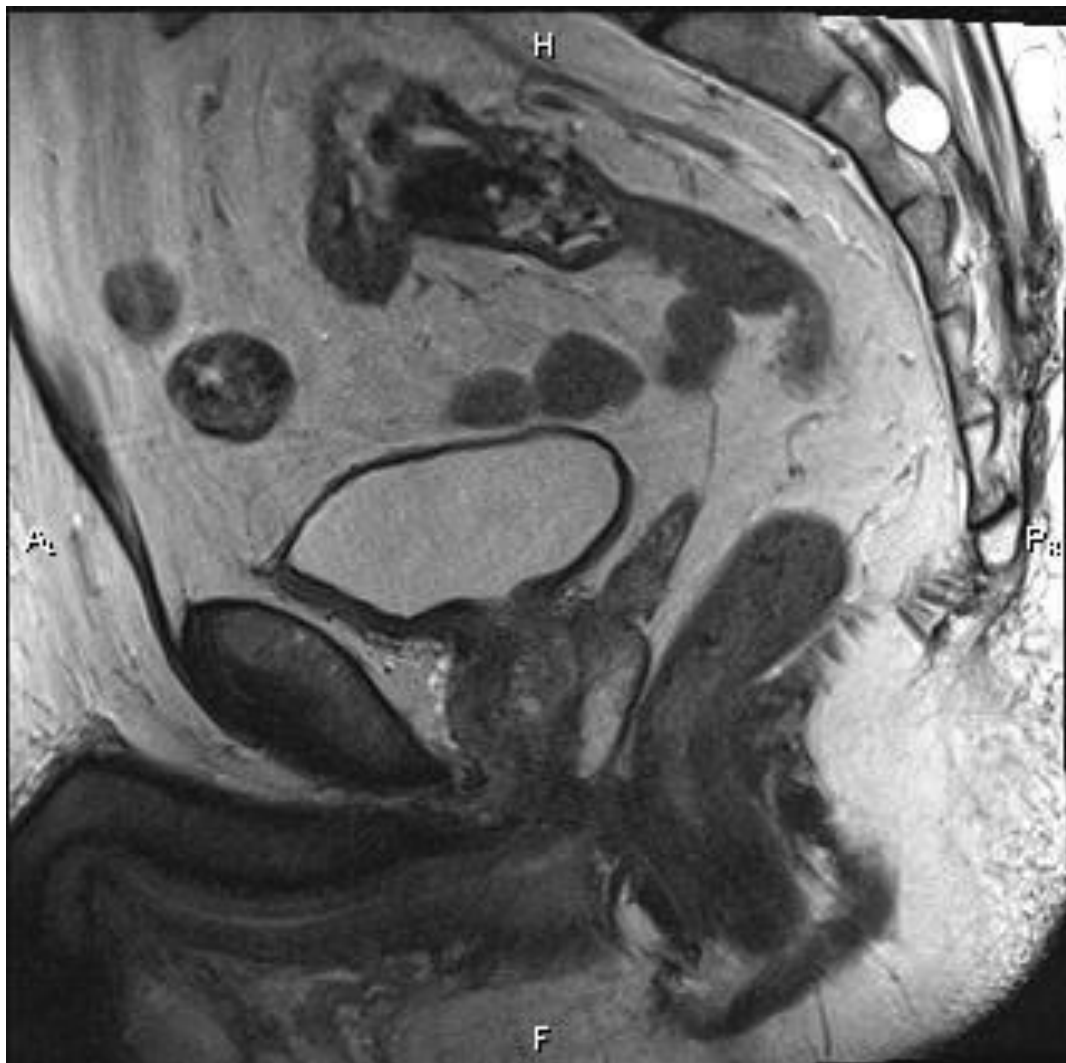


Рисунок к задаче №81

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 82**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, общую слабость, отеки век, лица и нижних конечностей. Заболела 2,5 года назад, когда после переохлаждения впервые появились тянущие тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Больная постоянно находится на амбулаторном диспансерном наблюдении. Трижды за этот период находилась на стационарном лечении. Получает преднизолон в дозе 5 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух недель связывает с перенесенным ОРВИ. Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ. Больная работает учителем, профессиональных вредностей не имеет. Аллергологический анамнез не отягощен. **Объективно:** состояние средней тяжести. Рост — 163 см, масса тела — 78 кг. Температура тела — 36,0 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки на лице и нижних конечностях. Частота дыхания — 19 уд/мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнаруже от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, пульс — 76 уд/мкв, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:** Анализ крови: эритроциты —  $3,8 \cdot 10^{12}/л$  НЬ — 103 г/л, ЦП — 0,8, МСН — 32Pg, MCV — 102fL, МСНС — 310g/L, Ht — 28%, лейкоциты — 9,1 тыс./л, палочкоядерные — 5%, сегментоядерные — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ — 29 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1011, белок — 6,5 г/л, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, эритроциты — 10-14 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 4-6 в поле зрения. Суточная протеинурия — 4,5 г.

Биохимический анализ крови: креатинин — 144 мкмоль/л. Общий белок сыворотки крови 52 г/л (альбуминов — 27%, а1-глобулинов — 6%, а2-глобулинов — 11%, b-глобулинов — 14%, 'у-глобулинов — 24%), холестерин сыворотки — 10,8 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 40.56 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 95%.

УЗИ почек: Размеры почек: правая почка длина 104мм, ширина 41мм, толщина паренхимы 18мм, левой почки длина 105мм, ширина 46мм, толщина паренхимы 17мм. Контуры

ровные, четкие. Эхогенность нормальная. Пирамиды визуализируются четко. ЧЛС не расширена. Мочевой пузырь не наполнен. Конкременты не выявлены.

Биопсия почки: получено 25 клубочков: склероз капиллярных петель клубочков, синехий сосудистых долек с капсулой, фиброэпителиальных и фиброзных полулуния, утолщение капсулы клубочка. Выявленные фибропластические изменения в клубочках сопровождаются дистрофией эпителия проксимальных и дистальных отделов канальцев, субатрофией эпителия, атрофией и коллапсом канальцев, разрастанием соединительной ткани.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 83**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Д., 40 лет, сторож-вахтёр, обратился с жалобами на общую слабость, боли по всему позвоночнику (усиливающиеся в покое и ночью), в крестце, уменьшающиеся после физических упражнений; утреннюю скованность в спине продолжительностью до 40 минут.

Считает себя больным с 30 лет, когда стала беспокоить ноющая двусторонняя боль в поясничной области и крестце, проходящая после разминки. В течение года присоединилась утренняя скованность в пределах 30 минут, эпизодически (3-4 раза в год) отмечал беспричинное повышение температуры до 37-37,5°C. Неоднократно обращался за медицинской помощью в связи с болями в спине, наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, отмечал кратковременный положительный эффект от назначенного лечения (НПВП и паравертебральные блокады). В течение последних 5 лет отмечает появление стойкого нарушения осанки. В течение последних 3 лет за медицинской помощью не обращался, при усилении болей в спине самостоятельно принимал нимесулид с хорошим эффектом.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, положение активное. Температура тела 37,3°C. Внешний вид больного (см. фото). Мышцы грудной клетки гипотрофичны. Отмечается болезненность при пальпации по ходу позвоночника во всех отделах. Активные и пассивные движения в позвоночнике в сагиттальной и фронтальной плоскостях ограничены, болезненны. Симптомы Кушелевского I, II, III – положительные. ЧД 18 в минуту. Экскурсия грудной клетки – 3 см. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, над легкими ясный лёгочный перкуторный звук, везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. АД 135/85 мм рт.ст. ЧСС 74 удара в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb - 122 г/л, тромбоциты -  $220 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,1 \times 10^9/л$ , п/я - 1%, с/я - 63%, м - 4%, э - 2%, л - 30%, СОЭ - 58 мм/ч.
2. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес 1032, белок - 1,0 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 2-5 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, соли - нет.
3. Биохимический анализ крови: билирубин 18,0 мкмоль/л, (прямой 4,8 мкмоль/л), общий белок - 55 г/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, фибриноген 5 г/л.
4. С-реактивный белок - 48 мг/л (норма 1-6 мг/л), ревматоидный фактор - отрицательный, HLA-DR4 - отрицательный, HLA-B27 - положительный.

5. Рентгенограмма крестцово-подвздошных сочленений. Слева в центральных, верхних и нижних отделах КПС контуры суставных поверхностей неровные, нечеткие; суставная щель с участками сужения и расширения (эрозии); выраженный субхондральный распространенный остеосклероз с обеих сторон суставной щели (сакроилиит, R-стадия III). Справа в центральных и нижних отделах КПС: контуры суставных поверхностей нечеткие на всем протяжении; суставная щель с участками умеренного сужения и расширения; умеренный субхондральный распространенный остеосклероз (сакроилиит, R-стадия II).



**Рисунок к задаче №83**

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 84**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Г. 44года, бухгалтер, предъявляет жалобы на ноющие боли в поясничной области, постоянные, без иррадиации; кожный зуд, снижение аппетита, тошноту, рвоту, повышение АД до 175/100 мм рт.ст. Повышение артериального давления впервые выявлено десять лет назад во время медосмотра, при углубленном обследовании обнаружены кистозные изменения обеих почек по УЗИ (со слов). Через пять лет появилось учащенное мочеиспускание, сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, боли в поясничной области. Повышение АД переносит легко, лечение регулярно не принимает. Последнее ухудшение около месяца с присоединения жалоб на рвоту, приносящую облегчение, жидкий стул, кожный зуд, болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 37,5 С. Тяжесть в правом подреберье.

**Объективно:** Вес =73кг, Рост = 179см. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, бледные, на боковых поверхностях грудной клетки линейные расчесы. Видимые слизистые бледные. Грудная клетка участвует в дыхании равномерно. ЧД 15 в мин. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, частотой 88 в мин, АД 170/100 мм рт. ст., повышенного наполнения и напряжения, левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется из подреберья на 1см, селезенка не пальпируется. Пальпируются нижние полюса обеих почек, бугристые, безболезненные. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

В анамнезе: у отца, брата (смерть от заболевания почек).

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.Общий анализ крови: эритроциты –  $2,8 \cdot 10^{12}/л$  НЬ — 82 г/л, ЦП – 0,80, МСН – 32Pg , МCV – 102fL , МСНС – 310g/L, Ht – 28%, лейкоциты — 9,1 тыс./л, палочкоядерные— 5%, сегментоядерные — 55%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 33%, моноциты — 7%, СОЭ —29 мм/ч.

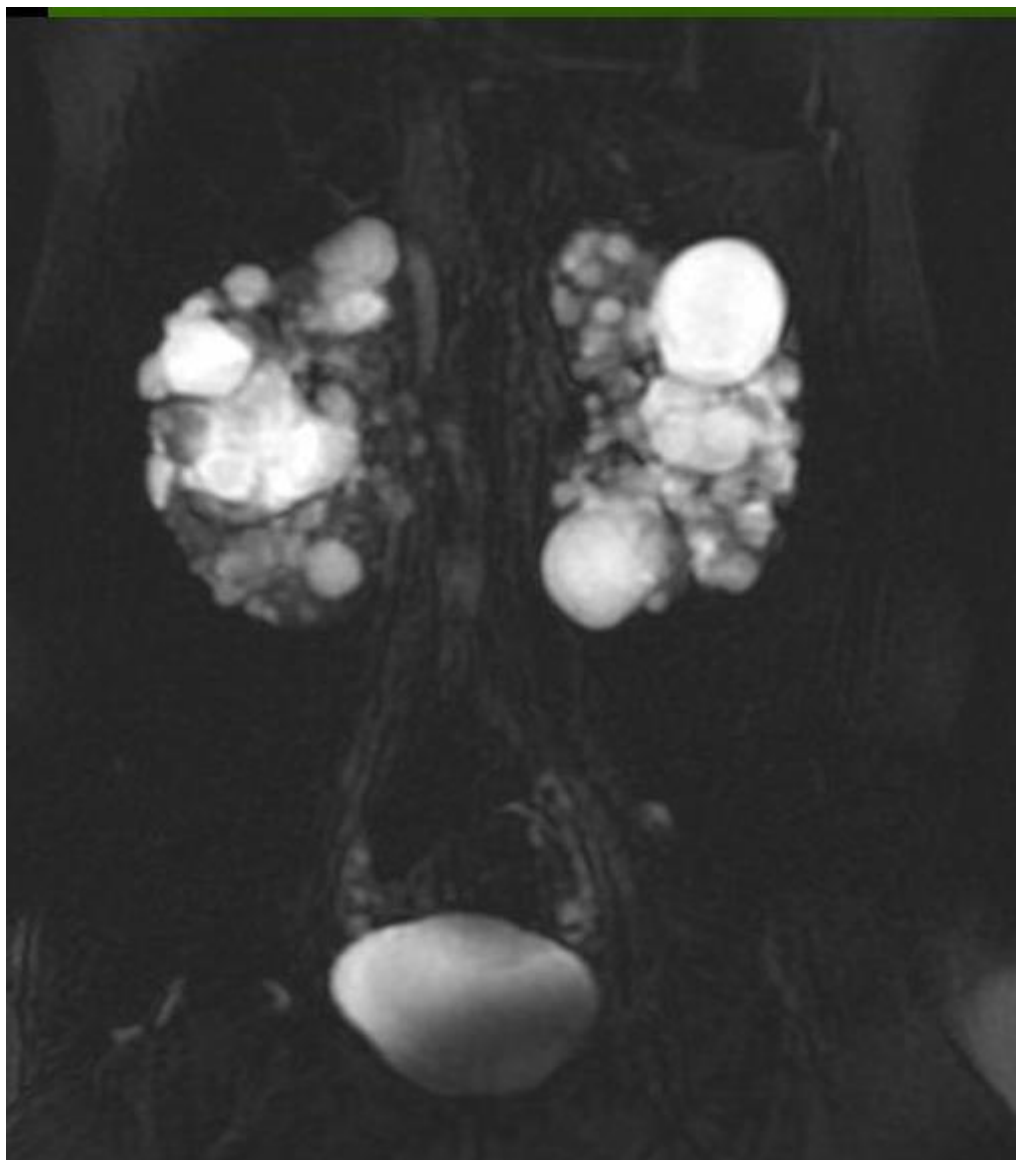
2.Общий анализ мочи: светлая, плотность 1.009; белок 2.1 г/л, эр. – 4-5 в п/зр, цилиндры: гиалиновые 3-6 в п/зр, эпителиальные 2-4 в п/зр, зернистые 1-2 в п/зр.

3.Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, креатинин 0,96 ммоль/л, мочевины 28,2 ммоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л., К- 6,7ммоль/л., Na-138 ммоль/л., P- 1,9 ммоль/л., Ca- 2,0 ммоль/л.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рисунок к задаче №84**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 85**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 42 лет, продавец, обратилась с жалобами на умеренные постоянные боли в правой поясничной области, периодически болезненное мочеиспускание, моча желтого цвета, мутная. Повышение температуры тела до 38,8°C, повышенную потливость. Данные жалобы возникли 4 дня назад после сильного переохлаждения. Сегодня боли впервые стали иррадиировать во внутреннюю поверхность бедра и появилось покраснение мочи. В течение последних 15-ти лет жизни неоднократно отмечала ознобы, повышение температуры до 38°C, приступы болей в пояснице, лечилась различными антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

**Объективно:** Вес 56кг. Рост 160см., температура тела 38,8°C, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Периферические лимфоузлы – не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца – громкие, ритмичные. ЧСС – 102/мин., АД 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом фланке, слева б/о. При осмотре поясничная область визуально не изменена. Отмечается умеренная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 133 г/л, ЦП – 0,8, MCH – 32Pg, MCV – 102fL, MCHC – 310g/L, Ht – 28%, тромбоциты –  $210 \cdot 10^9/л$  лейкоциты –  $22,3 \cdot 10^9/л$ , п/я – 14%, с/я – 51%, ретикулоциты – 1%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, СОЭ – 39 мм/ч.

2.Б/х анализ крови:общий белок – 78 г/л, общий билирубин – 10,9 мкмоль/л, калий – 3,1– ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л, мочевая кислота – 524 ммоль/л.

3.ОАМ: моча красноватая, мутная, удельный вес – 1012, белок – 0,8г\л, лейкоциты – 20-35 в п. зр., эритроциты – 30-50 в п. зр., слизь – большое количество, бактерии – бол. кол-во, соли – ураты большое к-во.

4.УЗИ почек: правая почка 110x54 мм, паренхима 18 мм, левая почка: 118x52 мм, паренхима 19мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Контуры нечеткие, неровные, подвижность сохранена, полостная система справа расширена, уплотнена. Конкремент в устье правого мочеточника 5мм.? Объемных образований не выявлено. Мочевой пузырь б/о.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**Рентгенограмма к задаче №85**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 86**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Ф., 58 лет, слесарь, обратился с жалобами на постоянную выраженную слабость, утомляемость, одышку с чувством нехватки воздуха и учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке (поднимается до 2-го этажа), отрыжку, резкое снижение аппетита, боли в языке жгучего характера.

Жалобы появились в течении последнего года, усилились последние 3-4 месяца без видимой причины. Ранее за медицинской помощью не обращался, сопутствующей патологии не отмечает.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, без высыпаний. Придатки кожи – без особенностей. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 98 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 98 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

**Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: Нв - 76 г/л, эритро. -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , MCV – 109 фл, MCH – 39 пг, MCHC – 330 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. Определяются тельца Жолли, кольца Кэбота, ретикулоциты – 1%, тромбоциты –  $115 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $3,1 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: п/я – 4 %, с/я – 71 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 49 мм/ч.

2. УЗИ органов брюшной полости:

**Печень**

Контуры: ровные, правая доля КВР(мм):161, структура диффузно-неоднородная, эхогенность: умеренно повышена, сосудистый рисунок :сохранён Диаметр воротной вены(мм):1. Внутрпеченочные желчные протоки: не расширены. Диаметр холедоха(мм):6.

**Желчный пузырь**

Размеры: длина(мм):72 ширина(мм):24, форма:обычная Стенки -толщина стенки(мм):2

**Поджелудочная железа**

Контуры: чёткие, ровные. Размеры :головка(мм):28, тело(мм):20, хвост(мм):29

Эхоструктура:диффузно-неоднородная Эхогенность: повышена

Вирсунгов проток :1мм

Селезенка

Контуры ровные. Размеры: длина(мм):144 ширина(мм):50. Диаметр селезеночной вены(мм):6

Эхоструктура: однородная. Эхогенность: средняя.

Дополнительно :свободной жидкости в брюшной полости нет



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 87**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная К., 33 лет, воспитатель в детском саду, обратилась к врачу с жалобами на сонливость, слабость, сердцебиение при ходьбе, проходящее в покое, сухость кожи, особенно в области локтевых суставов, сухость усиливается после контакта с водой (принятие душа, ванны). Периодически появляются трещины в области углов рта. Считает себя больной около года. По месту работу регулярно проходит медицинские осмотры, последний - восемь месяцев назад, но патологических отклонений не выявлено. Хронические заболевания отрицает, родов двое с интервалом 1,5 года, последние 2 года назад.

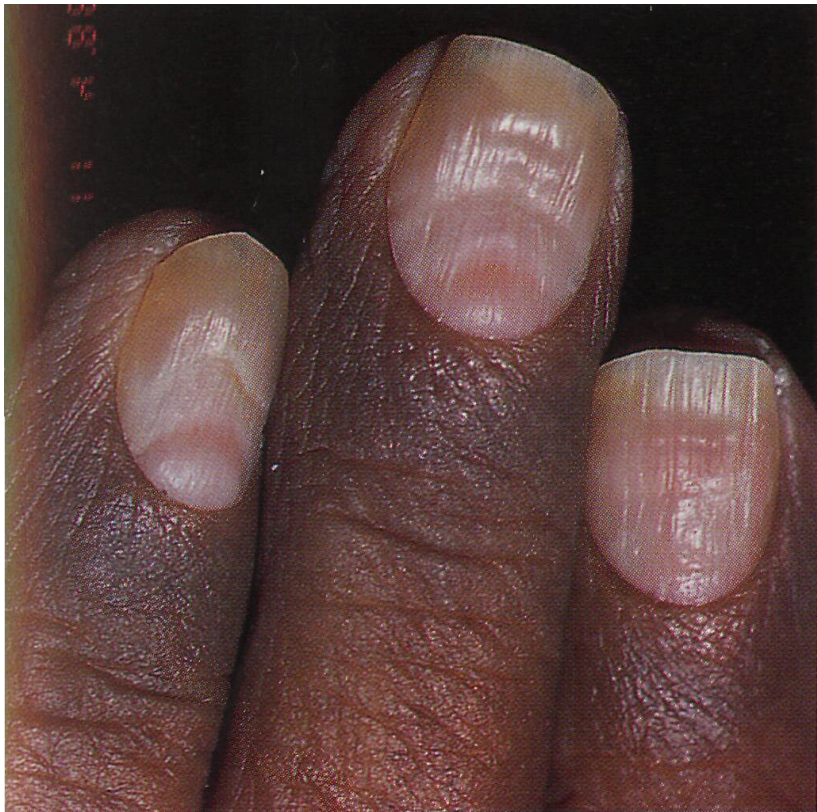
**Объективно:** состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, сухие, умеренный гиперкератоз разгибательных областей локтевых и коленных суставов Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Частота дыхания 19 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 ударов в минуту, АД 118/78 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, мягкий систолический шум в Vмежреберье на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

**Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: Hb - 86 г/л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , MCV – 71 фл, MCH – 20пг, MCHC – 330 г/л, тромбоциты –  $247 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,7 \times 10^9/л$ , эоз. - 4%, п/я -3%, с/я - 52%, лимф. - 35%, м - 6%; анизоцитоз ++, микроцитоз +++, СОЭ- 29 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,026; белок и сахар – отр., лейкоциты- 1-2 в п/зр, эпителий – 2-3 в п/зр.

3.Билирубин общий - 11,8 мкмоль/л, прямой 4,8 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин - 0,08 ммоль/л.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 88**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

К врачу обратилась больная Н., 57 лет, пенсионерка, не работающая. С жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение одышку с чувством нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, которую раньше переносила без одышки.

Считает себя больным в течение 2-3 лет, когда появились данные жалобы с постепенным их нарастанием, к врачам по этому поводу не обращалась. В анамнезе - сахарный диабет 2 типа, по поводу чего принимает метформин по 1000 мг \*2 раза в день в течение последнего года, ранее была только диетотерапия, хронический бронхит с редкими обострениями.

**Объективно:** При обследовании: состояние удовлетворительное, бледность кожных покровов и видимых слизистых, легкая желтушность кожных покровов и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс правильного ритма, удовлетворительного наполнения и напряжения, частотой 92 в мин. АД – 130/86 мм.рт.ст. Тоны сердца – громкие, ритмичные ЧСС – 92 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,0 см. ниже края реберной дуги, селезенка – не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон

**Параклинические исследования:**

1. Общий анализ крови: Hb 96 г/л, эр.  $2,5 \times 10^{12}$ /л, ретикул. – 0%, MCV – 101 фл, MCH – 36 пг, MCHC – 344 г/л, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++. ; лейкоц.  $6,2 \times 10^9$ /л, э. – 0, п – 0, с – 30, лимф. – 70; тромб. –  $169 \times 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/час.

2. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1,017, белка нет, сахар отр., эпителий ед в п/зр.

3. БАК: общий билирубин – 44 ммоль/л, прямой билирубин – 5 ммоль, непрямой билирубин – 39 ммоль/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 29 Ед/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л, / – концентрация витамина В12 – 2158 пг/мл (норма 100 - 4000 пг/мл)..

4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 96 в 1 мин; эл. ось сердца полугоризонтальная, метаболические изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 89**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 37 лет, инженер, обратился к врачу с жалобами на выраженную слабость, одышку при незначительных физических нагрузках, появление синяков на коже по всех поверхности тела без каких-либо провоцирующих факторов, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при чистке зубов, боли в горле при глотании. Считает себя больным около месяца. Медосмотр полгода назад - патологии не выявлено. Работает инженером на заводе по производству удобрений.

**Объективно:** состояние больного средней степени тяжести. Температура тела – 37,4°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, большое количество экхимозов различной локализации, разной стадии «цветения». Слева в подчелюстной области пальпируются два лимфоузла, оба до 2 см в диаметре, болезненные, подвижные плотно-эластичной консистенции. Остальные группы лимфоузлов не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. ЧД 23 в 1 мин. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, частотой 108 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 110/70 мм рт ст. Тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см изпод края ребёрной дуги, край ровный, эластичный безболезненный, селезёнка - +1 см из под края ребёрной дуги по левой переднеподмышечной линии. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

**Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: Нв - 46 г/л, эр. -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , MCV – 89фл, MCH – 26 пг, MCHC – 340 г/ллейк.  $72,5 \times 10^9/л$ , бласты – 16%, с/я - 49%, лимф. – 35%; тромб. –  $5 \times 10^9/л$ , СОЭ - 66 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,016; белок, сахар – отр., лейкоц. 1-2 в п/зр, эп. 2-3 в п/зр.

3.Билирубин общий - 18,8 мкмоль/л, креатинин - 0,095 ммоль/л, мочевины – 7,0 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 90**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной А. 62 лет, охранник, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, повышенную потливость, снижение веса на 10 кг за последние полгода без каких-либо видимых причин, характер питания прежний, аппетит в норме, увеличение шейных, подмышечных лимфатических узлов; ощущение тяжести в области правого и левого подреберий. Заболеваний ранее не отмечал.

**Объективно:** Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без высыпаний, суховатые. Задние шейные лимфатические узлы слева (2) увеличены до 4 см, безболезненные, подвижные, мягко-эластичной консистенции; пальпируется надключичный лимфоузел слева до 2 см, безболезнен, мягкий, подвижный, подмышечные лимфоузлы определяются с обеих сторон до 2 см в диаметре, безболезненные, подвижные мягко-эластичные. Лимфоузлы не спаяны между собой, кожа над ними не изменена. Грудная клетка правильной формы, ЧД 19 в 1 мин., над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. Ритм сердечной деятельности правильный, частотой 86 уд/мин, тоны сердца правильного соотношения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – на 2 см ниже края реберной дуги, нижний край ровный, безболезнен, округлый. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край безболезнен, округлый. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

**Параклинические исследования:**

1.Общий анализ крови: Нв - 110 г/л, эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , MCV – 82 фл, MCH – 27пг, MCHC – 362 г/л; ретикулоциты – 1%, тромб. -  $169 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $55,5 \times 10^9/л$ , п. – 1 %, с. – 23 %, лимфоциты 2%, л-73 %, м – 1 %, СОЭ – 81 мм/ч.

2.Общий анализ мочи: цвет соломенно – желтый, прозрачная, плотность – 1,019, белок – отр., сахар – отр., слизь - умеренное количество.

3.УЗИ органов брюшной полости:Печень: Контуры: ровные, правая доля КВР(мм):189, структура диффузно-неоднородная, эхогенность: умеренно повышена, сосудистый рисунок:сохранён Диаметр воротной вены(мм):1. Внутривеночные желчные протоки: не расширены. Диаметр холедоха(мм):6.

Желчный пузырь

Размеры: длина(мм):70 ширина(мм):22, форма:обычная Стенки -толщина стенки(мм):2

Поджелудочная железа

Контуры: чёткие, ровные. Размеры :головка(мм):26, тело(мм):21, хвост(мм):25

Эхоструктура:диффузно-неоднородная Эхогенность: повышена. Вирсунгов проток:1мм  
Селезенка

Контуры ровные. Размеры: длина(мм):188 ширина(мм): 68. Диаметр селезеночной вены(мм):6

Эхоструктура: неоднородная. Эхогенность: средняя.

Дополнительно :свободной жидкости в брюшной полости нет

4.Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 35 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, АСТ – 89 Ед/л, АЛТ – 81 ЕД/л, креатинин – 89 мкмоль/л, мочевины – 6,9 ммоль/л, ферритин – 589 нг/мл (норма 20-250 нг/мл).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 91**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Б., 30 лет, обратилась с жалобами на резкую, «дергающую» боль в надключичной области справа, отдающую за ухо; боль в горле при глотании; повышение температуры до 38,0\*С; слабость. Считает себя больной в течение 3 дней. Отмечала кратковременное улучшение после приема «Нурофена». В анамнезе: ОРВИ 1-2 раза в год, последнее – месяц назад; хронический пиелонефрит, последняя активность 5 лет назад; в течение трех месяцев проходила лечение и протезирование у стоматолога. Аллергия (крапивница) на цитрусовые.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Активна. Т 37,4\*С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Слизистые чистые. Зев без особенностей. Зоны придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненны. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны громкие, ритм правильный, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный; слизистые ротовой полости обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Область шеи на глаз не изменена, кожа обычной окраски и температуры. При пальпации щитовидная железа увеличена больше за счет правой доли; в нижнем полюсе правой доли пальпируется плотный узел 1,5 см, болезненный; регионарные лимфоузлы не увеличены. С. Мари (слабо +). Отеки периферические отсутствуют.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов 5,6 х10<sup>9</sup>/л (4,00-8,80). Количество эритроцитов 3,9 Х10<sup>12</sup>/л (3,70-4,70). Гемоглобин 135 г/л (120-150). Гематокрит 39,0 % (36,0-42,0) Количество тромбоцитов 270 х10<sup>9</sup>/л(150-400). СОЭ 46 мм/ч (2-15).

2.Глюкоза- 4,8 ммоль/л; оХс – 5,0 ммоль/л; о. кальций - 2,3 мкмоль/л.

3.ЭКГ: ЧСС 100 в минуту, синусовый ритм.

4.УЗИ щитовидной железы.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?

3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Дайте оценку УЗИ щитовидной железы пациентки.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 91. УЗИ щитовидной железы пациентки Б., 30 лет

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 92**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка П., 31 года доставлена родственниками в приемное отделение в лежачем положении. Беспокоит выраженная слабость, головокружение, тошнота, отсутствие аппетита, периодически боль в животе без определенной локализации. Полгода назад отметила появление постепенно нарастающей слабости, без причины снижения настроения. В течении двух месяцев отметила снижение аппетита до полного отсутствия, похудание на 5-6 кг. Последнюю неделю из-за слабости не встает с постели. Два дня постоянная тошнота, боль в животе без определенной локализации. В анамнезе: хронические заболевания отрицает. Проживает с семьей – муж, сын 9 месяцев. Беременность была первая, протекала без осложнений. Срочные роды. Вес ребенка 4500г. Информации об объеме кровопотери нет. Из-за отсутствия лактации сразу – искусственное вскармливание. После родов менструальная функция не возобновилась. В отпуске по уходу за ребенком.

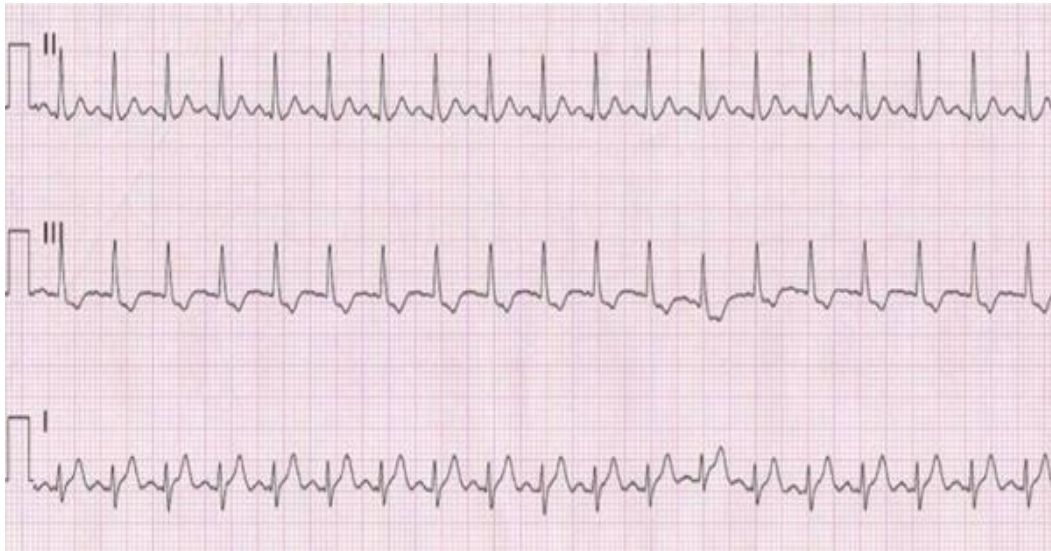
**Объективно:** Состояние тяжелое, говорит тихо, едва слышно. Масса тела 60 кг, рост 168 см. Кожные покровы бледно-серо-желтушные, сухие, прохладные. Подкожно жировой слой развит умеренно. Легкая отечность век, лицо амимично. Волосы: на голове тусклые, редкие; отсутствуют в подмышечных впадинах и на лобке. Грудные железы безболезненны, лактореи нет, ареолы бледные. ЧД 16 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту. АД 60/20 мм рт ст. Слизистые рта сухие, чистые. Живот втянут, при поверхностной и глубокой пальпации без болезненный. Печень у края реберной дуги. Щитовидная железа нормальных размеров, эластичная безболезненная. С. Грефе, Кохера – отрицательные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов  $5,9 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80). Количество эритроцитов  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70). Гемоглобин 120 г/л (120-150). Гематокрит 39,0 % (36,0-42,0) Количество тромбоцитов  $200 \times 10^9/\text{л}$  (150-400). СОЭ 15 мм/ч (2-15).

2.Глюкоза 3,8 ммоль/л (3,33-5,55); калий 5,9 ммоль/л; натрий 132 ммоль/л; мочевины 8,0 ммоль/л.

3. ЭКГ.



К задаче № 92. ЭКГ пациентки П., 31 г

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 93**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациент А., 28 лет, инженер-строитель, доставлен в приемное отделение с болью в животе, локализующейся в эпигастрии, многократной рвотой слизью. Из анамнеза: в течении недели снижение аппетита, снижение массы тела, жажда до пяти литров в сутки, многократное мочеиспускание по ночам. Сутки назад появилась тошнота, рвота пищей, боль в животе. Самостоятельно принимал но-шпу, активированный уголь, «Смекту», улучшения не отмечал. В течение суток из-за слабости не вставал с постели. В детстве перенес краснуху, редко ОРВИ.

**Объективно:** состояние тяжелое, лежит на правом боку, с трудом говорит из-за одышки и слабости. Сознание сохранено, ориентирован в обстановке, адекватен при беседе. Удовлетворительного питания. Кожные покровы с гиперемией лица и шеи, сухие, расчесы на спине и конечностях; тургор снижен. Тонус мышц верхних и нижних конечностей равномерно снижен. ЧД 20 в мин. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. При аускультации выслушивает над всеми отделами легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны громкие, ритм и соотношение правильные. ЧСС 106 в минуту. АД 100/60 мм рт ст. Слизистые рта, язык сухие, трещины на губах и углах рта. Живот участвует в дыхании, при пальпации в эпи- и мезогастррии болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика сохранена. Печень +1 см от края реберной дуги по среднеключичной линии.

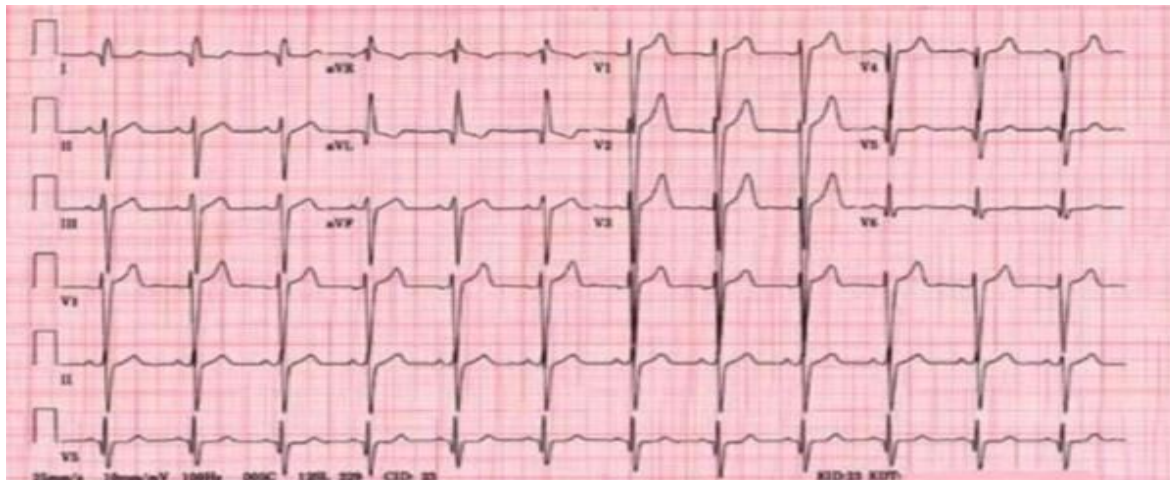
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. В моче «экспресс методом» кетоновые тела +++ (отр).
2. Глюкоза крови 22 ммоль/л (3,33-5,55).
3. КЩС: рН 7,08 (7,35- 7,45); ВЕ – 13,5 (-2,3 +2,3).
4. ОАК: Количество лейкоцитов 12,0 x10<sup>9</sup>/л (4,00-8,80). Количество эритроцитов 9,9 X10<sup>12</sup>/л (3,70-4,70). Гемоглобин 150 г/л (120-150). СОЭ 10 мм/ч (2-15).
5. Калий 3,9 ммоль/л; натрий 133 ммоль/л; мочевина 8,1 ммоль/л.
6. ЭКГ.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



К задаче № 93. ЭКГ пациента А.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 94**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Б., 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы. Страдает сахарным диабетом 3 года, который вначале проявился кетоацидозом. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Лантус 24 ЕД п/к в 23 часа и Ново-Рапид 8ЕД-6ЕД-4ЕД п/к перед едой. HbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать выше описанные жалобы. Регистрировала глюкозу натощак 10,8-9,2 ммоль/л, в течение дня 5,6-7,0 ммоль/л. Самостоятельно увеличила дозу Лантуса до 26ЕД, затем до 28 ЕД в 23 часа. Улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора. Масса тела 70 кг, рост 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена обеими долями, эластична, подвижна, безболезненна. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Глюкоза крови в капиллярной крови во время осмотра при поступлении в 12.00 (экспресс методом) 4,7 ммоль/л.
2. Кетоновые тела в моче не обнаружены.
3. РОГК: патологии не выявлено.
4. Глазное дно

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения на глазном дне.
4. Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 94. Картина осмотра глазного дна OD. Больная Б., 26л.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 95**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

На приём к врачу обратилась пациентка 54 лет, секретарь-референт, с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Считает, что проявления связаны с прекращением менструального цикла в течение года, за который похудела на 10кг. С детства имеет витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до 53лет регулярный, 2 беременности и 2 родов. У матери было тяжелое течение климакса.

**Объективно:** Больная эмоционально лабильна, суетлива, мелко размашистый тремор век, пальцев рук. Вес 61 кг, рост 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. Подкожная клетчатка слабо выражена, рыхлая. ЧД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД 130/70 мм. рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны. Двоения не испытывает. Веки отечны. Конъюнктивы отечная, умеренно гиперимирована. Экзофтальм с двух сторон. Периферических отёков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов  $6,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80) Нейтрофилы 70,0 % (47,0-72,0) Лимфоциты 32,3 % (19,0-37,0) Моноциты 9,1 % (3,0-11,0) Эозинофилы 1,4 % (0,5-5,0) Базофилы 0,5 % (0,0-1,0) Нейтрофилы  $2,05 \times 10^9/\text{л}$  (1,80-5,50) Лимфоциты  $1,77 \times 10^9/\text{л}$  (1,20-4,00) Моноциты  $0,6 \times 10^9/\text{л}$  (0,09 - 0,80) Эозинофилы  $0,06 \times 10^9/\text{л}$  (0,02-0,30) Базофилы  $0,02 \times 10^9/\text{л}$  (0,00-0,30) Количество эритроцитов  $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70) Гемоглобин 135 г/л (120-150). СОЭ 10 мм/ч (2-15)

2. Глюкоза- 4,0 ммоль/л; оХс – 5,0 ммоль/л

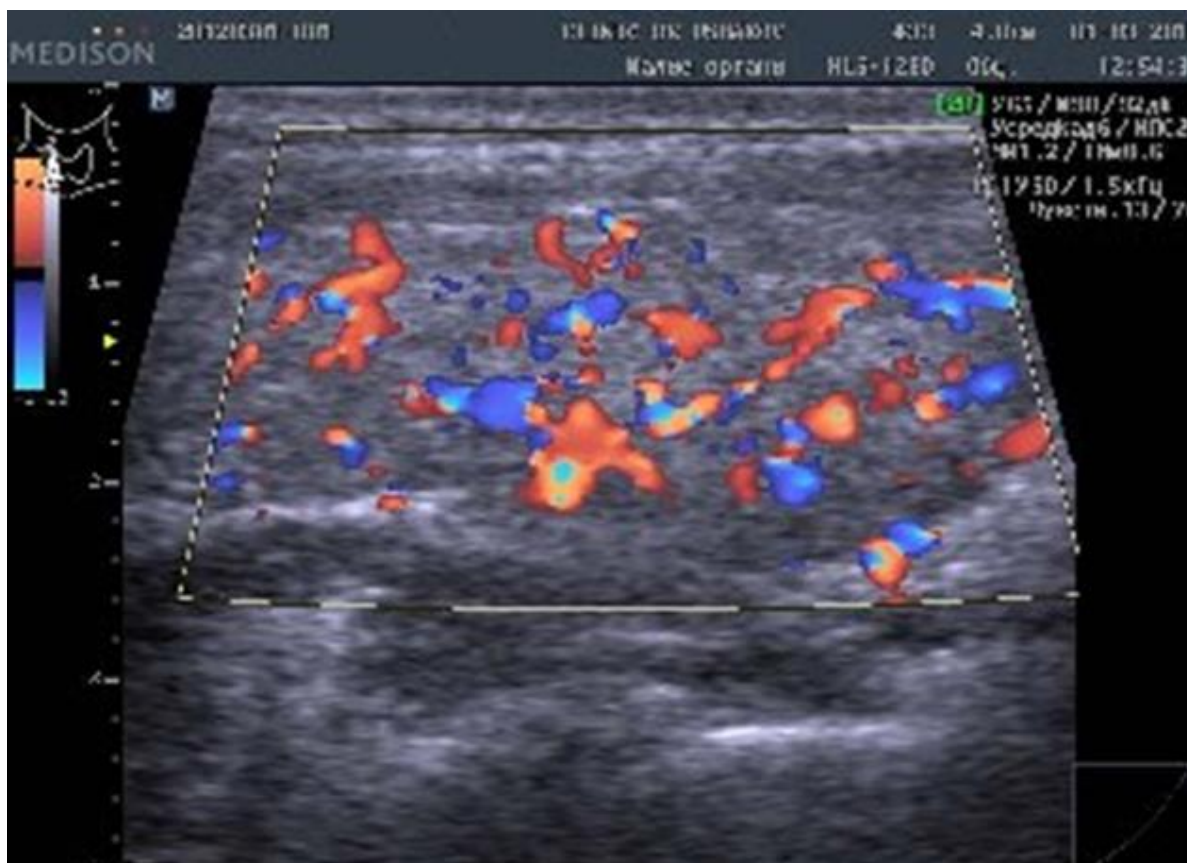
3.ТТГ = 0,05 мЕД/л (0,3- 3,2); св. Т4 = 76,2 нг/мл (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0); ФСГ = 120 мМЕ/мл (2 – 12).

4.ЭКГ: ЧСС 116 в минуту, ритм синусовый.

5. УЗИ ЩЖ

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения по УЗИ ЩЖ.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче № 95. УЗИ щитовидной железы с ЦДК пациентки 54 лет

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 96**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка П., 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг. Считает себя больной около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Суетливое поведение. Рост 162 см, вес 55 кг. Кожные покровы смуглые, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелко размашистый тремор вытянутых рук, языка. Экзофтальм. Симптом Краузе (+). Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС 108 в минуту, АД 130/70 мм рт ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии. При пальпации диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Периферических отеков нет.

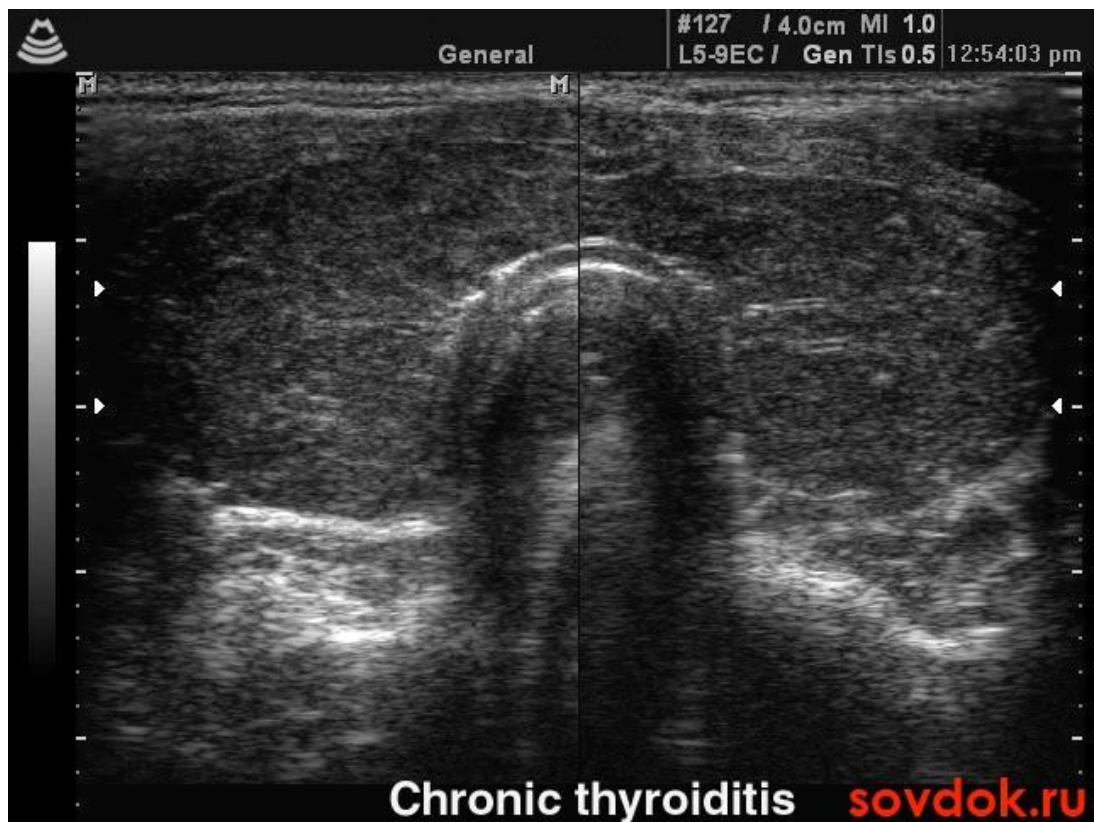
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: СОЭ 15 мм/ч, Нв – 125 г/л, Лейк. –  $5,6 \times 10^9$ /

2.Глюкоза – 6,61 ммоль/л (3,33-5,55), мочевины 6,3 ммоль/л, общий билирубин 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л.

3.УЗИ ЩЖ

К задаче № 96 УЗИ щитовидной железы пациентки П., 31г.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо. Опишите изменения по УЗИ ЩЖ.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 97**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился с жалобами на сухость во рту, появившуюся 2-3 год назад. В детстве перенес острый гепатит, паротит. С 35 лет отмечает постепенное увеличение веса, коррекцией не занимался. Вредные привычки отрицает. **Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, обычной влажности. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 90 см, масса тела 107 кг, рост 176 см. ЧД в покое – 18 в мин. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД 150/88 мм рт. ст., ЧСС – 80 в мин. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны приглушены, ритм правильный. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен, ровный безболезненный. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Пульс на артериях тыла стопы сохранен, симметричный. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: Количество лейкоцитов  $7,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80) Нейтрофилы 70,0 % (47,0-72,0) Лимфоциты 32,3 % (19,0-37,0) Моноциты 9,1 % (3,0-11,0) Эозинофилы 1,4 % (0,5-5,0) Базофилы 0,5 % (0,0-1,0) Нейтрофилы  $2,05 \times 10^9/\text{л}$  (1,80-5,50) Лимфоциты  $1,77 \times 10^9/\text{л}$  (1,20-4,00) Моноциты  $0,6 \times 10^9/\text{л}$  (0,09 - 0,80) Эозинофилы  $0,06 \times 10^9/\text{л}$  (0,02-0,30) Базофилы  $0,02 \times 10^9/\text{л}$  (0,00-0,30) Количество эритроцитов  $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70) Гемоглобин 145 г/л (120-150). СОЭ 12 мм/ч (2-15)

2. Глюкоза крови натощак 10,1 ммоль/л, в случайное время дня -15,0 ммоль/л.

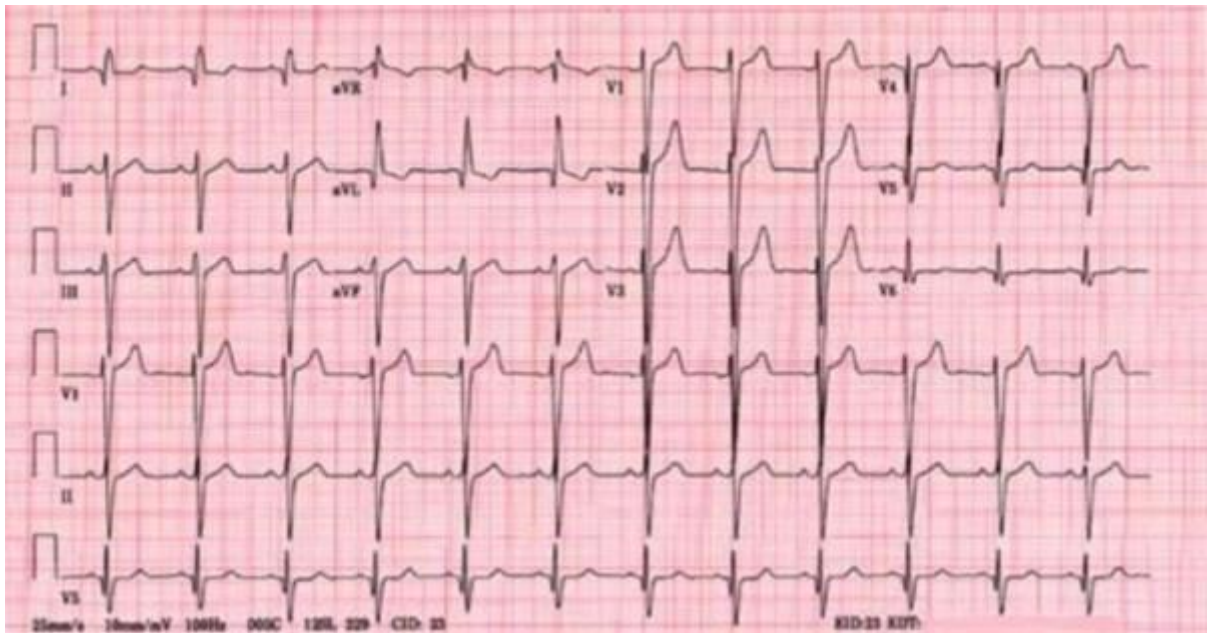
3.УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля 183 мм (КВР:130-150), левая доля 90 мм (КВР 50-70) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68x28 мм, стенка 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка 48 см2 (до 50) не изменена.

4. Глазное дно: расширение и извитость венул, микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии.

5. ЭКГ

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



ЭКГ пациента А. задаче № 97.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 98**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная М., 36 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 6 месяцев. Считает себя больной в течение последних 2 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни, с объемом работы справляется, но с трудом.

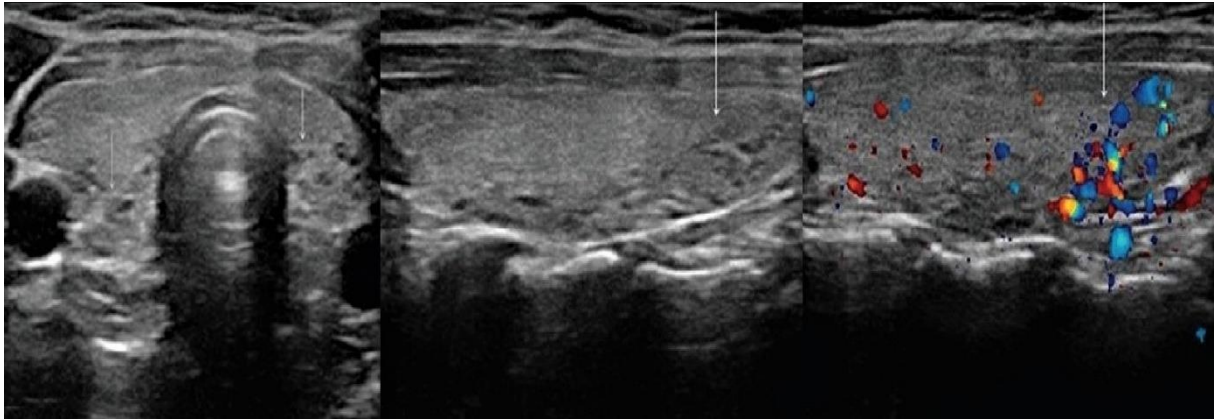
**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 67 кг. Температура тела 35,1 С. Кожа бледная, сухая, на голенях, локтях гиперкератоз. Лицо пастозно, амимично. Плотные отеки конечностей, туловища. Волосы на голове редкие, ломкие, тусклые. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (+) с двух сторон. Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55/мин, АД 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55/мин. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная, нижний край на уровне реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации небольшая, поверхность неровная, плотная, безболезненная, подвижна при глотании. С. Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.ОАК: эр -  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.
2. ОАМ: желт, уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпит. 2 п/зр. (0-2), лей 0-2 в п/зр (0-4), эр. 0-1 п/зр. (0-2).
3. Глюкоза – 4,0 ммоль/л (3,33-5,55); Fe – 5,5 мкмоль/л (8.9-30,4).
- 4.ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл (0,3 -3,2), Т4 своб. – 6,3 пмоль/л (51-142 нмоль/л); АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0 -30).
5. УЗИ щитовидной железы

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, заключение по УЗИ ЩЖ, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче №98. УЗИ щитовидной железы пациентки М.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 99**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка Б., 18 лет, студентка. Жалобы на быструю утомляемость и снижение работоспособности, снижение настроения, нарушение менструального цикла, увеличение массы тела, резкое повышение аппетита, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам.

Анамнез заболевания: Больная родилась с весом 2,6 кг, искусственное вскармливание. В детстве часто ангины; хр. тонзиллит. Менархе с 10 лет, менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, регулярный. С 13 лет менструальный цикл нерегулярный, в течение 6 месяцев отсутствует. В 10 лет значительный скачок роста, в 16 лет рост прекратился. В 11 лет стала прибавлять массу тела, прогрессирует скачками до настоящего времени. При стрессах и в темное время суток значительно увеличивает прием пищи. В период прибавки веса появляются розовые стрии на груди, животе, спонтанно бледнеют. Перед поступлением в институт однократно регистрировалось АД 140/90 мм.рт.ст.

**Объективно:** Выглядит старше своих лет. В общении замкнута. Рост 178 см, вес 107 кг, ОТ = 112 см., ОБ = 122 см., равномерное гиноидное отложение подкожно-жирового слоя. Гиперпигментация шеи, сосков, серый гиперкератоз локтей. Оволосение по женскому типу, лёгкий гипертрихоз на лице и конечностях. Розовые, тонкие, выступающие стрии на груди, животе, пояснице. Костно-мышечная система соответствует полу и возрасту. Кисти влажные, «ледяные», кожа тонкая, нежная. На лице единичные акне vulgarus. Грудные железы развиты хорошо. Тоны сердца ритмичные, 90 в минуту. АД 130/90 мм рт ст. PS 90 в минуту. Язык чистый. Влажный. Живот несколько увеличен за счет подкожного слоя. Щитовидная железа на глаз не видна, пальпируются обе доли нормальных размеров, эластичная, безболезненна. Отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

- 1.ОАК: эр -  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 140 г/л; СОЭ – 10 мм/ч.
2. ОАМ: желт, уд. вес 1022, белок - отр., сахар – отр., эпит. 1 п/зр. (0-2), лейкоц. 1 в п/зр (0-4), эр. 0-1 п/зр. (0-2).
3. ПТТГ (75 г): глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л., через 2 часа – 7,6 ммоль/л.
4. Кортизол крови в 8.00 ч. – 790 нмоль/л (N 150-680 нмоль/л).

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 100**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка И., 26 лет, обратилась после диспансерного обследования, где выявили зуб и рекомендовали дообследование. Женщина планирует беременность. Жалоб нет. Из анамнеза: родилась и проживает в Сибири. Менархе с 12 лет, МЦ регулярный. Замужем 2 года. Беременностей не было. Хронические заболевания отрицает. Заболеваний родственников не знает. Работает визажистом. Вредные привычки отрицает.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора, чистые. Рост волос соответствует полу и возрасту. Масса тела 80 кг, рост 162 см, ОТ 84 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отёков нет. При осмотре видна щитовидная железа, кожа над ней не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена обеими долями диффузно; поверхность ровная, эластичная, безболезненная, смещаемая при глотании. Симптомы Грефе, Кохера – отрицательные.

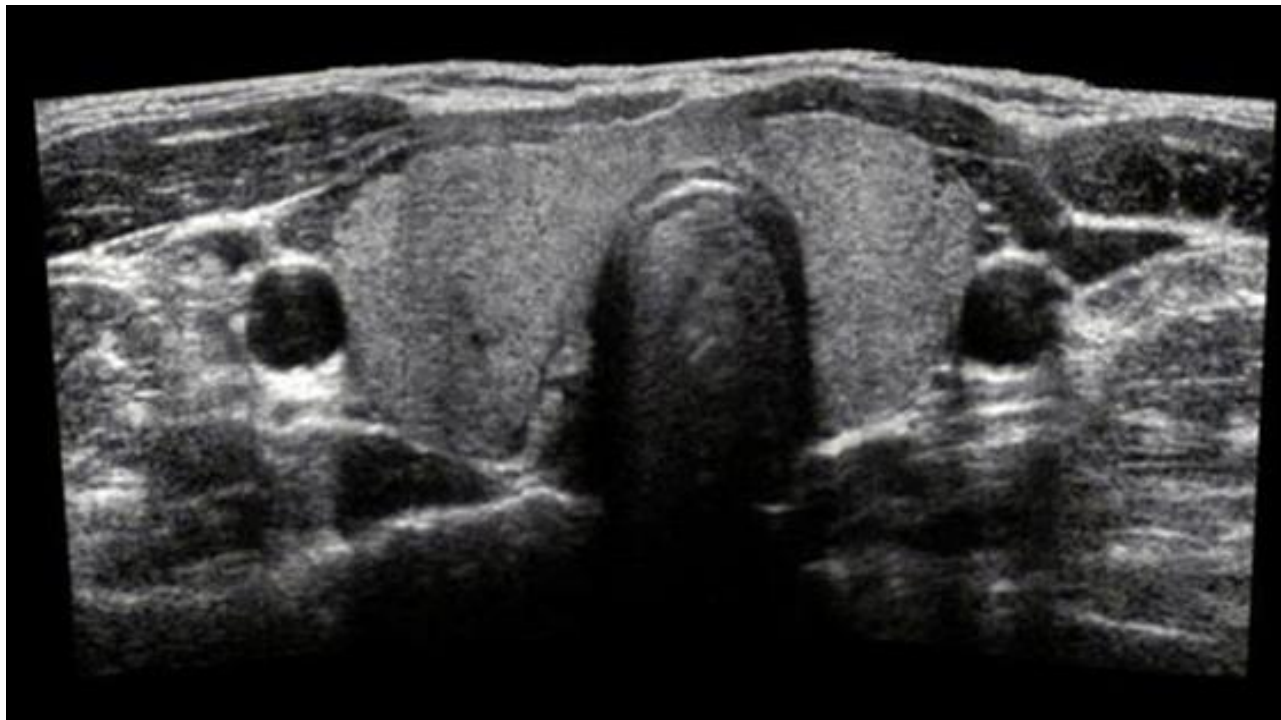
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: эр -  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 139 г/л; СОЭ – 12мм/ч.
2. ПТТГ (75г): глюкоза натощак – 5,0 ммоль/л (3,33-5,55); через два часа после нагрузки глюкозой – 7,7 ммоль/л (до 7,8); НвА1с – 5,8 % (до 6,0%).
3. ТТГ – 2,3 мМЕ/л (0,3-3,2 мМЕ/л.);
4. УЗИ ЩЖ: объем 26 см<sup>3</sup>.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, заключение по УЗИ ЩЖ, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.



К задаче №100. УЗИ щитовидной железы пациентки И.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 101**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка В. 47 лет, провизор 22.05.18 г. выполнена дентальная имплантация 3 зубов одномоментно на нижней челюсти слева под местной анестезией. Врачом рекомендован прием НПВП (кетопрофен), антибиотика (фромилид) и охлаждающей гели местно. После операции отмечала боли в нижней челюсти, кроме рекомендованных врачом препаратов принимала баралгин. Заболеваний печени в анамнезе не было.

12.06.18г. Повысилась температура тела до 38°, в связи с чем фромилид был заменен на кларитромицин в течение 5 дней и в последующем доксициклин 5 дней. Пациентка самостоятельно добавила парацетамол. Температура снизилась до 37,2°, однако появился отек левой половины лица и десны. С 15.06.18 стала отмечать нарастающую слабость, периодически озноб. 20.06.18 появилась желтуха, потемнела моча, зуда не было. Пациентка переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Одонтогенный сепсис, токсический гепатит.

**Объективно:**кожные покровы желтые, с единичными кровоподтеками, склеры, уздечка языка желтушны, легкие и сердце без изменений. Живот обычной формы, умеренно чувствителен в правом подреберье. Перкуторно жидкость в брюшной полости не определяется. При пальпации печени нижний край несколько закруглен, определяется на 3-4см ниже реберной дуги. Верхняя граница печени перкуторно в 5м межреберье. Поверхность печени гладкая, ровная, плотноэластической консистенции. Селезенка пальпаторно не определяется. Пальпируется сигмовидная кишка, нормальных параметров. Точка желчного пузыря умеренно чувствительна, точки и зоны поджелудочной железы безболезненны. В проекции ветвей брюшной аорты систолический шум не определяется.

**При лабораторных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нб 102 г/л, СОЭ 38 мм/ч, п/я 9.
2. Б/х крови: билирубин 92 мкмоль/л (50/42), общий белок 67 г/л, альбумины 45%, глобулины:  $\alpha_1$  – 3,8% (N 3,8-6,5),  $\alpha_2$  – 15% (N6,2-10,5),  $\beta$  – 6% (N 10-15),  $\gamma$  - 30,2 (N 14,5-19,5), АЛТ 197 МЕ/л (N до 42 МЕ/л), АСТ 265 МЕ/л (N до 37 МЕ/л), ГГТП 302МЕ/л (N до 64 МЕ/л), ЩФ 300 ед/л, холестерин 3,2 ммоль/л.
3. УЗИ ОБП, КТ: оцените результаты исследования.
4. Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательны.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Компьютерная томограмма органов брюшной полости



Дайте заключение: укажите изменены ли размеры печени и селезенки, какова эхогенность печени

УЗИ

УЗИ: размеры печени: КВР – 162мм, левая доля – 80мм, структура печени однородная, эхогенность

Заключение \_\_\_\_\_

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 102**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка Ж, 48 лет отмечает периодическую тяжесть в правом подреберье, эпигастрии, зуд кожи, преимущественно ладоней и стоп, менее выражен - других участков тела, зуд усиливается ночью. Беспокоит слабость, сонливость днем, бессонница ночью, кровоточивость десен, особенно при чистке зубов. Беспокоят боли, особенно в крупных суставах (локтевые, коленные, тазобедренные), в связи с чем отмечает изменение походки.

Кожный зуд появился 3 года назад, сначала - на ладонях и стопах, а затем распространился на все тело; пила антигистаминные препараты без эффекта, наблюдалась у дерматолога. Последний год зуд усилился, появилась слабость, стала темнеть моча, появилась желтуха и боли в крупных суставах. В последние 2 недели указанные симптомы усилились, появилась боль в правом подреберье, снижение настроения, вплоть до депрессии. Госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение.

Заболеваний печени ранее не было. Операций не было. Аллергологический анамнез спокоен. Речную рыбу не употребляет. 10 лет тому назад диагностирована ЯБ ДПК, пролечена, обострений не было. Наркотики не употребляла, алкоголь (вино) употребляет редко, в количестве 50-100 мл. Гемотрансфузии не проводились.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. В месте и времени ориентирована. Кожные покровы грязно-желтушные, сухие, с расчесами, на груди единичные «сосудистые звездочки», неяркие «печеночные ладони». Пониженного питания. Дыхание через нос свободное. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. ЧСС 60 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Слизистая полости рта и особенно уздечка языка ярко желтые. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3-4 см по правой среднеключичной линии, плотная, край закруглен, безболезнен при пальпации. Пальпируется нижний край селезенки. Поясничная область не изменена, отеков нет.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: СОЭ 33 мм/час; Hb 128 г/л; лейкоц.  $4,2 \times 10^9$ ; эритро.  $4 \times 10^{12}$ ; цв. пок. 0,9, Э 5 %; П 1 %; С 62 %; Л 22 %; М 10 %; тромб  $224 \times 10^9$ /л;

2. Б/х крови: общий белок 73 г/л (65-85); альбумин 37,7 % (Nmin 35 г/л); глобулины  $\alpha 1$  - 9,5 % (3,5-5,6);  $\alpha 2$  - 7,7 % (6,9-10,5);  $\beta$  - 10,9 % (7,3-12,5);  $\gamma$  - 34,1 % (12,8-19); билирубин общий 63,7 мкмоль/л, связанный 53,4 мкмоль/л; глюкоза 4,5 ммоль/л; мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин 0,04 ммоль/л. холестерин общий 9,8 ммоль/л, калий 4 ммоль/л, натрий 133 ммоль/л, сывороточное железо 25 мкмоль/л (6,6-26); АСТ 53,2 U/L (N 5-37); АЛТ 48,6 U/L (N 4-42); ЩФ 769 U/L (N 64-306); ГГТ 841,1 U/L (N 7-64).

3. Копрограмма: нейтр. жир - знач.; жирн. к-ты – небольш. кол-во; мышечн. волокна неперевар. – небольш. кол-во; бактерии – больш. кол-во; прост., яйца гельминтов – не обнаружены.
4. Вирусологическое исследование на гепатит В и С отриц.
5. ЭКГ: Умеренные дисметаболические изменения.
6. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, в н/3 на 3 и 6 ч варикозно расширенные венозные стволы до 2-3 мм, не напряженные. Розетка кардии б/о. В желудке слизь, желчь. Складки обычного калибра, слизистая с очагами неяркой гиперемии. Привратник обычной формы, в луковице ДПК белый рубец на передней стенке. БДС обычной формы, не изменен.
7. УЗИ органов брюшной полости: Правая доля печени до 170 мм, структура диффузно неоднородная. Признаков билиарной гипертензии нет. Воротная вена 16 мм. ОЖП 5 мм. Вирсунгов проток 1 мм, Селезенка 90 см<sup>2</sup>. Селезеночная вена 10 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Какие изменения выявлены при осмотре больной



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 103**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная М., 50 лет обратилась с жалобами на постоянную слабость, быструю утомляемость, одышку и усиленное сердцебиение после любой физической нагрузки, постоянную сухость кожи, которая не купируется при использовании различных косметических средств, изменение вкуса (желание постоянно есть соленую пищу, мел), отвращение к мясной пище, усиленное выпадение волос, ломкость ногтей, неприятный привкус во рту, в течение последней недели – повышение температуры в течение всего дня до 37,0°С. Физиологические отправления: без особенностей.

Ухудшение самочувствия в течение последних 5-6 месяцев. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы тела матки. Последний осмотр у гинеколога 6 месяцев назад.

При осмотре - кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие с участками гиперкератоза в области локтевых и коленных суставов. Волосы на голове – тусклые, редкие, ломкие, с секущимися концами. Ногтевые пластинки: не ровные, с поперечной исчерченностью, расслаивающиеся, ломкие. Язык влажный, обложен серым налетом по средней линии. Периферические лимфоузлы – не увеличены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры: 10-8-7 см, селезенка – не пальпируются, размер – 8\*5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 22 в мин. Область сердца не изменена. Мягкий систолический шум в V межреберье по левой СКЛ. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. ЧСС – 100 ударов в минуту. По другим органам и систем – без особенностей.

Лабораторно: ОАК - Hb - 51 г/л, эритроциты –  $2,1 \times 10^{12}/л$ , MCV – 65 fl, MCH-19 пг, MCHC – 270 г/л, ретикулоциты – 27 %, тромбоциты -  $256 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $7,1 \times 10^9/л$ , СОЭ – 59 мм/ч., анизоцитоз - +++, пойкилоцитоз-++++.

УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено.

БАК: об.билирубин – 17,5 ммоль/л, АСТ – 38 Ед/л, АЛТ – 35 Ед/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, сыв. железо – 3,2 мкмоль/л

Расшифруйте данные УЗИ, какое отношение указанный метод исследования имеет к заболеванию пациентки?

**1. Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.

4 Составьте программу лечения.

5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?

6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



УЗИ больной М, 50 лет

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 104**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

при обычной физической нагрузке, одышку смешанного характера и учащенное сердцебиение при любой нагрузке, «не чувствует землю», онемение в области ног по типу «носок», снижение аппетита, боли в языке жгучего характера, ощущение тяжести в правом подреберье. Физиологические отправления - без особенностей. Ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным (лимонным) оттенком, чистые, суховатые. Язык – ярко малинового цвета, сосочковый слой резко сглажен, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на 3см, селезенка – не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца – приглушены, ритмичные. Мягкий систолический шум на верхушке и во II межреберье справа. ЧСС – 106 в мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. В других точках аускультации – дополнительных шумов не определяется. По другим органам и систем – без особенностей.

ОАК - Нв - 59 г/л, эр –  $2,0 \times 10^{12}$ /л, MCV – 112 fl, MCH-42 пг, MCHC – 342 г/л, ретикулоциты – 1 ‰; тромбоциты -  $100 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $2,9 \times 10^9$ /л, п/я – 4 ‰, с/я – 71 ‰, лимф – 20 ‰, моноциты – 5 ‰, СОЭ – 49 мм/ч., анизоцитоз - +++, пойкилоцитоз-+++.

БАК: об. билирубин – 46,9 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л

ФГДС больного М, 72лет



Расшифруйте ФГДС желудка, дайте заключение: объясните, чем обусловлена неравномерная гиперемия?; как дифференцируются складки слизистой?

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 105**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

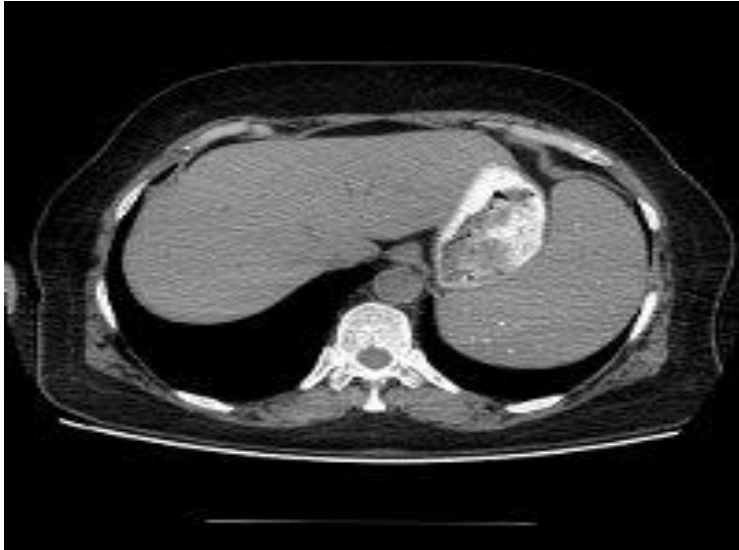
На прием в поликлинику обратилась женщина 32 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, снижение массы тела около 10 кг в течение 2-х месяцев, снижение аппетита, одышку при незначительной ФН, постоянное ощущение сердцебиение, склонность к частым образованиям синяков на любой поверхности кожных- покровов без каких-либо воздействий, частые носовые кровотечения, кровоточивость десен, повышение температуры тела до 38.8°с с ознобами. В течение недели отмечает появление и нарастание резкой слабости, повышение температуры тела до 39°С, кровоточивость десен, носовые кровотечения, с прогрессирующим ухудшением самочувствия. Ранее подобных жалоб никогда не отмечала, ухудшение самочувствия ни с чем связать не может, какой-либо терапии по данному поводу не проводила. Работает преподавателем начальных классов.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренной влажности, экхимозы различных размеров на различных участках кожных покровов в различных стадиях «цветения», большое количество свежих высыпаний. При осмотре ротовой полости кровоточивость десен при минимальном воздействии (шпателем); периферические лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон, до 0,5-1,5 см., безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. В легких - дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. В нижней доле слева единичные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 112 в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот обычной конфигурации, симметричный; при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из подреберья на 5см. Пузырные с-мы отрицательные. Нижний край селезенки - +2 см из под реберной дуги. С-м поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно:

ОАК - Нб - 54 г/л, эритроциты –  $2,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 90 fl, MCH-26 пг, MCHC – 355 г/л, ретикулоциты – 1 %<sub>0</sub> тромбоциты -  $29 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $67,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: бласты – 55%, промиелоциты – 2%, эоз– 0%, баз – 0%, п/я – 0 %, с/я – 43 %, лимф – 0 %, моноциты – 0 %, СОЭ – 79 мм/ч.

КТ органов брюшной полости – смотрите картинку



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

---

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 106**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной М 46 лет, болен в течение недели, отмечалось повышение  $t$  до  $38^{\circ}\text{C}$ , сопровождалось потливостью, слабостью, тупой болью в грудной клетке, усиливающейся при запрокидывании головы, кашлем, одышкой. В течение 2 дней боли в грудной клетке исчезли, появилась отечность лица, усилилась одышка, нарастала слабость, умеренные боли в правом подреберье. Утром, при попытке встать с кровати, кратковременная потеря сознания. Бригада СМП зарегистрировала АД до 70/ 60 мм.рт.ст., отсутствие мочи.

**Объективно:** Больной доставлен в санпропускник. При осмотре обращает внимание отечность, цианоз лица, набухшие шейные вены, увеличивающиеся на вдохе. При перкуссии легких слева притупление легочного звука в подлопаточной области, бронхиальный оттенок дыхания при аускультации, ЧД 26 в мин. Границы сердца расширены в обе стороны, абсолютная тупость сердца совпадает с относительной тупостью, верхушечный толчок не определяется, тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень умеренно болезненна, выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ОАК: СОЭ- 30 мм/час; лейкоц. –  $12 \times 10^9/\text{л}$ , п/я – 12%

Б/Х: глюкоза 5,2ммоль/л, холестерин 6 ммоль/л, билирубин 36ммоль/л, АсТ 56МЕ/л, АлТ 58МЕ/л, общий белок 60г/л

ЭКГ:



Рентгенограмма



Вопросы:

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 107**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

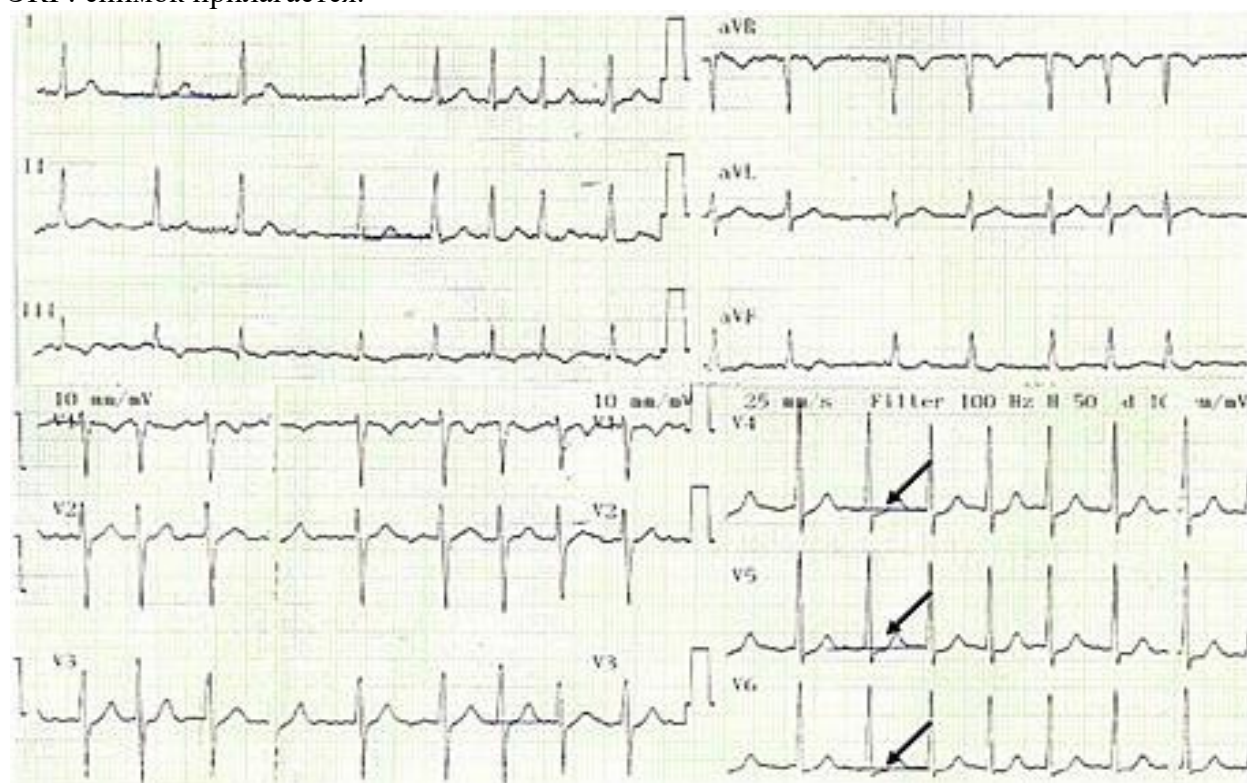
Больной М 60 лет. Жалобы на боль за грудиной, с иррадиацией в шею, боль волнообразная с распространением в спину, сопровождается одышкой, слабостью, потливостью. Больной страдает артериальной гипертензией более 10 лет, лекарства принимает нерегулярно, периодически отмечалось кризовое течение артериальной гипертензии.

Объективно: состояние тяжелое больной бледен, возбужден, кожные покровы влажные. В верхних отделах лёгких единичные сухие хрипы. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. Отмечается асимметрия пульса на руках. АД 220/100 мм.рт.ст. В сердце выслушивается диастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ОАК: СОЭ – 20 мм/час, Нв – 116г/л, лейкоциты –  $9,0 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}$ /л;

ХС – 8,1 ммоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л;

ЭКГ: снимок прилагается.





Рентгенограмма больного М, 60 лет.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 108**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

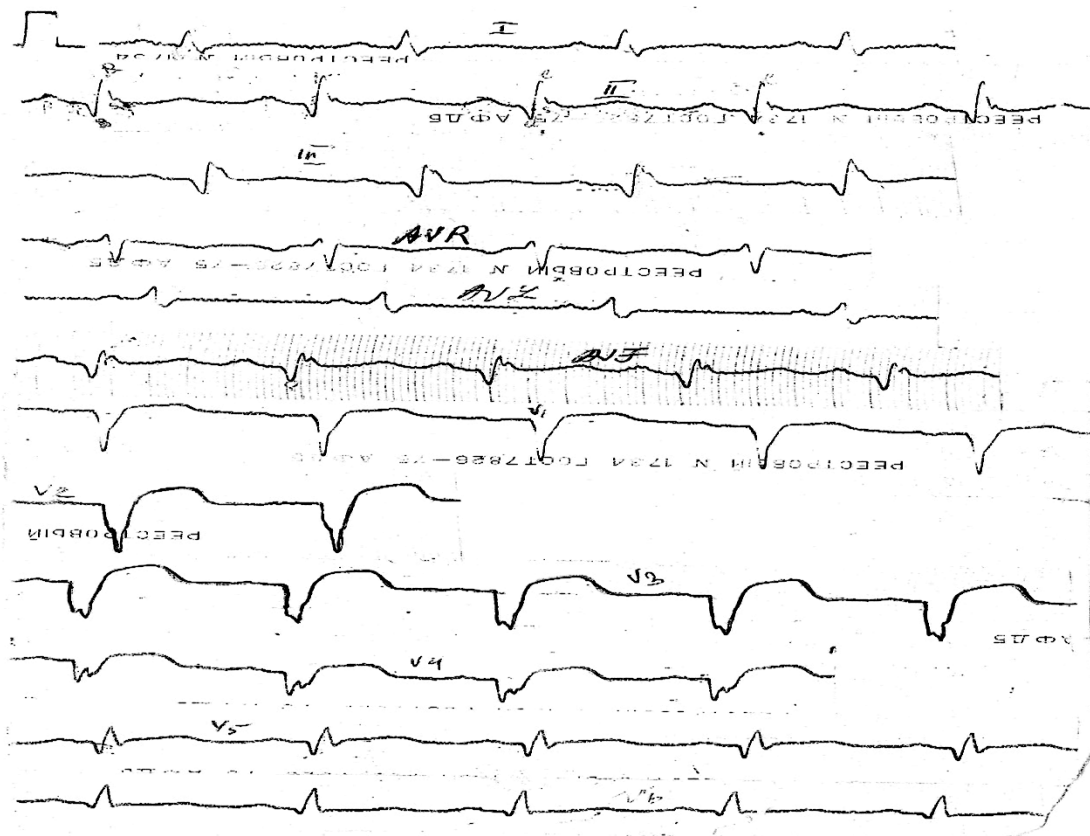
Больной И., 65 лет, пенсионер, доставлен в стационар бригадой СМП с жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадирующие по всей передней поверхности грудной клетки, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: в течение 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями, тошнотой. В течение последнего года при ходьбе стали появляться локализованные сжимающие боли за грудиной, проходившие в покое через 3-5 мин. Не обследован, лекарственные препараты не принимал. Настоящее ухудшение – 1,5 часа назад при работе на огороде. Появились вышеуказанные жалобы, потемнело в глазах, покрылся холодным липким потом. Принял 1 таблетку найз – без эффекта. Нитроглицерин не принимал.

**Объективно:** состояние тяжелое. Больной в сознании. Кожа бледная, холодный липкий пот. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 120 уд/мин, слабого наполнения, мягкий, малой величины. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см правее правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 120 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический убывающий шум на верхушке. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. ОАК: Нб – 130 г/л; эр. -  $4,7 \times 10^{12}$ /л; СОЭ - 11 мм/час; лейкоц. –  $9,5 \times 10^9$ /л.
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. -2-4 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр..
3. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, холестерин общий – 8,9 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15,0) мкмоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 109**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больная Н., сторож, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купируются самостоятельно, постепенно через 30-40 мин. (проба с нитроглицерином отрицательная); головные боли, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически появляется кашель, чаще в горизонтальном положении.

**Анамнез заболевания:** в детстве частые ангины, суставные боли (диагностирован ранний артрит). До 40 лет считала себя здоровой. 10 лет назад стала отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные за грудиные боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха вначале при быстрой ходьбе, а затем и при спокойной, ночные приступы удушья. Лечилась в стационаре с положительным эффектом. Рекомендованную при выписке терапию принимала. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы.

**Объективно:** Положение - ортопноэ. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 25 в 1 мин. Ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/88 мм рт. ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины в 4-м межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – второе межреберье. Тоны сердца ритмичны, 100 в 1 мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, там же расщепление II тона; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нб – 140 г/л; эр. –  $4,7 \times 10^{12}/л$ ; ЦП – 1,0; лейкоц. –  $6,0 \times 10^9/л$ ; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%, СОЭ – 7 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпителий – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.

Билирубин общий 16,0 (прямой - 4,0; непрямой - 12,0) мкмоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, ПТИ – 85%, АСТ – 0,26 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, СРБ – отр.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

Рентгенограмма больной Н, 50 лет



Расшифруйте данные рентгенологического исследования

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 110**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 52 лет, не работает. Считает себя больным, когда отметил побледнение, болезненность, отечность в области правого предплечья, цианоз пальцев. Из анамнеза накануне обильно употреблял алкоголь, проснулся на правом предплечье. За медицинской помощью не обращался. На 3 день отметил усиление отека в области предплечья, образование пузырей с прозрачным содержимым, локального почернения конечности, повышение температуры до 40С. Отметил снижение диуреза. Состояние прогрессирующе ухудшалось, усилилась вялость и заторможенность, появилась рвота и жажда, боли в животе, желтушность кожи. На 5 день заболевания мочеотделение прекратилось. Вызвал бригаду СМП. Госпитализирован в отделение реанимации.

**Объективно:** Общее состояние тяжелое, лицо отечное, желтушность кожи. В области правого предплечья отек, локальные участки некроза, высыпаний в виде пузырей, заполненных серозным содержимым, акроцианоз пальцев. Пульсация периферических сосудов не определяется. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс -125 уд в мин, напряженный. АД – 90/60 мм.рт.ст. ЧСС-125 уд. в мин. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Система мочевыделения: Поясничная область: визуально отечна. Почки в положении лежа, стоя не пальпируются. Диурез 150 мл/сут.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

Общий анализ крови: Эр -  $3,8 \times 10^{12}$  ; Нб - 125 г/л; ЦП – 0,8, МСН –32Pg , MCV – 100fL , МСНС – 310g/L, гематокрит 20%, Тр-  $248 \times 10^9$ ; Лейк. - 20,5х /л,  $10^9$  /л эозинофилы - 0%, нейтрофилы: пал. - 10%, сегм. - 67%, лимфоциты - 9%, моноциты - 14%, СОЭ - 48 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1,002, цвет – вид «соломенный», белок – 0,4 г/л, клетки эпителия канальцев – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 20-25 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: креатинин – 930 мкмоль/л; мочевины – 26,5 ммоль/л; холестерин – 6,0 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; К –6,8 ммоль/л; Na – 120 ммоль/л;

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 132 уд. в мин., электрическая ось вертикальная, увеличение зубца Т.

УЗИ почек: Размеры почек: правая: 140 x 60мм, паренхима 22 мм; левая: 150 x 60 мм, паренхима 23 мм. Эхогенность повышена, пирамидки отечные. ЧЛС, мочеточники не расширены. Объемные образования и конкременты не визуализируются. Мочевой пузырь не наполнен.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 111**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К. 23 лет, вес 67 кг. Рост 170см

Жалобы: отеки на лице; ногах, мошонке; одышка при незначительной нагрузке; сухость во рту, жажда, уменьшение количества мочи до 800 мл за сутки, пенистая моча.

Ап. morb: считает себя больным в течение недели. Заболевание связывает с переохлаждением. Год назад после перенесенной ангины беспокоили отеки на ногах, но к врачу не обращался.

**Объективно:** Одутловатость лица, отеки на голенях, стопах, мошонке, поясничной области; кожа бледная. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс -72 уд в мин, напряженный. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот мягкий, без болезненный. Печень по краю реберной дуги, 9x8x7см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

Общий анализ крови.: эр. –  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; Нб – 120 г/л; ЦП – 0,8, МСН – 32Pg, МCV – 102fL, МСНС – 310g/L, гематокрит 20%, L –  $6,8 \times 10^9/л$ ; Тр –  $270 \times 10^9/л$ ; Нt – 36%.

Общий анализ мочи: Уд. вес = 1015; эр. – 5-6 в п/зр; L – 1-2 в п/зр; белок – 5,5 г/л.

Б/х крови: Общий белок – 60 гр. Альбумины – 30 %  $\alpha_1$  – 6 %  $\alpha_2$  – 19 % ,  $\beta$  – 25 % ,  $\gamma$  – 23 % . Холестерин = 11,5 ммоль/л, мочевины – 8,9 ммоль/л; Креатинин – 180 мкмоль/л; К – 4,5 ммоль/л; Na – 131 ммоль/л.

Белок за сутки = 9,5 гр.

УЗИ почек: Размеры правой почки: 110x45, паренхима 13мм. Размеры левой почки: 114x50, паренхимы 14мм. Контуры ровные, четкие. Эхогенность умеренно повышена. Пирамиды визуализируются нечетко. ЧЛС не расширена, структура ЧЛС усилена, неоднородна. Мочевой пузырь наполнен, контуры ровные, содержимое однородное, ООМ-0мл. Конкременты не выявлены. Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений структур почек.

Биопсия почки: получено 28 клубочков, во всех утолщение базальной мембраны. В двух клубочках склероз, петли капилляров пролиферируют, стенки сосудов утолщены, отечны, склерозированы, просветы капилляров неравномерной ширины, дистрофия известных канальцев. Заключение: мембранозная нефропатия, признаки нефросклероза.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 112**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Н, 45 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до 38,3°С, головные боли, головокружение, колющие боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, сухой кашель, одышку с чувством нехватки воздуха.

Анамнез заболевания: за трое суток до обращения к врачу, вечером, после работы, на фоне полного здоровья, у больного появился озноб, головные боли, боли в грудной клетке при дыхании, покашливание, повысилась температура тела до 38,3°С. Больной начал принимать парацетамол, но самочувствие не улучшилось. В день обращения к врачу появилась одышка с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке средней интенсивности. Перенесенных ранее заболеваний и контактов с туберкулезными больными не отмечает, профосмотры ежегодно – без патологии.

Объективно: При осмотре: состояние средней степени тяжести. Румянец на правой щеке, крылья носа участвуют в дыхании. ЧД 26 в 1 мин. Грудная клетка симметрична, правая половина отстает в акте дыхания. Голосовое дыхание усилено в 4 – 5 межреберных промежутках справа по средне-ключичной линии, там же укорочение легочного звука и патологическое бронхиальное дыхание. Ритм сердечной деятельности учащен до 94 в 1 мин., тоны сердца правильного соотношения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

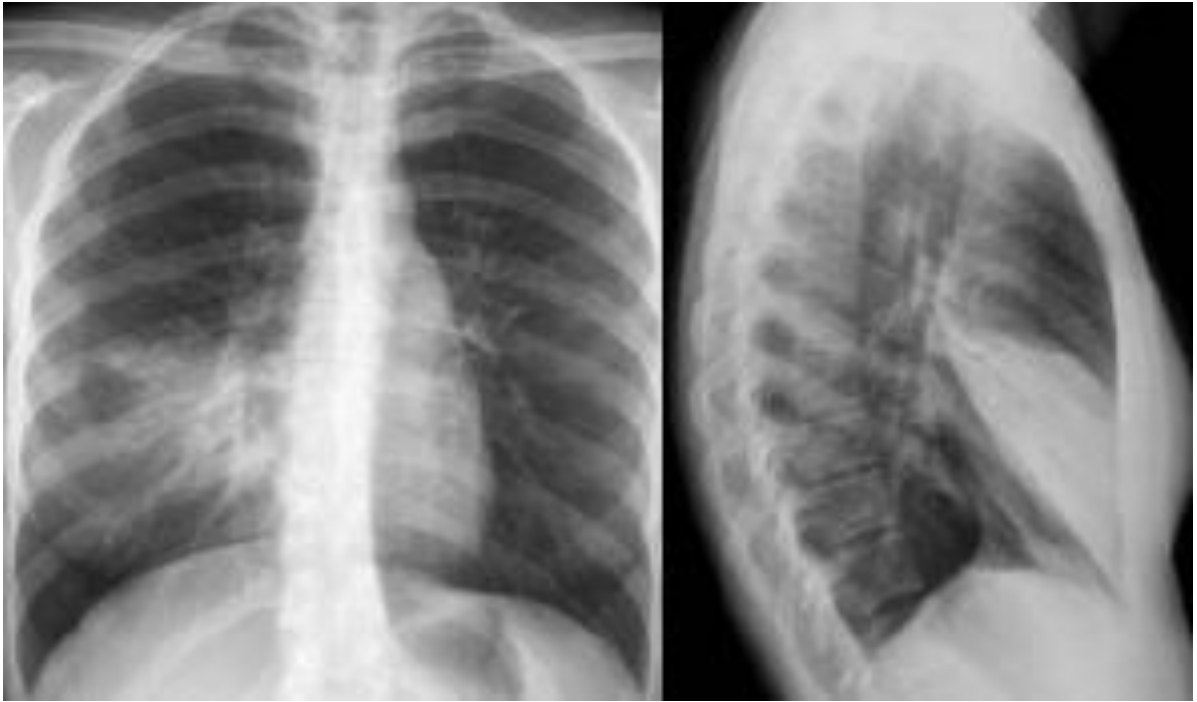
Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: эр -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 146 г/л, лейкоциты –  $13,2 \times 10^9/л$ : э - 1%, п/я – 8%, с/я – 73%, лимф – 18%, м-1%, СОЭ-25 мм/ч.
2. Общий белок - 74 г/л, альбумины - 55%, глобулины  $\alpha_1$ -5%,  $\alpha_2$ -13%,  $\beta$  - 8%,  $\gamma$  - 19%, фибриноген - 5,6 г/л, СРБ - +++.
3. Общий анализ мочи: отн. плотность – 1,024; белок – 0,033г/л, единичные эритроциты.
4. ЭКГ: синусовая тахикардия.
5. Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

Рентгенограмма больного Н. 45лет в 2х проекциях



Расшифруйте рентгенограммы, дайте заключение



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 113**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

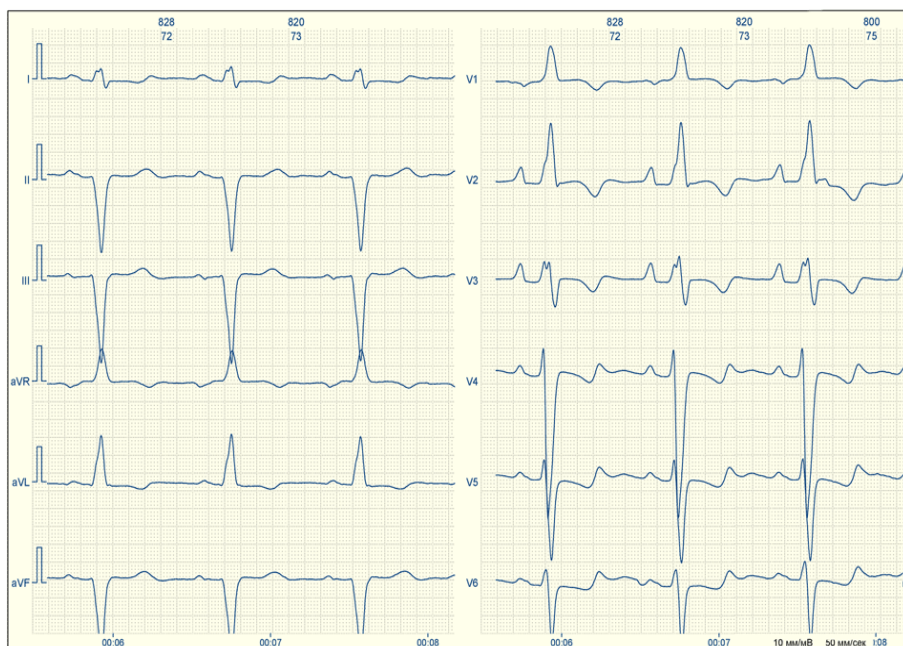
Больной К, 46 лет, механик, обратился с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, преимущественно по утрам, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 2-3 этаж), сердцебиение, слабость, недомогание. Считает себя больным в течение 12 лет. Начало заболевания постепенное. Появился кашель с мокротой по утрам, переохлаждения, как правило, сопровождались повышением температура тела, усилением кашля, увеличением количества мокроты. В течение последнего года появилось затруднение выдоха при легкой физической нагрузке. Курит с 15 лет по 2 пачке сигарет в день. Контакт с больными туберкулезом не было. За последние 12 месяцев данное обострение с госпитализацией повторное.

Объективно: Сат – тест – 30 баллов, mMRC – 3 балла. Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания, цианоз губ, акроцианоз, набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, температура тела - 38,1°C. Пастозность стоп. Над легкими коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, жужжащие и влажные разнокалиберные хрипы, больше в межлопаточном пространстве. ЧД-18 в мин. Границы сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - III межреберье. Тоны сердца приглушены, расщепление I тона на верхушке и акцент II тона над легочной артерией. Пульс 96 в 1 мин, АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненная, размеры по Курлову - 11×10×9 см. Селезенка не пальпируется.

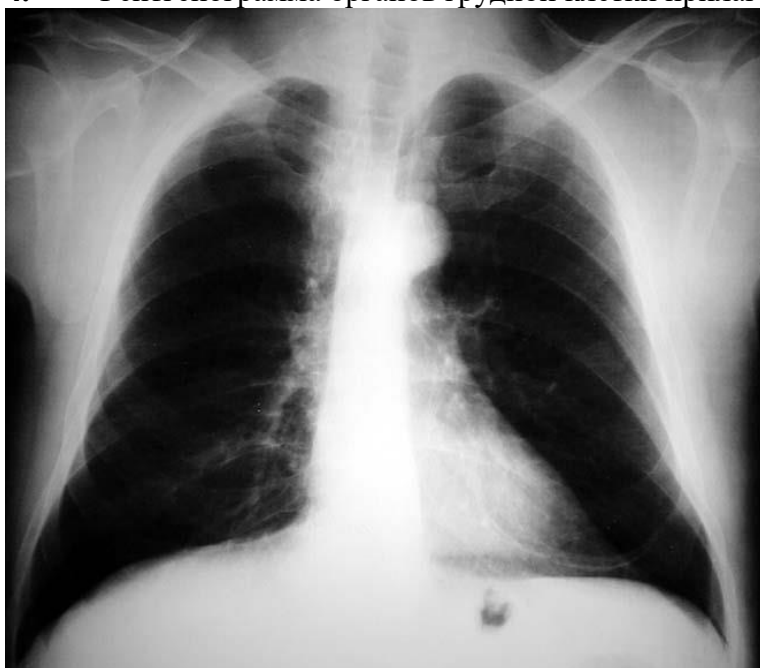
SpO<sub>2</sub> – 83%.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:

1. Общий анализ крови: эр- $5,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 145 г/л, лейкоциты –  $10,2 \times 10^9$ /л: э - 0%, п/я – 7%, с/я – 54%, лимф – 34%, м-5%, СОЭ-13 мм/ч.
2. ФВД: ЖЕЛ умеренно снижена; ОФВ<sub>1</sub> - 40%, индекс Тиффно – 0,64.
3. ЭКГ прилагается.



4. Рентгенограмма органов грудной клетки прилагается.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
- 4 Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 114**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной Ж, 48 лет, инвалид II гр. Беспокоит слабость, выраженное недомогание, усталость в конце рабочего дня, потливость по ночам, одышка при умеренной физической нагрузке, похудел на 4 кг за последние полгода. Болеет давно, более полугода, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, но без эффекта. Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки.

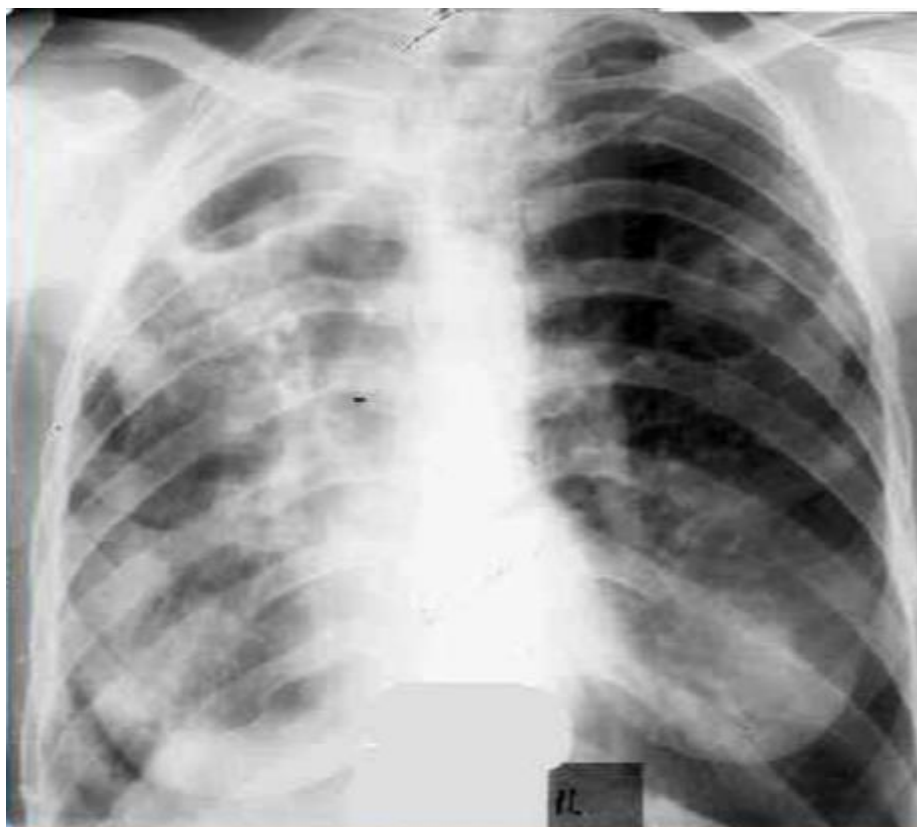
**Объективно:** Больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы.

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв–95г/л, L–9,9x10<sup>9</sup>/л, э–0 п/я–3 с/я–60 л–31 м–6, СОЭ–28 мм/ч.
2. Б/х крови: глюкоза 5,1 мкмоль/л, общий белок 59г/л, альбумины 55%, γ глобулины 30%, АсТ 106МЕ/л, АлТ 80МЕ/л, холестерин 3,7ммоль/л
3. Рентгенограмма прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.



Рентгенограмма больного Ж, 48 лет в прямой проекции

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 115**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Больной К., 46 лет, водитель, поступил в клинику с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой до 50 мл в сутки, одышку смешанного характера, повышение температуры до 37,5°C, похудание на 5 кг.

Заболел около 4-6 месяцев назад, когда появились выше перечисленные жалобы, несколько раз отмечал появление в мокроте прожилок крови, связывал с частыми переохлаждениями на работе и ОРВИ, за медицинской помощью не обращался и не лечился.

**Объективно:** Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. ЧД до 21 в минуту в покое. Грудная клетка: астеника, при осмотре симметрична, При перкуссии легких слева в проекции верхней доли притупление перкуторного звука, дыхание здесь же везикулярное ослабленное, крепитации и хрипов не выслушиваются. Справа над всеми легочными полями дыхание везикулярное, крепитации и хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс одинаковый с обеих сторон 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, во всех отделах безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Язык обложен белым налетом, суховат. Физиологические отправления в норме.

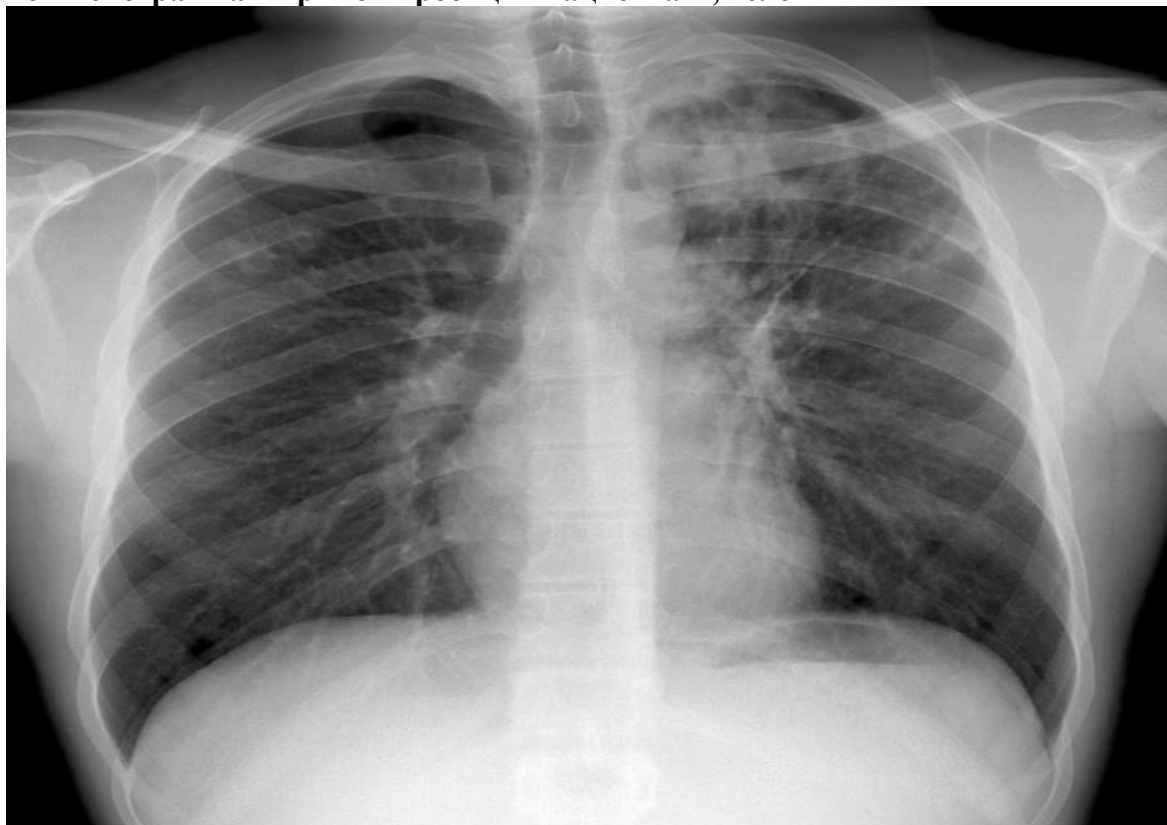
**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1. Общий анализ крови: Нв-118 г/л, L-10,9x10<sup>9</sup>/л, э-0 п-13 с-70 л-11 м-6, СОЭ-36 мм/час.
2. Б/х крови: глюкоза 5,7ммоль/л, общий белок 60г/л, альбумины 55%, γ глобулины 30%, АсТ 35МЕ/л, АлТ 39МЕ/л, холестерин 3,5ммоль/л
3. Рентгенограмма прилагается.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

**Рентгенограмма в прямой проекции пациента К, 46лет**



Оцените рентгенограмму, при выявлении патологии определите для какого заболевания характерны выявленные изменения.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 116**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка 30 лет, преподаватель средней школы, доставлена БСМП, которую вызвала из-за выраженной, нарастающей слабости (не могла встать с постели), многократной рвоты слизистым содержимым. Два года назад выявлена хроническая надпочечниковая недостаточность. Получает терапию: преднизолон 5 мг утром, кортизона ацетата 25 мг в 14 ч, кортинефф 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным, справлялась с профессиональной деятельностью и работой по дому, занималась детьми. Два дня назад заболела ОРВИ (болели дети, диагноз выставлялся детским врачом): ломота в теле, повышение температуры до 38\*, пропал аппетит. Препараты принимала в прежнем режиме. Состояние больной резко ухудшилось в течение последнего дня: слабость, адинамия, тошнота, рвота. При осмотре врач БСМП зарегистрировал АД 60/30 мм рт.ст.). Во время транспортировки в/в вводился физиологический р-р хлорида натрия.

**Объективно:** состояние тяжелое. Из-за слабости не может повернуться на бок, голос еле слышен. Кожные покровы сухие, коричневого цвета. ЧД-16 в мин. Пульс слабого наполнения, 100 в минуту. АД 50/0 мм рт.ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС 100 в минуту. Слизистые ротовой полости чистые, язык суховат, чистый. Живот втянут, реагирует беспокойством при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Периодически появляются кратковременные судороги в конечностях.

1.Общий анализ крови:количество лейкоцитов $6,6 \times 10^9/\text{л}$  (4,00-8,80); количество эритроцитов $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$  (3,70-4,70); гемоглобин 140 г/л (120-150); СОЭ 16 мм/ч (2-15)

2.ОАМ: плотность-1015, Л-2 п/з, Эр -2п/з.

3.Глюкоза 3,0 ммоль/л. Калий - 6,0 ммоль/л. Натрий - 121 ммоль/л.

4.ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 105 в минуту, признаки гиперкалиемии.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

\_\_\_\_\_  
Проректор по учебной работе и  
молодежной политике  
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р  
мед.наук,  
профессор Коськина Е.В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ситуационная задача № 117**

**(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)**

Пациентка А, 30 лет предъявляет жалобы на ежедневные внезапные приступы слабости, выраженной потливости, появившиеся в течение последних месяцев; при этом регистрировала глюкозу по глюкометру: 2,2- 3,3 ммоль/л.

Сахарный диабет с 3х-летнего возраста. Получает инсулин в режиме базис-болюсной терапии: Хумулин НПХ по 12 ЕД утром и вечером, Хумалог по 6-8 ЕД перед основными приемами пищи по уровню УЕ. В течение 15 лет обнаруживается белок в моче, изменения на глазном дне 10 лет (лазер-терапия дважды). Последние три года: отеки на лице, туловище; постоянно получает Нолипрел БиФорте, Крестор (20 мг). Год назад выявлено снижение гемоглобина, получает препараты железа и Эритропозтин под контролем Нв. 6 месяцев назад при нарастании отеков и появлении одышки назначен фурасемид (до 8 таблеток /сутки). Работает переводчиком.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 64 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, бледные. Слизистые умеренно бледные. Лицо отечно, мимика сохранена. Подкожная клетчатка диффузно пастозна. Мышцы развиты слабо. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс сохранен на всех артериях. Тоны сердца: ритм правильный, ЧСС 80 в мин. АД 120/75 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Снижена температурная и тактильная чувствительность по типу «гольф».

**При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:**

1.ОАК: СОЭ 15 мм/час, Лейк –  $6,3 \cdot 10^9$ /л, Эр –  $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -100 г/л.

2.Глюкоза натощак 4,3 ммоль/л, креатинин 356 мкмоль/л, холестерин 4,2 мкмоль/л, общий белок 76 г/л

3.Осмотр глазного дна. Снимок глазного дна прилагается.





4.ЭКГ: метаболические изменения

5.Суточная моча (1,8 л): белок - 3,85 г/л

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больной?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Критерии и методы оценки эффективности терапии?
6. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больной? Определить трудоспособность.