

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"



Кардиология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**

Учебный план о310836-Кардиол-21-1.plx
Специальность: Кардиология

Квалификация **Врач-кардиолог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936

в том числе:

аудиторные занятия 448

самостоятельная работа 380

часов на контроль 108

Виды контроля в семестрах:
экзамены 1, 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	Неделя 16		Неделя 16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП	УП	РП
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	192	192	208	208	400	400
Итого ауд.	224	224	224	224	448	448
Контактная	224	224	224	224	448	448
Сам. работа	190	190	190	190	380	380
Часы на контроль	54	54	54	54	108	108
Итого	468	468	468	468	936	936

Программу составили:

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой кардиологии МИ СурГУ,
Урванцева И.А. _____

к.м.н., доцент кафедры кардиологии МИ СурГУ,
Мамедова С.И. _____

Рабочая программа дисциплины

Кардиология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.36
КАРДИОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от
25.08.2014г. №1078)

составлена на основании учебного плана

Специальность: Кардиология

утвержденного учёным советом вуза от 17 06 2021 г. протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Кардиологии

Протокол от 26 04 2021 г., № 6

Срок действия программы: 2021-2022 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Урванцева И.А.

Председатель УМС

21 05 2021 г. протокол № 2

к.м.н., доцент Лопатская Ж.Н. _____

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Формирование квалифицированного специалиста – кардиолога и организатора медицинской помощи населению в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев медицинской службы с готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу информации, к управлению коллективом, к участию в педагогической деятельности.
1.2	Овладение определенным комплексом общих и специальных знаний и умений, соответствующих квалификационной характеристике специалиста «кардиолог» - готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, к проведению профилактических мероприятий, к проведению противоэпидемических мероприятий, к применению социально-гигиенических методик сбора и анализа информации, к определению у пациентов патологических состояний, нозологических форм, к ведению и лечению пациентов, к применению природных лечебных факторов, к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, а также готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Неврологические заболевания у кардиологических больных
2.2.2	Эндокринные заболевания у кардиологических больных
2.2.3	Производственная (клиническая) практика
2.2.4	Эхокардиография
2.2.5	Производственная (клиническая) практика
2.2.6	Клиническая фармакология
2.2.7	Стентирование и артериально-коронарное шунтирование при ишемической болезни сердца
2.2.8	Современные томографические методы в диагностике заболеваний сердца и сосудов
2.2.9	Рентгеноконтрастные методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний
2.2.10	Производственная (клиническая) практика
2.2.11	Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	Общие вопросы организации кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому
3.1.3	Основы этики и деонтологии в медицине и кардиологии;
3.1.4	Организацию профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации здорового населения, вопросы диспансеризации больных и профилактики хронических форм заболеваний;
3.1.5	Противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции,;
3.1.6	Социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
3.1.7	Клиническую симптоматику и патогенез заболеваний сердечно-сосудистой системы;
3.1.8	Основы иммунологии и реактивности организма, клиническую симптоматику пограничных состояний в кардиологической клинике;
3.1.9	Общие и специальные (рентгенологические, ультразвуковые, биохимические, ангиографические и др.) методы исследования в кардиологии, функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию в норме и при патологии;
3.1.10	Основы фармакотерапии в кардиологической клинике, механизм действия основных групп лекарственных препаратов, показания и противопоказания к их применению;
3.1.11	Осложнения, вызванные их применением (основных групп лекарственных веществ);
3.1.12	Диетотерапию при различных видах патологии; основы физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля;
3.1.13	Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения при различных заболеваниях, санаторно-курортное лечение;
3.1.14	Показания и противопоказания к операциям на сердце и магистральных сосудах;
	Организацию службы интенсивной терапии и реанимации в кардиологической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации;
3.1.15	Принципы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны;
3.1.16	Принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации в амбулаторных условиях и в стационаре;
3.1.17	Формы планирования и отчетности своей работы; основы трудового законодательства;
3.1.18	Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, организацию медико-социальной
3.1.19	Санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения
3.1.20	Правила по охране труда и пожарной безопасности;
3.2	Уметь:
3.2.1	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов, оценивать анатомо-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы в норме и при патологии;
3.2.2	Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных
3.2.3	Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара; определять медицинские показания для направления на хирургическое лечение;
3.2.4	Анализировать результаты дополнительных методов диагностики (электрокардиограмма (в том числе при наличии кардиостимулятора), холтеровское мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование артериального давления, велоэргометрия, тредмил-тест, функция внешнего дыхания, двумерная эхокардиография, компьютерная томография сердца, магнитно-резонансная томография сердца, радионуклидные исследования у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы);
3.2.5	Разрабатывать план лечения пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины, обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства;
3.2.6	Назначать лекарственные препараты и медицинские изделия, анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов,
3.2.7	Выполнять разработанный врачами-хирургами план послеоперационного ведения пациентов, проводить профилактику и лечение послеоперационных осложнений;
3.2.8	Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, разрабатывать план реабилитационных мероприятий оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации;

3.2.9	Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы;
3.2.10	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности, определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций;
3.2.11	Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями состояниями сердечно-сосудистой системы;
3.2.12	Организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
3.2.13	Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;
3.2.14	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу их жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания));
3.2.15	Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации, в том числе с использованием дефибриллятора;
3.2.16	Оформить и вести необходимую медицинскую документацию;
3.2.17	Проводить анализ своей работы;
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами клинического обследования больного с учетом возраста, и особенностей патологии: сбор жалоб, анамнез, проведение осмотра;
3.3.2	Методикой обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
3.3.3	Методами параклинического обследования (лабораторные и инструментальные исследования);
3.3.4	Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов;
3.3.5	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию специализированной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях на основе стандартов оказания медицинской помощи;
3.3.6	Методами разработки тактики лечения и реабилитации больных с кардиологической патологией;
3.3.7	Навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и формирования здорового
3.3.8	Методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп;
3.3.9	Навыками организации работы специализированного кабинета врача-кардиолога поликлиники и стационарного кардиологического отделения (для взрослых) с учетом
3.3.10	Навыками противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях;
3.3.11	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
3.3.12	Навыками ведения нормативной документации, принятой в здравоохранении РФ по кардиологической службе;
3.3.13	Навыками экспертизы трудоспособности пациентов с сердечно-сосудистой патологией;
3.3.14	Навыками организации оказания медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации, организации медицинской эвакуации пострадавших при чрезвычайных ситуациях;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр /Курс	Часов	Компетен-	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Организация кардиологической помощи населению в РФ						
1.1	Структура кардиологической службы. Телемедицинские технологии в практическом	1	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	Структура кардиологической службы. Телемедицинские технологии в практическом	1	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	Фронтальный опрос

1.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Э1 Э2 Э3	0	Защита реферата
Раздел 2. Ишемическая болезнь сердца							
2.1	Этиология, патогенез, классификация и методы диагностики ИБС. Значение массовых обследований в раннем выявлении ИБС. /Лек/	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	
2.2	Методы лечения ишемической болезни сердца. Сердечная недостаточность при ИБС (4 часа). Острый коронарный синдром. Внезапная коронарная смерть (6 часов) Стенокардия. Реабилитация и медико-социальная экспертиза при ИБС (4 часа) Нарушения ритма и проводимости ИБС (4 часа)	1	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Решение ситуационных задач
2.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5	Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Защита реферата
Раздел 3. Артериальная							
3.1	Этиология, патогенез, классификация артериальной гипертензии (АГ). Методы диагностики. Основные методы дифференциальной диагностики артериальных гипертензий. Лечение артериальных гипертензий. Легочная гипертензия. /Лек/	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	
3.2	Клиника, диагностика и варианты течения артериальной гипертензии (6 часов) Вторичные артериальные гипертензии (6 часов) Артериальные гипотензии. Реабилитация и медико-социальная экспертиза больных АГ (6 часов)	1	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Решение ситуационных задач;
3.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	1	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-	Э1 Э2 Э3	0	
Раздел 4. Нарушение ритма и проводимости							
4.1	Этиология и патогенез нарушений ритма. Тахикардии и тахиритмии. Брадиаритмии и нарушения проводимости. Нарушения функции синусового узла, синдром слабости синусового узла. Нарушения внутрипредсердной проводимости. Нарушения внутрижелудочковой проводимости. Клинико-прогностическое значение нарушений функции проводящей системы. Лечение. Стратификация риска внезапной смерти. Показания для имплантации искусственного водителя ритма. Показания для ресинхронизации функции	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	

4.2	Методы диагностики нарушений ритма. Роль генетического тестирования. Принципы и методы лечения больных с нарушениями ритма (4 часа) Эктопические комплексы и ритмы (4 часа) Выскальзывающие импульсы и ритмы, их клиническое значение (4 часа) Показания к лечению и выбор терапии при экстрасистолии. Показания к лечению парасистолии. Ускоренные ритмы сердца. Вопросы	1	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.5 Э1 Э2 Э3	0	Фронтальный опрос; Тестовый контроль; Решение ситуационных задач;
4.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.1 Л2.5 Э1 Э2 Э3	0	
	Раздел 5. Воспалительные заболевания						
5.1	Инфекционные миокардиты. Кардиомиопатия (гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная). Перикардиты. Инфекционные эндокардиты. Эндокардиты при других заболеваниях. Профилактика инфекционного эндокардита и медико-социальная экспертиза. Показания для профилактики с помощью антибиотиков.	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
5.2	Современная классификация миокардитов. Ведущая роль вирусной инфекции. Другие виды инфекционных миокардитов (4 часа). Неинфекционные. Аллергические поражения. Лечение миокардитов. Исходы миокардита (4 часа) Классификация эндокардитов, терминология. Критерии диагностики эндокардитов. Клинические проявления (4 часа) Лечение. Критерии эффективности терапии Рецидивирующий эндокардит. Показания для хирургического лечения (6 часов) /Ср/	1	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Тестовый контроль; Решение ситуационных задач
5.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	1	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-	Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Защита реферата
	Раздел 6. Недостаточность кровообращения						
6.1	Этиология и патогенез сердечной недостаточности. Хроническая сердечная недостаточность. Лечение хронической сердечной недостаточности. Выбор терапии в зависимости от этиологии сердечной недостаточности. Контроль нарушений ритма. Вспомогательное кровообращение. Трансплантация	1	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	

6.2	<p>Этиология и патогенез сердечной недостаточности. Классификация (4 часа)</p> <p>Диагностика сердечной недостаточности. Синдром острой сердечной недостаточности (6 часов)</p> <p>Первичная профилактика.</p> <p>Предупреждение заболеваний сердечно-сосудистой системы.</p> <p>Вторичная профилактика (немедикаментозная и медикаментозная). Эффективное лечение основного заболевания.</p> <p>Устранения провоцирующих факторов (4 часа)</p> <p>Медико-социальная экспертиза.</p> <p>Реабилитация и рациональное трудоустройство больных с</p>	1	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Решение ситуационных задач;
6.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	14	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
Раздел 7. Неотложная кардиология							
7.1	<p>Клиника и диагностика инфаркта миокарда.</p> <p>Лечение больных с неосложненным инфарктом миокарда. Купирование ангинозного приступа (6 часов).</p> <p>Острый коронарный синдром.</p> <p>Инфаркт миокарда.</p> <p>Неосложненный. Осложнения инфаркта миокарда. Синдром острой сердечной недостаточности.</p> <p>Сердечная астма (6 часов)</p> <p>Отек легких. Кардиогенный шок.</p> <p>Острая правожелудочковая недостаточность. Тромбоэмболия легочной артерии. Разрыв межжелудочковой перегородки.</p> <p>Неотложные состояния при артериальной гипертензии</p> <p>Гипертензивная энцефалопатия.</p> <p>Гипертензивный криз с острой левожелудочковой недостаточностью. Гипертензивный криз при феохромоцитоме.</p> <p>Эклампсия при гипертензии у беременных (6 часов)</p> <p>Острый аортальный синдром, синдром расслаивающейся аневризмы аорты.</p> <p>Ишемический геморрагический инсульт. Злокачественная артериальная гипертензия.</p> <p>Профилактика внезапной смерти.</p> <p>Профилактика ретромбоза, внутрисердечного тромбоза и тромбоэмболических осложнений.</p> <p>Ранняя реабилитация</p>	1	26	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Тестовый контроль; Решение ситуационных задач
7.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.1 Л2.5 Э1 Э2 Э3	0	Защита реферата
Раздел 8. Функциональная диагностика							

8.1	Общее обследование. Роль анамнеза. Данные физикального исследования (4 часа). Электрокардиография. Стандартная ЭКГ (4 часа). Методы длительной регистрации ЭКГ: стационарное мониторирование, амбулаторное холтеровское мониторирование, имплантируемые регистрирующие устройства. Дистанционные методы передачи ЭКГ (4 часа). ЭКГ-проба с физической нагрузкой, фармако-логические пробы (АТФ и другие) (4 часа). Чреспищеводная ЭКГ. Внутрисердечное электрофизиологическое исследование (4 часа) ЭКГ при различных заболеваниях. Стенокардия. Инфаркт миокарда. ЭКГ в зависимости от стадии ИМ (4	1	66	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.1 Л2.3 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Тестовый контроль;
8.2	Изменения на ЭКГ при перикардитах и миокардитах (4 часа). ЭКГ при гипертрофии различных отделов сердца: гипертрофия предсердий, гипертрофия желудочков, перегрузка сердца (4 часа). ЭКГ при нарушении ритма. Аритмии при нарушении образования электрического импульса (4 часа). Аритмии при нарушениях проводимости (блокадах) (4 часа). ЭКГ при комбинированных аритмиях (6 часов). Особенности ЭКГ при врожденных пороках (4 часа) Приобретенные пороки сердца на ЭКГ (4 часа) Фонокардиография (2 часа) Клиническая оценка рентгенологических методов исследования (2 часа) Инвазивные и неинвазивные методы мониторингового контроля за функциями сердечно-сосудистой системы (4	1	38	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.3 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Фронтальный опрос; Тестовый контроль;
8.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов. /Ср/	1	38	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Защита реферата
	Раздел 9.						
9.1	/Контрольная работа/	1	6	ПК-1 ПК-2, ПК-3 ПК-5 ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Презентация клинического случая

9.2	/Экзамен/	1	54	УК-1, УК-2, УК-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	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Тестовый контроль. Теоретические вопросы. Ситуационная задача
-----	-----------	---	----	---	--	---	---

	Раздел 10. Некоронарогенные заболевания миокарда						
10.1	Классификация заболеваний миокарда. Поражения миокарда при системных заболеваниях. Опухоли сердца. Кардиомиопатии. Профилактика и реабилитация при заболеваниях миокарда, медико-социальная экспертиза. Опухоли и пороки развития перикарда. Роль генетического тестирования и персонализированное лечение. Реабилитация и медико-социальная экспертиза при болезнях перикарда /Лек/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	
10.2	Кардиомиопатии (2 часа). Лечение больных гипертрофической кардиомиопатией: медикаментозное и немедикаментозное (6 часов) Дилатационная кардиомиопатия (6 часов) Рестриктивная кардиомиопатия (2 часа). Правожелудочковая аритмогенная кардиомиопатия (4 часа). Другие кардиомиопатии (2 часа) Опухоли и пороки развития перикарда (6 часов) Реабилитация и медико-социальная экспертиза при болезнях перикарда. Генетическое тестирование и персонализированное лечение (4 часа). /Пр/	2	32	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.3 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Устный опрос; Решение ситуационных задач;
10.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	2	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.3Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Защита реферата
	Раздел 11. Врожденные и приобретенные пороки сердца						

11.1	Клинико-анатомические формы и патогенез нарушений гемодинамики. Недостаточность клапана. Стеноз. Сочетание недостаточности со стенозом. Стеноз и относительная недостаточность клапанов. Особенности этиологии и гемодинамики различных форм пороков. Классификация и номенклатура приобретенных пороков. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения врожденных пороков. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый артериальный проток. Аортальные стенозы. Коарктация аорты. Стеноз легочной артерии. Аномалия Эбштейна. Показания к хирургической коррекции врожденных пороков /Лек/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	
11.2	Методы диагностики пороков сердца. Физикальные методы. ЭКГ. Фонокардиография (4 часа) Эхокардиография. Визуализация клапанов 3-х мерное изображение клапанов. Определение размеров камер и стенок сердца. Оценка функционального состояния миокарда. Допплеровское ультразвуковое исследование и методика оценки функции и размеров открытия клапанов (6 часов). Чреспищеводная ЭхоКГ. Рентгенологические методы. МР-томография. Радионуклидные методы. Коронароангиография и вентрикулография. Нагрузочные тесты. Функциональные пробы у больных с пороками (6 часов) Патогенез, клиника, диагностика и лечение отдельных пороков сердца. Лечение больных с пороками сердца во время беременности. Показания к хирургической коррекции приобретенных пороков. Профилактика и медико-социальная экспертиза при пороках сердца (6 часов) Особенности лечения больных с искусственными клапанами сердца (6 часов) /Пр/	2	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Устный опрос; Решение ситуационных задач;
11.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	2	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Защита реферата
	Раздел 12. Атеросклероз						
12.1	Современные представления о механизмах атерогенеза. Роль окисления липопротеинов низкой плотности и реактивных образований кислорода. Роль воспалительных факторов. Роль моноцитов, Т – лимфоцитов, гладкомышечных клеток и тромбоцитов. Роль генетических факторов в нарушениях липидного обмена. Типы гиперлипотеинемий. Лабораторная диагностика дислипотеинемий. Стадии изменений в сосудах при развитии атеросклероза Осложненные поражения /Лек/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	

12.2	<p>Этиология, патогенез атеросклероза. Клинические проявления атеросклероза. Роль наследственных факторов в нарушениях липидного обмена (8 часов) Атеросклероз коронарных артерий, артерий головного мозга, аорты и ее ветвей, артерий нижних конечностей, мезентериальных артерий, других периферических артерий, легочной артерии и ее ветвей (8 часов) Лечение атеросклероза. Немедикаментозные мероприятия. Особенности применения препаратов при различных типах дислиппротеинемий (6 часов) Фармакотерапия атеросклероза. Лечение основного и сопутствующих заболеваний (8 часов) Возможности хирургических методов лечения Илеошунтирование. Портокавальное шунтирование (8 часов) Пересадка печени Возможности генной инженерии (6 часов) Реконструктивные операции на сосудах Транслюминальная ангиопластика Бариатрическая хирургия при ожирении. Результаты профилактических вмешательств в разных странах (8 часов).</p>	2	52	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Устный опрос; Тестовый контроль; Решение ситуационных задач;
12.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/</p>	2	46	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Защита реферата
Раздел 13. Состояние сердца и сосудов при различных заболеваниях							
13.1	<p>Принципы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и мероприятия по её осуществлению. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, их эпидемиология. Популяционный и групповой подход в обеспечении профилактических мероприятий /Лек/</p>	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	
13.2	<p>Организация и проведение профилактики основных заболеваний сердечно-сосудистой системы (8 часов). Документация и создание централизованного банка данных на обследованных лиц (8 часов) Требования к статистической обработке данных (8 часов) Критерии выделения больных с различными формами ИБС и факторами риска при массовом обследовании (8 часов) Тактика дальнейшего обследования больных ИБС, выявленных при массовом обследовании (8 часов) Рекомендуемые сроки осмотров и объемы исследований у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями</p>	2	48	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Устный опрос; Решение ситуационных задач;
13.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/</p>	2	40	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Защита реферата
Раздел 14. Профилактическая кардиология							

14.1	Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, их эпидемиология (8 часов) Организация и проведение профилактики основных заболеваний сердечно-сосудистой системы (8 часов) Санитарно-просветительная работа врача среди обследуемых контингентов населения (8 часов) Взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска. Контролируемые и неконтролируемые факторы риска. Формирование групп высокого, среднего и низкого риска в процессе скринирующих исследований (8 часов) Факторы риска развития ИБС и артериальной гипертензии у детей и подростков. Тактика дальнейшего обследования больных ИБС, выявленных при массовом обследовании. Немедикаментозные способы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (8 часов) Требования, предъявляемые к оценке эффективности профилактических мероприятий (2 часа)	2	42	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э5 Э6	0	Устный опрос;
14.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	2	40	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8		0	Защита реферата
	Раздел 15.						
15.1	/Контр.раб./	2	6	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3 ПК-5 ПК-6, ПК-4 ПК-8 ПК-9 ПК-10	Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Презентация клинического случая
15.2	/Экзамен/	2	54	УК-1, УК-2, УК-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	Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	Тестовый контроль. Теоретические вопросы. Ситуационная задача

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в Приложении 1

5.2. Темы письменных работ

Представлены в Приложении 1

5.3. Фонд оценочных средств

Представлены в Приложении 1

5.4. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, защита реферата

Контрольная работа: презентация клинического случая

Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестовый контроль, решение ситуационных задач

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Трухан Д. И., Филимонов С. Н.	Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение: учебное пособие	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016	5
Л1.2	Арутюнов Г. П.	Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов: [рекомендовано в качестве учебного пособия для интернов и ординаторов, получающих последиplomное образование по специальности "Кардиология"]	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015	3
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Сыркин А. Л., Новикова Н. А., Терехин С. А.	Острый коронарный синдром: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей	Москва: Медицинское информационное агентство, 2010	2
Л2.2	Федоров Д. А.	Модели и алгоритмы диагностики атеросклероза артерий нижних конечностей: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата технических наук	Сургут, 2015	2
Л2.3	Гавриш А. С., Пауков В. С.	Ишемическая кардиомиопатия: [монография]	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015	1
Л2.4	Ройтберг Г.Е., Струтынский А. В.	Сердечно-сосудистая система: учебное пособие для системы последиplomной подготовки врачей по специальностям "Терапия" и "Кардиология". 2-е изд., перераб. и доп.	Москва : МЕДпресс-информ, 2011. 895 с., [4] л. цв. ил.;	25
Л2.5	Кушаковский М.С..	Аритмии сердца [Текст] : Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение : руководство для врачей /	М.Изд. 3-е, испр. и доп. СПб. : Фолиант, 2004. 669 с. : ISBN 5-93929-083-3 : 471,90.ил.	2
Л2.6	под редакцией Ф. И. Белялова.	Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / Сердечная недостаточность: монография 10-е издание, переработанное и дополненное.	Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2020. 372 с. : ил., табл. ; 21. (Библиотека врача-специалиста, Кардиология) . ISBN 978-5-9704-5362-9.	5
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	ВИНИТИ РАН			
Э2	https://www.elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э3	https://www.rlsnet.ru/ (Справочник лекарственных средств РЛС)			
Э4	http://www.medlinks.ru/ (Вся медицина в Интернет)			
Э5	http://www.iacmac.ru/rus/all/bibl.shtml (Ссылки на медицинские электронные библиотеки)			
Э6	https://www.itweek.ru/infrastructure/article/detail.php?ID=118409 (Электронные медицинские библиотеки)			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения Университета и клинических баз для проведения учебных занятий, в том числе:
7.2	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации №129, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования – ноутбук, проектор, проекционный экран. Ноутбук переносной. Количество посадочных мест – 45. Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.
7.3	Учебная аудитория для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК-65/ на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница», оснащена: комплект специализированной учебной мебели, ноутбук (переносной), маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования – ноутбук, проектор, проекционный экран. Количество посадочных мест – 14. Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ Microsoft Office.
7.4	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница», оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный, электрокардиограф многоканальный, система мониторинга для диагностики нагрузочных тестов кардиологическая) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

Кардиология

Специальность:

31.08.36 Кардиология

(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - кардиолог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры Кардиологии
« 16 » 04 2021 года, протокол № 6

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент И.А.Урванцева
(ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.)

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция <ПК1>

< готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • вопросы этики и деонтологии в медицине и кардиологии; • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; • анатомию и физиологию человека, половые и возрастные особенности; • вопросы общей патологии, иммунологии и реактивности организма; • вопросы экспертизы трудоспособности и основы законодательства по вопросам медико-социальной экспертизы и социально-трудовой реабилитации 	<ul style="list-style-type: none"> – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – диагностировать и провести лечение сердечно-сосудистых заболеваний. 	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой);

Компетенция <ПК2>

< готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • вопросы этики и деонтологии в медицине и кардиологии; • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; • принципы первичной профилактики заболеваний, формы и методы санитарно-просветительской работы; • Международную классификацию болезней (МКБ); • распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, 	<ul style="list-style-type: none"> – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – анализировать электрокардиограмму и составлять электрокардиографическое заключение; – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. 	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); – методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий.

<p>в том числе в различных возрастных группах; значение этих показателей в оценке состояния здоровья населения;</p> <ul style="list-style-type: none"> • директивные документы, определяющие деятельность кардиологической службы; • систему организации кардиологической службы в стране, ее задачи и структуру. 		
---	--	--

Компетенция <ПК3>

<готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях >		
Знает	Умеет	Владет
<p>– вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны;</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; • принципы первичной профилактики заболеваний, формы и методы санитарно-просветительской работы; • директивные документы, определяющие деятельность кардиологической службы; • систему организации кардиологической службы в стране, ее задачи и структуру. 	<p>– провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания;</p> <p>– оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</p>	<p>– методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой).</p>

Компетенция ПК<4>

<готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков>		
Знает	Умеет	Владет
<p>– методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;</p> <p>– статистику состояния здоровья населения;</p> <p>– критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения.</p>	<p>– применять методики изучения состояния здоровья населения;</p> <p>– использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.</p>	<p>– навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ;</p> <p>– методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного</p>

		здоровья; – методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды.
--	--	--

Компетенция <ПК5>

< готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Международную классификацию болезней (МКБ); • организацию службы интенсивной терапии и реанимации в кардиологической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации; • показания и противопоказания к операциям на сердце и магистральных сосудах; • вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, организацию КЭК; • методы раннего выявления кардиологических заболеваний при массовом профилактическом обследовании населения; • современные методы обследования больного (ЭКГ, рентгеновские, ультразвуковые, магнитно-резонансные, радионуклидные, ангиографические, внутрисердечные электрофизиологические, биохимические и др.). 	<ul style="list-style-type: none"> – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь и при необходимости провести реанимационные мероприятия, определить показания для госпитализации и организовать ее; – определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгеновских, функциональных и др.); – оценить данные лабораторных и биохимических методов исследований, рентгенографии и компьютерной томографии и МР-томографии, электрокардиографии, эхокардиографии, радионуклидных методов исследований, ангиографии, коронарографии, вентрикулографии, 	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); – методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий.

	<p>велоэргометрии, электрофизиологического исследования сердца, исследований гемодинамики, результаты катетеризаций полостей сердца применительно к конкретной клинической ситуации;</p> <ul style="list-style-type: none"> – анализировать элетрокардиограмму и составлять электрокардиографическое заключение; – провести пробу с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре и тредмиле и оценить полученные результаты; – провести суточное мониторирование ЭКГ и оценить полученные результаты; – провести суточное мониторирование артериального давления и оценить полученные результаты; – провести ультразвуковое исследование сердца (определить размеры камер сердца, глобальную и сегментарную систолическую функцию левого желудочка, исследовать клапанный аппарат и перикард). 	
--	---	--

Компетенция <ПК6>

< готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Международную классификацию болезней (МКБ); • организацию службы интенсивной терапии и реанимации в кардиологической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации; • показания и противопоказания к операциям на сердце и магистральных сосудах; • вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, организацию КЭК; 	<ul style="list-style-type: none"> – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь и при необходимости провести реанимационные 	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); – алгоритмом ведения больного с острым коронарным синдромом и острой сердечной недостаточностью – алгоритмом ведения больных с артериальной гипертонией, острой и хронической сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости – методами диагностики и лечения ишемической болезни сердца,

<ul style="list-style-type: none"> • основы клинической фармакологии (фармакодинамика, фармакокинетика) основных групп лекарственных средств: антиангинальных, гипотензивных, антиаритмических, препаратов для лечения сердечной недостаточности, гиполипидемических препаратов, антикоагулянтов и фибринолитиков; • осложнения, вызванные применением лекарств; • показания и противопоказания к хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний, подготовку кардиологических больных к внесердечным операциям; • виды приобретенных и врожденных пороков сердца; • клинику и лечение острой сердечной недостаточности; • вопросы классификации и лечения систолической и диастолической форм хронической сердечной недостаточности; • классификацию, диагностику и современные методы лечения блокад сердца; • вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний аорты; • особенности клиники и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в различных возрастных группах больных. 	<p>мероприятия, определить показания для госпитализации и организовать ее;</p> <ul style="list-style-type: none"> – оказывать первой (догоспитальной) помощи при ургентных состояниях (острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность, пароксизмальные нарушения ритма сердца, синкопальные состояния, остановка кровообращения и др.); – провести скрининговую диагностику нарушений дыхания во сне; – провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного; – провести дифференциальную диагностику, используя клинические и дополнительные методы исследований, и сформулировать диагноз с выделением основного синдрома и его осложнений; – назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; – определить объем лечения и реабилитации больных после операций на клапанах и сосудах сердца и имплантации кардиостимуляторов; – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. 	<p>заболеваний, травм и опухолей миокарда;</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий.
--	--	---

Компетенция <ПК7>

<p><готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации></p>		
<p>Знает</p> <ul style="list-style-type: none"> – принципы организации санитарной охраны территории от заноса 	<p>Умеет</p> <ul style="list-style-type: none"> – организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах 	<p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками работы с нормативно-правовыми документами;

<p>карантинных и других особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>– принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>– вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения;</p> <p>– вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>инфекционных болезней</p> <p>– планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>– организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии;</p> <p>– проводить статистический анализ;</p> <p>– организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями.</p>	<p>– навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции;</p> <p>– навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней.</p>
---	---	---

Компетенция <ПК8>

<p>< готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении ></p>		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> • применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; • реабилитацию больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; • показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения; • основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у кардиологических больных; • принципы и варианты профилактики, ее организацию и методы профилактики основных заболеваний в кардиологии. 	<ul style="list-style-type: none"> – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – определить объем лечения и реабилитации больных после операций на клапанах и сосудах сердца и имплантации кардиостимуляторов; – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. 	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой).

Компетенция <ПК9>

<p><готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих></p>		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> – формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения. – Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. – Главные составляющие здорового образа жизни. – Хронические 	<ul style="list-style-type: none"> – организовать работу по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. – Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> – основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

<p>неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности.</p>	<p>человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны. – Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни. 	
--	--	--

Компетенция <ПК10>

<p><готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях></p>		
<p style="text-align: center;">Знает</p>	<p style="text-align: center;">Умеет</p>	<p style="text-align: center;">Владеет</p>
<ul style="list-style-type: none"> – законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; – методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; – вопросы организации медицинской помощи населению; – статистику состояния здоровья населения; – критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; – организацию экспертизы качества медицинской помощи; – вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; – основы менеджмента; – основы страховой медицины. 	<ul style="list-style-type: none"> – применять методики изучения состояния здоровья населения; – анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; – использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции. 	<ul style="list-style-type: none"> – навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; – методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; – методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды; – методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; – методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ.

Компетенция <ПК11>

<p><готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей></p>		
<p style="text-align: center;">Знает</p>	<p style="text-align: center;">Умеет</p>	<p style="text-align: center;">Владеет</p>
<ul style="list-style-type: none"> – права, обязанности и ответственность врача- 	<ul style="list-style-type: none"> – составлять документацию для оценки качества и 	<ul style="list-style-type: none"> – навыками экспертизы трудоспособности пациентов

кардиолога, привлекаемого к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта, принципы проведения медицинской экспертизы.	эффективности работы кардиологической службы медицинского учреждения.	с сердечно-сосудистой патологией.
---	---	-----------------------------------

Компетенция <ПК12>

< готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации >		
Знает	Умеет	Владеет
– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	– особенности организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.	– навыками организации оказания медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации; – навыками организации медицинской эвакуации пострадавших при чрезвычайных ситуациях.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	<ul style="list-style-type: none"> • вопросы этики и деонтологии в медицине и кардиологии; • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; • анатомию и физиологию человека, половые и возрастные особенности; • вопросы общей патологии, иммунологии и реактивности организма; • вопросы экспертизы трудоспособности и основы законодательства по вопросам медико-социальной экспертизы и социально-трудовой реабилитации; • вопросы этики и деонтологии в медицине и кардиологии; • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и 	Зачтено	1) раскрывает полное содержание теоретических основ методики преподавания педиатрии; 2) демонстрирует знание дидактических основы преобразования научной информации в учебную, структурирования и отбора содержания учебного материала;
		Не зачтено	3) допускает существенные ошибки при раскрытии содержания теоретических основ методики преподавания педиатрии; 4) не имеет базовых знаний дидактических основ преобразования научной информации в учебную, структурирования и отбора содержания учебного материала.

	<p>неотложной помощи взрослому и детскому населению;</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы первичной профилактики заболеваний, формы и методы санитарно-просветительской работы; • Международную классификацию болезней (МКБ); • распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, в том числе в различных возрастных группах; значение этих показателей в оценке состояния здоровья населения; • директивные документы, определяющие деятельность кардиологической службы; • систему организации кардиологической службы в стране, ее задачи и структуру; вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны; • принципы организации терапевтической и кардиологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; • принципы первичной профилактики заболеваний, формы и методы санитарно-просветительской работы; • директивные документы, определяющие деятельность кардиологической службы; • систему организации кардиологической службы в стране, ее задачи и структуру; • методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; • статистику состояния здоровья населения; • критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; • Международную классификацию болезней (МКБ); • организацию службы интенсивной терапии и реанимации в кардиологической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации; • показания и противопоказания к операциям на сердце и магистральных сосудах; • вопросы временной и стойкой 		
--	--	--	--

	<p>утраты трудоспособности, организацию КЭК;</p> <ul style="list-style-type: none"> • методы раннего выявления кардиологических заболеваний при массовом профилактическом обследовании населения; • современные методы обследования больного (ЭКГ, рентгеновские, ультразвуковые, магнитно-резонансные, радионуклидные, ангиографические, внутрисердечные электрофизиологические, биохимические и др.); • Международную классификацию болезней (МКБ); • организацию службы интенсивной терапии и реанимации в кардиологической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации; • показания и противопоказания к операциям на сердце и магистральных сосудах; • вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, организацию КЭК; • основы клинической фармакологии (фармакодинамика, фармакокинетика) основных групп лекарственных средств: антиангинальных, гипотензивных, антиаритмических, препаратов для лечения сердечной недостаточности, гиполипидемических препаратов, антикоагулянтов и фибринолитиков; • осложнения, вызванные применением лекарств; • показания и противопоказания к хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний, подготовку кардиологических больных к внесердечным операциям; • виды приобретенных и врожденных пороков сердца; • клинику и лечение острой сердечной недостаточности; • вопросы классификации и лечения систолической и диастолической форм хронической сердечной недостаточности; • классификацию, диагностику и современные методы лечения блокад сердца; • вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний аорты; • особенности клиники и лечения сердечно-сосудистых заболеваний 		
--	--	--	--

	<p>в различных возрастных группах больных;</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; • принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; • вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; • вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях; • применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; • реабилитацию больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; • показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения; • основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у кардиологических больных; • принципы и варианты профилактики, ее организацию и методы профилактики основных заболеваний в кардиологии; <p>– формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения;</p> <p>– основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья;</p> <p>– главные составляющие здорового образа жизни.</p> <p>– хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности;</p> <p>– законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>– методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;</p> <p>– вопросы организации медицинской помощи населению;</p> <p>– статистику состояния здоровья населения;</p> <p>– критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</p> <p>– организацию экспертизы качества</p>		
--	---	--	--

	<p>медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; – основы менеджмента; • основы страховой медицины; – права, обязанности и ответственность врача-кардиолога, привлекаемого к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта, принципы проведения медицинской экспертизы; – готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. 		
Умеет	<ul style="list-style-type: none"> – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – диагностировать и провести лечение сердечно-сосудистых заболеваний; – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – анализировать элетрокардиограмму и составлять электрокардиографическое заключение; 	Зачтено	<ol style="list-style-type: none"> 1) умеет применять современные методы обучения 2) умеет разрабатывать и готов проводить различные по форме обучающие занятия по педиатрии;
	<ul style="list-style-type: none"> – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную 		Не зачтено

	<p>законодательством по здравоохранению;</p> <ul style="list-style-type: none"> – применять методики изучения состояния здоровья населения; – использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции; – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь и при необходимости провести реанимационные мероприятия, определить показания для госпитализации и организовать ее; – определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгеновских, функциональных и др.); – оценить данные лабораторных и биохимических методов исследований, рентгенографии и компьютерной томографии и МР-томографии, электрокардиографии, эхокардиографии, радионуклидных методов исследований, ангиографии, коронарографии, вентрикулографии, велоэргометрии, электрофизиологического исследования сердца, исследований гемодинамики, результаты катетеризаций полостей сердца применительно к конкретной клинической ситуации; – анализировать элетрокардиограмму и составлять электрокардиографическое заключение; – провести пробу с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре и тредмиле и 		
--	--	--	--

	<p>оценить полученные результаты;</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести суточное мониторирование ЭКГ и оценить полученные результаты; – провести суточное мониторирование артериального давления и оценить полученные результаты; – провести ультразвуковое исследование сердца (определить размеры камер сердца, глобальную и сегментарную систолическую функцию левого желудочка, исследовать клапанный аппарат и перикард); – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь и при необходимости провести реанимационные мероприятия, определить показания для госпитализации и организовать ее; – оказывать первой (догоспитальной) кардиологической помощи при ургентных состояниях (острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность, пароксизмальные нарушения ритма сердца, синкопальные состояния, остановка кровообращения и др.); – провести скрининговую диагностику нарушений дыхания во сне; – провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного; – провести дифференциальную диагностику, используя клинические и дополнительные методы исследований, и сформулировать диагноз с выделением основного синдрома и его осложнений; – назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; – определить объем лечения и реабилитации больных после операций на клапанах и сосудах сердца и имплантации кардиостимуляторов; 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней – планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; – организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии; – проводить статистический анализ; – организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; – провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; – определить объем лечения и реабилитации больных после операций на клапанах и сосудах сердца и имплантации кардиостимуляторов; – определить должный объем консультативной помощи и провести коррекцию лечения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – организовать работу по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. – Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека. – Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны. – Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою 		
--	---	--	--

	<p>жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни;</p> <ul style="list-style-type: none"> – применять методики изучения состояния здоровья населения; – анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; – использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной профилактики; – составлять документацию для оценки качества и эффективности работы кардиологической службы медицинского учреждения; – особенности организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. 		
Владеет	<ul style="list-style-type: none"> – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); 	Зачтено	<ol style="list-style-type: none"> 1) демонстрирует практические навыки активизации процесса обучения и освоения информации; 2) владеет навыками объективной диагностики и оценивания знаний;
	<ul style="list-style-type: none"> – методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий; – методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой); – навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; – методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения; 		Не зачтено

	<p>планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья;</p> <ul style="list-style-type: none">– методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды;– методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой);– методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий;– методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография, эхокардиография, пробы с физической нагрузкой);– алгоритмом ведения больного с острым коронарным синдромом и острой сердечной недостаточностью– алгоритмом ведения больных с артериальной гипертонией, острой и хронической сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости– методами диагностики и лечения ишемической болезни сердца, заболеваний, травм и опухолей миокарда;– методами диагностики, стратификации риска и лечения гипертонической болезни и симптоматических (вторичных) артериальных гипертензий;– навыками работы с нормативно-правовыми документами;– навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции;– навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней;– методами комплексного обследования больных с сердечно-сосудистой патологией (аускультация, перкуссия, пальпация, электрокардиография,		
--	--	--	--

	<p>эхокардиография, пробы с физической нагрузкой);</p> <ul style="list-style-type: none"> – основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; – навыками составления плана и программы медико–статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; – методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; – методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды; – методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; – методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ. – навыками экспертизы трудоспособности пациентов с сердечно-сосудистой патологией; – навыками организации оказания медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации; – навыками организации медицинской эвакуации пострадавших при чрезвычайных ситуациях. 		
--	---	--	--

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты текущего и промежуточного контроля знаний оцениваются по четырехбалльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	-патологические состояния, симптомы, синдромы заболевания, нозологические форм в	Отлично	Раскрывает полное содержание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на

	<p>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);</p> <p>- тактику ведения и лечения пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии (МК-6);</p> <p>- как применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (МК-8);</p>		все предложенные вопросы
		Хорошо	Демонстрирует знание по предмету трансфузиология. Допускает незначительные неточности.
		Удовлетворительно	Допускает значительные неточности. Слабо владеет материалом
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Умеет	<p>-определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);</p> <p>- вести и лечить пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии (МК-6);</p> <p>- применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (МК-8);</p>	Отлично	Обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
		Хорошо	Обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Владеет	<p>-готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);</p> <p>- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в</p>	Отлично	Ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.
		Хорошо	Ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

	трансфузионной терапии (ПК-6); -готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);	Неудовлетворительно	Обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.
--	--	---------------------	---

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Раздел 1. Организация кардиологической помощи населению в РФ

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Особенности здоровья населения РФ на современном этапе (заболеваемость, инвалидность, рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни).
2. Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению.
3. Основные демографические показатели, характеризующие здоровье населения.
4. Социальное значение болезней системы кровообращения, организация специализированной медицинской помощи.
5. Методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления.
6. Критерии медико-социальной значимости социально значимых заболеваний (болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, сахарного диабета, алкоголизма и т.д.).
7. Виды медицинского страхования, их принципиальные отличия в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Использование статистических данных в организации кардиологической помощи.
9. Профилактическое направление отечественной медицины. Основные разделы профилактической работы врача-кардиолога.
10. Диспансеризация кардиологических пациентов.
11. Методы и формы санитарно-гигиенического воспитания в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.
12. Телемедицинские технологии – определение, цель, функции.
13. Понятие о телекардиологии.
14. Нормативно-правовое обеспечение телемедицинских технологий. Основные нормативные требования при использовании телемедицинских технологий.
15. Принципы внедрения телемедицинских технологий. Организация службы теле-ЭКГ. Практическое применение.
16. Финансирование кардиологической помощи с применением телемедицинских технологий.
17. Информационная безопасность телемедицинской деятельности. Деонтологические рекомендации при использовании телемедицинских технологий.
18. Методика обследования пациента кардиологического профиля с применением телемедицинских технологий.
19. Показания к телемедицинским консультациям в кардиологии.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 2. Ишемическая болезнь сердца

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. ИБС. Классификация, факторы риска.
2. Стабильная стенокардия напряжения, клиника, классификация (функциональные классы), диагностика, лечение.
3. Спонтанная (особая) стенокардия. Стенокардия Принцметала, клиника, диагностика, лечение.
4. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

5. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.
6. Обследование больного с инфарктом миокарда. Лабораторная и инструментальная диагностика инфаркта миокарда.
7. Организация оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом.
8. Диагностика инфаркта миокарда. Атипичные варианты начала. Дифференциальный диагноз.
9. Выбор лечебной тактики. Фармакологическая и эндоваскулярная реваскуляризация миокарда.
10. Показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии.
11. Осложнения инфаркта миокарда. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
12. Профилактика и купирование ранних осложнений инфаркта миокарда.
13. Комплексное лечение больных инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.
14. Профилактика желудочковых нарушений ритма при инфаркте миокарда.
15. Кардиогенный шок, патофизиологические механизмы, методы лечения.
16. Факторы риска и маркеры внезапной коронарной смерти. Профилактика внезапной коронарной смерти.
17. Особенности оказания помощи больным инфарктом миокарда при сопутствующих заболеваниях: сахарный диабет, заболевания системы крови, онкологическая патология.
18. Показания и противопоказания к проведению коронарной ангиопластики у больных острым коронарным синдромом. Виды стентов.
19. Методика проведения коронарографии. Показания, противопоказания, осложнения.
20. Реабилитация больных инфарктом миокарда в условиях стационара, в амбулаторно-поликлинических условиях.
21. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у больных инфарктом миокарда.
22. Медико-социальная экспертиза при ИБС.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Мужчина, 55 лет, обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 3 этаж и ходьбе до автобусной остановки (300 м).

Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 10 лет, но адекватной антигипертензивной терапии не получал, уровень АД не контролировал. Курит в течение 25 лет. Работает библиотекарем. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 160/95 мм рт ст; в биохимическом анализе крови выявлена гиперлипидемия.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л.

ЭКГ – выявлены признаки гипертрофии ЛЖ.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.
3. Дальнейшая тактика ведения пациента?

Задача 2.

Мужчина, 60 лет, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе по ровной местности, сопровождающиеся одышкой.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ИБС около 6 лет, 2 года назад перенес переднеперегородочный Q-инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг и бисопролол 2,5 мг, однако за последние несколько месяцев отмечает ухудшение состояния и появление вышеуказанных жалоб. Семейный анамнез: мать – 89 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеки лодыжек.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АсаТ 23, АлаТ 28.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.

Задача 3.

Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные боли при ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением одышки, слабости и тревоги.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ (около 10 лет), курит (20лет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к терапевту 2 года назад было зарегистрировано АД 160/95; в биохимическом анализе крови - гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает сахарным диабетом, ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на верхушке сердца, аорте и каротидной артерии справа. ЧСС – 84 уд.в мин., АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков не регистрируется.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 61,8 мл/мин., АЛАТ – 32 ммоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп для лечения ИБС и АГ Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.
4. Показано ли данному пациенту проведение коронароангиографии?
5. Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента?

Задача 4.

Мужчина 47 лет. Вызвал СМП по поводу появившихся сжимающих и жгучих болей за грудиной в течение ≈ 3 часов с иррадиацией в эпигастральную область, тошноту, слабость. При осмотре: бледен, кожа влажная. В легких хрипов не выслушивается, ЧД – 19 в 1'. Тоны сердца ритмичные ЧСС – 74 в 1', АД 110/80 мм.рт.ст. На снятой ЭКГ синусовый ритм, элевация ST_{II,III, aVF}, небольшая депрессия ST_{V1-V3}. После введения больному морфина в/в и приема нитроглицерина сублингвально, состояние пациента резко ухудшилось. Появилась артериальная гипотензия АД –

70/40 мм.рт.ст., ЧСС – 98 в 1', набухание яремных вен. Выраженная бледность кожных покровов, в легких хрипов не выслушивается ЧД – 21 в 1'.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Дайте обоснованное предположение относительно ухудшения состояния больного.
3. Какая диагностика на догоспитальном этапе позволит верифицировать причину ухудшения состояния?
4. Что ожидается на ЭКГ?
5. Лечебная тактика в условиях стационара?

Задача 5.

Юноша 16 лет. Был госпитализирован в БИН с диагнозом: ОКС. Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазм на коже век впервые был проведен анализ атерогенных липидов в крови, который показал высокий уровень общего холестерина. В течение 3-х недель беспокоят приступы загрудинных сжимающих болей при физических нагрузках.

При осмотре: границы сердца не расширены, тоны ясные, патологических шумов нет, ритм правильный, ЧСС – 68 в 1', АД – 120/70 мм.рт.ст.

При обследовании в отделении по данным КАГ выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии на 70%, стеноз огибающей коронарной артерии на 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%.

В крови общий холестерин 21,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП 13,1 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Тактика лечения больного?
4. Что входит в оценку профиля безопасности проводимой терапии при диспансерном наблюдении?

Задача 6.

Мужчина, 62 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на сжимающие боли за грудиной, одышку, возникающие при быстрой ходьбе на дистанцию 500 метров или при подъеме по лестнице на 3 этаж, купируемые в течение 3-5 минут приемом нитроглицерина, повышение АД до 180/105 мм рт.ст., перебои в работе сердца. Из анамнеза известно, что пациент страдает артериальной гипертензией около 10 лет, 2 года назад перенес передне-перегородочный не-Q-инфаркт миокарда, вышеуказанные жалобы возникли около 6 месяцев назад, толерантность к физическим нагрузкам снижалась постепенно. Постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту (тромбо-асс) 100 мг, торвакард (аторис) 10 мг, каптоприл 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Вес 96 кг, рост 172 см, ИМТ- 32, 44 кг/ м², окружность талии 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. Левая граница сердца ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 185/110 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС ЛПНП- 4,85 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,8 ммоль/л; креатинин – 96 мкмоль/л,

СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 85 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Скорректируйте медикаментозную терапию пациенту
4. Назовите группы состояния здоровья населения при проведении диспансеризации и к какой группе относится данный пациент?

Задача 7

Мужчина 34 лет, обратился с жалобами на периодические давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), ночью, чаще в предутренние часы, физическую нагрузку переносит хорошо. Боли плохо купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы отмечает около 2-х лет. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиомагнил 75 мг на ночь, однако, жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия. Лабораторно в крови: холестерин 4,9 ммоль\л, триглицериды 1,2 ммоль\л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Внесите коррекцию в проводимую медикаментозную терапию, если она необходима

Задача 8.

У больной 52 лет диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась аритмия. На мониторе появляются парные и групповые желудочковые экстрасистолы. В отведениях I, AVL, V 1-3 зубцы QS и подъем ST. В отведении II, III, avF депрессия ST.

Задание

1. Какой локализации и стадии инфаркт миокарда?
2. Развитие какого вида аритмий возможно у больной?
3. Тактика лечения больной?

Ответы к ситуационным задачам

1. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II ФК. Артериальная гипертония III стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гипертрофия ЛЖ. НО. Гиперлипидемия тип IIb.
2. ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, НК ПА (III ФК).
3. ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2. Артериальная гипертония III стадии, II степени, риск ССО 4. Умеренный аортосклероз. Каротидный атеросклероз справа. Митральная регургитация. Ожирение 2ст., гиперлипидемия . ХСН I ст., II ФК. Хроническая болезнь почек II стадии.
4. ОКС с подъемом ST.
5. ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (трехсосудистое поражение). Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (II а тип).
6. ИБС: стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный не Q-инфаркт миокарда). Н I (II ФК). Артериальная гипертония III стадии, 3 степени, риск 4. ХБП С2 А1(стадия 2, микроальбуминурия 1 ст.) Ожирение 1 ст.
7. ИБС. Вазоспастическая стенокардия Принцметала. Желудочковая экстрасистолия. НО.
8. Острый Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной стенки и высоких боковых отделов с подъемом сегмента ST. Установлен на основании появления патологических зубцов Q и комплекса QS в отведениях, показывающих передне-перегородочную стенку и высокие боковые отделы, подъем STв I,avL,V1-3 говорит об остром периоде, что подтверждается наличием депрессии ST вII, III, avF (это реципрокные изменения, характерные для острого периода).

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Артериальная гипертония

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Поражение органов-мишеней при АГ.
2. Поражение сердца при АГ. Гипертрофия левого желудочка (распространенность, типы ГЛЖ, риск сердечно-сосудистых осложнений, диагностика).
3. Диагностика симптоматических артериальных гипертензий.
4. Алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме артериальной гипертензии.
5. Лечение симптоматических артериальных гипертензий.
6. Цели и задачи гипотензивной терапии, особенности выбора терапии при сочетанной патологии.
7. Комбинированная терапия АГ.
8. Артериальная гипертония у беременных. Лечение.
9. Резистентная артериальная гипертензия: эпидемиология, факторы риска, диагностика.
10. Описание и технические аспекты процедуры ренальной денервации.
11. Суточное мониторирование АД и выбор гипотензивной терапии. Клиническое значение суточного мониторирования АД.
12. Актуальные вопросы церебропротекции при АГ.
13. Лечение пациентов с АГ и коморбидными состояниями – ИБС, СД, ХБП
14. Течение АГ при хронической бронхо-легочной патологии. Методы лечения.
15. Реабилитация больных АГ.
16. Медико-социальная экспертиза больных АГ.
17. Купирование гипертензивных кризов.
18. Нефармакологические методы лечения артериальной гипертензии.
19. Артериальная гипотензия. Ортостатическая гипотензия.
20. Вазовагальный синдром.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Мужчина 62 лет, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. При осмотре пульс 66 в мин., артериальное давление 180/100 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Задание.

1. Определите стадию гипертонической болезни и категорию риска сердечно-сосудистых осложнений.
2. Определите целевой уровень АД.
3. Какая терапия показана пациенту?
4. Назначьте лечение.

Задача 2.

Мужчина 40 лет пришел на мед. осмотр. Рост 178 см. Вес 70 кг. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. I тон на верхушке средней громкости. ЧСС=Ps= 90 в минуту, ритмичный. Хорошего наполнения, не напряжен, одинаковый на обеих руках. АД после 2-х кратного измерения 155/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: курит с 20 лет, отец перенес инфаркт миокарда в 53 года.

Задание

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Рекомендации по лечению.

Задача 3.

Мужчина, 60 лет, пришел к врачу поликлиники для проведения планового контрольного визита. В последнее время чувствует себя удовлетворительно, жалобы отсутствуют. Однако больной озабочен возможными проблемами со здоровьем в будущем, так как имеет отягощенный по сердечно-сосудистым заболеваниям семейный анамнез (недавно от острого сердечного приступа у него скончался брат 50 лет, мать страдала сахарным диабетом 2 типа и умерла от инфаркта

миокарда в возрасте 64 лет). Больной страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет, в связи с чем регулярно принимает лозартан в дозе 100 мг/сут. По словам пациента, ежедневно контролирует АД дома, и оно не превышает уровня 130/80 мм рт.ст. (хотя до начала гипотензивной терапии обычно держалось на уровне 160-165/100-105 мм.рт.ст). 4 года назад перенес ТИА.

Из анамнеза также известно, что пациент страдает сахарным диабетом 2 типа, в связи с чем старается строго соблюдать рекомендации врача в отношении диеты, режима и контроля гликемии дома, а также принимает метформин в дозе 1000 мг/сут. Диагноз был установлен около 3-х лет назад, когда в ходе диспансеризации у него выявилось повышение уровня глюкозы натощак до 7,0 ммоль/л. Состоит на диспансерном учете, посещал занятия «Школы диабета». Две недели назад проходил контрольное обследование у эндокринолога. В то время уровень гликированного гемоглобина у него составил 6,0%, анализ мочи на микроальбуминурию дал отрицательный результат. Был осмотрен окулистом в плановом порядке около 2-х месяцев назад; выявлена препролиферативная диабетическая ретинопатия с обеих сторон.

Больной курит более 30 лет, в последние полгода сократил количество выкуриваемых за сутки сигарет с целой пачки до ее половины.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В анализах: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,4 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л. АсАТ 18 МЕ/л, АлАТ 14 МЕ/л, общий билирубин 15 мкмоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Какую дополнительную медикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациенту?
4. Каковы цели лечения?

Задача 4.

Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе. Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт. ст., АД на нижних конечностях 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат в норме, патологических токов не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения.

Задача 5.

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание

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

Задача 6.

Женщина, 35 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на головные боли и повышение цифр АД до 150/95 мм рт ст.

Из анамнеза известно, что пациентка курит около 10 лет по несколько сигарет в день, с 30 лет отмечает периодическое повышение цифр АД до 150-160/90-100 мм рт ст, которое купирует приемом капотена. Постоянно ничего не принимает. Семейный анамнез: мать – 69 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ. В настоящее время первая беременность 12 недель. При наступлении беременности резкого повышения цифр АД и ухудшения состояния не отмечает.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Биохимические анализы крови в норме, расчетная СКФ 69 мл/мин/1,73 м².

Микроальбуминурия отрицательная.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали.

Задача 7.

В приемный покой обратилась женщина 30 лет с жалобами на головную боль, повышенную утомляемость, снижение остроты зрения, повышение АД.

Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 18-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение гипотензивных средств (каптоприл 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, индапамид 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В области брюшной аорты выслушивается систолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,3 г/л , лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. **Биохимический анализ крови** - без особенностей. **Глазное дно:** кровоизлияния на сетчатке и отек соска зрительного нерва.

При УЗИ брюшной полости и почек - разница между длинами почек 2,5 см.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и предположите наиболее вероятную причину заболевания.

2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано пациентам с данной патологией, применение каких групп гипотензивных средств противопоказано при двустороннем стенозе почечных артерий?

Ответы к ситуационным задачам

1. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск – очень высокий.
2. Гипертоническая болезнь I стадия, I степени тяжести, риск-3.
3. Артериальная гипертензия, III стадия, 2 степени, риск ССО 4. Сахарный диабет тип 2, целевой уровень HbA1c <6,5 %. Препролиферативная диабетическая ретинопатия слева и справа. Гиперлипидемия.
4. Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия I степени. Риск – высокий.
5. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
6. Артериальная гипертензия 2 степени, стадию надо уточнить, риск ССО 2. Беременность 12 недель.
7. Вазоренальная артериальная гипертензия (злокачественное течение). Степень АГ 3. Риск 4. Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертензии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Нарушение ритма и проводимости

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Этиология и патогенез нарушений ритма. Состояния, способствующие возникновению аритмий. Электрофизиологические механизмы аритмий.
2. Нарушения образования импульсов. Нарушения проведения импульсов (блокады). Классификация и номенклатура аритмий.
3. Заболевания сердечно-сосудистой системы, при которых наиболее часто наблюдаются нарушения ритма. ИБС. Пороки сердца. Заболевания миокарда. Артериальная гипертензия. Эндокринные заболевания.
4. Методы диагностики нарушений ритма. Общее обследование. Роль анамнеза. Данные физикального исследования. Холтеровское мониторирование ЭКГ.
5. Показания к проведению чреспищеводного электрофизиологического исследования.
6. Роль эхокардиографии в обследовании больных с нарушениями ритма при выборе тактики лечения.
7. ЭКГ-проба с физической нагрузкой, фармакологические пробы диагностики аритмий.
8. Эктопические комплексы и ритмы. Экстрасистолия. Парасистолия. Выскальзывающие сокращения и ритмы. Ускоренные ритмы сердца.
9. Показания к лечению аритмий. Субъективные расстройства. Нарушения гемодинамики. Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса.
10. Фармакотерапия аритмий. Этиотропное лечение. Антиаритмические препараты.
11. Электростимуляция сердца. Временная. Постоянная. Имплантируемые кардиостимуляторы, классификация, показания и противопоказания к применению.
12. Показания и противопоказания к имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов.
13. Показания и типы ресинхронизирующей терапии.
14. Электроимпульсная терапия.
15. Хирургические методы лечения аритмий. Операции на открытом сердце.
16. «Закрытые» методики хирургического лечения аритмий («катетерная») хирургия.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Мужчина 75 лет. Доставлен в стационар бригадой СМП с улицы, где, со слов окружающих, потерял сознание, были судороги конечностей, непроизвольное мочеиспускание. Врачом СМП зафиксированы ЧСС 26 в 1', АД 80/40 мм.рт.ст. При поступлении в стационар, после оказания неотложной помощи, пациент в сознании, ЧСС 38 в 1', АД 100/70 мм.рт.ст. Из анамнеза известно, что год назад перенес инфаркт миокарда, рекомендуемые препараты принимал нерегулярно. В течение последней недели отмечал эпизоды головокружения в сочетании с резкой слабостью, за медицинской помощью не обращался. На снятой ЭКГ зубец Р отсутствует, регистрируются волны (f), интервал RR – 2310 мс, ритм правильный, диффузные реполяризационные нарушения.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать потерю сознания?
3. Какая неотложная помощь показана при данном ургентном состоянии?
4. Выберите тактику кардиохирургического лечения.
5. Какое фармакологическое лечение показано больному?

Задача 2.

Мужчина, 50 лет обратился к врачу с жалобами на тяжесть в затылочной области, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие ежедневно, чаще вечером, в покое, после приема пищи или умеренного количества алкоголя, продолжительностью около 2 часов, сопровождающиеся чувством страха, тревоги, чувством нехватки воздуха. Приступы купируются самостоятельно. Впервые эпизод учащенного аритмичного сердцебиения возник 6 лет назад, после употребления алкоголя, приступ купирован врачами скорой помощи внутривенным введением антиаритмических препаратов. В течение последних 5 лет стал отмечать повышение артериального давления до 160/100 мм. рт. ст. Постоянной гипотензивной терапии не принимал. Приступы аритмии до настоящего времени были редкими, ухудшение около месяца в виде ежедневного рецидивирования пароксизмов, сопровождающиеся повышением артериального давления. **Объективно:** в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 16 в мин. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- верхний край 3 ребра. При аускультации тоны сердца ритмичные, патологических шумов не выслушивается. ЧСС-90 уд в мин, АД 158/90 мм рт. ст.

Лабораторно: общий анализ мочи, общий анализ крови без патологии.

По ЭКГ снятой во время пароксизма - отсутствие зубца Р, наличие волн f в отведениях V2, II, III, aVF.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного инструментального обследования пациента.
3. Какие лабораторные исследования следует провести данному пациенту?
4. Дальнейшая тактика лечения?

Задача 3.

Мужчина 73 лет. В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические л/у не увеличены безболезненные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца аритмичны ЧСС ≈ 50 уд\мин, приглушены. АД 160\70 мм рт. ст. D=S. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. ИМТ – 32 кг/м2.

В анализах: глюкоза крови натощак - 4,9 ммоль/л, общий холестерин - 7.0 ммоль/л, ТГ - 4.5 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3.5 ммоль/л; креатинин - 95 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 68,3 мл/мин, мочевиная кислота - 290 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовая брадикардия 50-58 уд/мин. Диффузные изменения миокарда.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
4. Дальнейшая лечебная тактика?

Задача 4

Пациент Б., 74 года, жалуется на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около трех лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад начали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин, с небольшим эффектом. Кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые - после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадины и ушибы). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 70 в минуту, ритм неправильный, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В анализах крови: гемоглобин - 13,7 г%, эритроциты - 4,2 млн, лейкоциты - 7,5 тыс., тромбоциты - 243 тыс., СОЭ - 11 мм/ч, общий белок - 6,9 г%, альбумин - 4,2 г%, креатинин - 1,2 мг%, азот мочевины - 18 мг%, общий билирубин - 0,8 мг%, триглицериды - 169 мг/дл, общий холестерин - 328 мг/дл, ЛНП - 197 - мг/дл, глюкоза - 113 мг%.

В анализе мочи: рН - 6, удельный вес - 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - единичные в препарате.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем - 42-117 в минуту (ср. 58 в минуту), ЧСС - ночью 35-64 в минуту (ср. 50 в минуту). Желудочковая политопная экстрасистолия - всего 2130, в том числе 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с, 13 эпизодов АВ блокады II степени 1-го типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов - повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какое мероприятие является первоочередным в данной клинической ситуации и какого клинического эффекта можно от него ожидать?
3. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить пациенту в плановом порядке?
4. Какова оптимальная тактика лечения больного на данный момент и в последующем?

Задача 5

Пациентка М., 52 года, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые

сопровождается чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часа и заканчиваются спонтанно (также внезапно). Частоту пульса во время приступа самостоятельно определить не удастся. Подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, при ЭхоКГ отклонения от нормы не выявлены. Медикаментозную терапию не получала. Последний приступ возник три дня назад, на фоне глубокого вдоха не купировался, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80/60 мм рт. ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС - 74 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

В анализах крови: гемоглобин - 12,7 г%, эритроциты - 3,9 млн, лейкоциты - 5,6 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,8 г%, креатинин - 1,0 мг%, азот мочевины - 15 мг%, общий билирубин - 1,0 мг%, глюкоза - 102 мг%.

В анализе мочи: рН - 5, удельный вес - 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

ЭКГ: Интервал P-QR меньше 0,12 сек. В составе комплекса QRS имеется дополнительная волна возбуждения.

ЭхоКГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зоны гипокинеза не выявлены. Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта уплотнена.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Запланируйте дальнейшее обследование?
3. Каков прогноз заболевания у данной больной?

Задача 6

Пациент Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1,5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, преходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин, без существенного эффекта. Данное состояние сохранялось в течение суток, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида, без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. Через пять дней госпитализирован в клинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧД - 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 136 в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +0,5 см по правой среднеключичной линии. Щитовидная железа не пальпируется.

В анализах крови: гемоглобин - 14,2 г%, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 5,5 тыс. (п/я - 1%), нейтрофилы - 54%, лимфоциты - 29%, тромбоциты - 214 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,3 г%, альбумин - 4,0 г%, креатинин - 1,1 мг%, азот мочевины - 16 мг%, общий билирубин - 1,1 мг%, ГГТ - 16 ед/л, глюкоза - 98 мг%, общий холестерин - 198 мг/дл, триглицериды - 134 мг/дл.

В анализе мочи: рН - 5,5, удельный вес - 1019, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты и лейкоциты - единичные в поле зрения.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий, ЧСЖ 102 в мин

ЭхоКГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, зоны гипо- и акинеза не выявлены. Клапаны и аорта не изменены.

Задание

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Охарактеризуйте этиологию диагностированного заболевания.
3. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения?
4. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?

Ответы к ситуационным задачам

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Синдром Фредерика. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса (брадисистолический вариант).
2. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Артериальная гипертония III стадии, 2 степени, риск 4.
3. Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение I ст смешанного генеза. Гиперлипидемия.
4. ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I—II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий.
5. Синдром WPW.
6. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ХСН IIa стадии, II ФК.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5. Воспалительные заболевания

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Распространенность миокардитов. Современные классификации миокардитов.
2. Морфология и биохимия миокарда в норме и при миокардитах.
3. Клиническое течение. Особенности течения в зависимости от этиологии и патогенетического механизма.
4. Диагностика миокардитов. Инструментальные и лабораторные методы исследования.
5. Дифференциальная диагностика миокардитов.
6. Лечение миокардитов. Лекарственная терапия. Противовоспалительная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Глюкокортикоидные гормоны.
7. Иммунодепрессанты. Симптоматическое лечение других проявлений и осложнений.
8. Классификация перикардитов: по этиологии, по течению, по типам экссудата, по характеру продуктивных процессов.
9. Инфекционно-аллергические перикардиты. Асептические. Идиопатические перикардиты.
10. Основные формы перикардитов. Клиническое течение и диагностика. Болевой синдром при перикардите. Шум трения перикарда.
11. Изменения ЭКГ при перикардите. Рентгенологическое исследование. Эхокардиография.
12. Лекарственная терапия перикардитов.
13. Неотложная медикаментозная помощь при тампонаде сердца. Перикардиоцентез.
14. Хирургические методы лечения.
15. Инфекционные эндокардиты. Этиология. Патогенез.

16. Классификация инфекционного эндокардита (ИЭ). Первичный эндокардит. Вторичный эндокардит. Эндокардит искусственных клапанов (протезный эндокардит). Варианты течения.
17. Диагностика ИЭ.
18. Антибактериальная терапия.
19. Показания к хирургическому лечению ИЭ.
20. Профилактика ИЭ.
21. Современные особенности ИЭ. Осложнения ИЭ (диссеминация инфекции, тромбоэмболические осложнения, развитие сердечной недостаточности, иммунологические нарушения). Лечение осложнений ИЭ.
22. Бактериологическое исследование крови. Правила забора крови для бактериологического исследования. Основные изменения лабораторных показателей.
23. Инструментальные методы исследования. Основные и дополнительные эхокардиографические признаки ИЭ.
24. Современные схемы антибактериальной химиотерапии, используемые для лечения ИЭ в зависимости от вида возбудителя.
25. Показания к хирургическому лечению. Виды клапанной коррекции.
26. Схемы антибиотикопрофилактики ИЭ.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39⁰С, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней.

Анализ крови: Нв 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч.

ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях.

Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план дифференциальной диагностики
3. Какова врачебная тактика?

Задача 2.

Больной Н, 26 лет, обратился к врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 суток, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 39 С, озноб, потливость, слабость. Из анамнеза известно, что около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб беспокоили повышение температуры до 38-38,5 °С, жидкий стул до 6 раз в сутки в течение 2-х дней. За медицинской помощью не обращался.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - треть межреберье. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастеральной линии прослушивается на ограниченном участке

«скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На снятой ЭКГ- «распространенный» подъем сегмента ST на 1,5 мм(в отведениях I, II, AVL V2-V6), депрессия PR.

Задание

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторно – инструментальные исследования необходимо провести?
3. Укажите группы препаратов для лечения данного заболевания и их режим дозирования.
4. Определите прогноз данного заболевания и варианты его развития?

Задача 3.

Мужчина, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 39-40 градусов, ознобами, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, их припухлость, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки.

Из анамнеза известно, что во время зимней рыбалки провалился под лед. Впоследствии чувствовал себя хорошо, но через 2 недели почувствовал общую слабость, недомогание, а еще через 3 дня началась лихорадка с повышением температуры до 39 градусов, появились боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, без припухания. Начал лечение ампициллином самостоятельно, отметил улучшение состояния и нормализацию температуры к 3му дню, после чего прекратил антибиотикотерапию. Через 2 суток вернулась лихорадка (температура до 40 градусов) с ознобами и обильной потливостью. Не смотря на возобновление ампициллина, клиника сохранилась и пациент обратился в больницу.

При осмотре: кожные покровы специфической окраски («кофе с молоком»). Снижение массы тела на 15 кг за месяц (рост 180 см, вес 70 кг). Под ногтевыми пластинами определяются линейные геморрагии. В области голеней обильные геморрагические высыпания по типу пурпуры. В переходной складке конъюнктивы глаз единичные точечные геморрагии. Отмечается пастозность голеней и деформация левого голеностопного и правого коленного суставов. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, верхушечный толчок сильный, опущен до 7 межреберья по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. В зоне Боткина-Эрба выслушивается громкий, нежный протодиастолический шум убывающего характера, связанный со II тоном резко ослаблен. Пульс скорый, большой, скачущий. Артериальное давление 130/40 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное над базальными отделами легких. При пальпации живота определяется мягкий, слегка болезненный край печени. Селезенка увеличена, и ее нижний полюс хорошо пальпируется в левом подреберье в положении на левом боку. Мочевыделение свободное, моча темная.

В анализах: ОАК – Нб – 99 г/л, лейкоциты – $3,16 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофилы до 20%), СОЭ – 66 мм.рт.ст. ОАМ – эритроциты – до 20-30 в п/зр., белок до 1 г/л, единичные цилиндры. Суточный белок – 6 г/л. Биохимический анализ крови: билирубин – 12,1 мкмоль/л, креатинин – 181 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, РФ (+), антинуклеарный фактор (+), ЦИК – 150 опт.ед., антитела к кардиолипину в титре 1:10, антистрептолизин-О в титре 1:150.

Задание

1. Сформулируйте полностью предварительный диагноз.
2. Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза?
3. Что дополнительно Вы бы назначили из лабораторных и инструментальных методов диагностики?

Задача 4.

Мужчина 49 лет экстренно госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, выраженную потливость, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 9 кг за последние 2 месяца. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем и курит по 1 пачке в день. Около 2 месяцев назад лечился у стоматолога - экстракция зуба. Через 10 дней после чего появились температура до 37,6°C и повышенная потливость. К врачу не обращался, три недели лечился «народными

средствами», на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, усилилась потливость, боли в мышцах и суставах. Обратился в поликлинику по месту жительства. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - $14 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 3 дня после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом, одышку, резкую слабость. Вызвал врача на дом. Рекомендована госпитализация.

При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, вынужденное положение - ортопноэ. Температура тела - $39,5^\circ\text{C}$. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонных поверхностях - геморрагические пятна $d=3$ мм, безболезненные. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы над $1/3$ обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в V точке - мягкий дуоциальный протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих лучевых артериях. ЧСС - 110 в минуту. АД - 125/60 мм рт. ст. Видимая пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: $14 \times 12 \times 10$ см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Отеков нет.

В анализах: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - $22 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы: палочки - 8%, сегменты - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%, тромбоциты - $155 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ - 38 мм/ч.; общий билирубин - 44 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, РФ +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭХОКГ: ФВ = 41%, толщина ЗС ЛЖ и МЖП = 10 мм. Расширение полости ЛЖ: КДР ЛЖ = 58 мм, размер ЛП = 55 мм. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 10×8 мм. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назовите основные принципы лечения больного и есть ли показания к хирургическому лечению

Задача 5.

Пациент, 44 лет обратился с жалобами на повышение температуры до $37,8^\circ\text{C}$, слабость, озноб. Вчера после переохлаждения появилась боль в левой половине грудной клетки при дыхании, движении, кашле.

Объективно: незначительная бледность и влажность кожи. ЧСС - 82/мин, сердечные тоны приглушены, систолический шум в области перкуторной абсолютной тупости сердца, АД - 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST до 2 мм в большинстве отведений, за исключением V1, aVR, в которых отмечается депрессия сегмента ST на 1 мм.

В крови: лейкоциты - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 12 мм/час.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп лекарственных средств рекомендованы пациенту?
4. Какие хирургические методы лечения применяются? Показания.

Ответы к ситуационным задачам

1. Острый диффузный гриппозный миокардит, смешанный (болевого, аритмический) вариант, желудочковая экстрасистолия, ХСН ПА.
2. Острый фибринозный перикардит (вирусной этиологии).
3. Инфекционный эндокардит первичный стафилококковый(?), острое течение с поражением аортального клапана (недостаточность аортального клапана), сердечная недостаточность III ФК, с внесердечными проявлениями (диффузный гломерулонефрит, нефротический вариант; олигоартрит левого голеностопного и правого коленного суставов, анемия смешанного генеза), осложненный тромбоэмболией сосудов селезенки.
4. Первичный активный ненозокомиальный инфекционный эндокардит аортального клапана. Недостаточность аортального клапана III ст., относительная недостаточность митрального клапана II ст., ХСН с промежуточной фракцией выброса, II А, 4 ФК (ОССН). Гепатит. Нефрит. Анемия 2 степени тяжести.
5. Острый перикардит.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 6. Недостаточность кровообращения

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Этиология и патогенез сердечной недостаточности. Основные механизмы развития СН. Нейрогормональные нарушения.
2. Активация симпатико-адреналовой системы. Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
3. Гипертрофия и дилатация сердца. «Порочный» круг патогенеза сердечной недостаточности. Ремоделирование миокарда.
4. Классификация Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, Г.Ф. Ланга. Нью-Йоркская (международная) классификация СН. Стадии ХСН.
5. Преимущественно левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность.
6. Роль анамнеза, симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Клинические признаки сердечной недостаточности.
7. Инструментальные методы диагностики. Электрокардиография. Основные показатели центральной и периферической гемодинамики. Эхокардиография. Рентгенологическое исследование. Нагрузочные тесты. Тредмил-тест. Велоэргометрия. Спириэргометрия. Тест с 6 минутной ходьбой.
8. Основные цели при лечении ХСН. Пути достижения целей лечения ХСН.
9. Немедикаментозное лечение. Медикаментозная терапия. Общие принципы.
10. Основные лекарственные средства для лечения ХСН. Ингибиторы АПФ. Практические вопросы применения ингибиторов АПФ (дозы, тактика лечения, меры предосторожности). Антагонисты рецепторов к ангиотензину II.
11. Бетаадреноблокаторы.
12. Антагонисты альдостерона. Диуретические средства в лечении ХСН.
13. Сердечные гликозиды.
14. Дополнительные средства в лечении ХСН. Статины. Антитромботические средства (непрямые антикоагулянты).
15. Антиаритмические средства в лечении ХСН.
16. Вспомогательные средства в лечении ХСН. Периферические вазодилататоры. Блокаторы медленных кальциевых каналов. Антиагреганты. Метаболически активные препараты (цитопротекторы) при лечении ХСН.
17. Хирургические и электрофизиологические методы лечения.
18. Ультрафильтрация. Вспомогательное кровообращение.
19. Немедикаментозное лечение сердечной недостаточности. Диета пациентов с ХСН. Назначение нутритивной поддержки.
20. Реабилитация пациентов с ХСН. Режим физической активности.
21. Противопоказания для физической реабилитации у пациентов с ХСН. Методика проведения физических тренировок у пациентов ХСН.

22. Психологический аспект реабилитации.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А., 56 лет, жалуется на одышку и сердцебиение, возникающие при ходьбе средним темпом по ровной местности более 150 метров и подъеме на 2 этаж, на отеки ног по вечерам, изредка беспокоит сухой кашель при принятии горизонтального положения. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда (2 года назад).

При осмотре: кожный покров обычной окраски, слабо выраженный акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 20 в 1 мин в покое. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии, локализованный. Тоны сердца тихие, ритм правильный, тихий систолический шум в области верхушки и в зоне Боткина, ЧСС – 102 удара в мин. АД – 130 и 85 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги. Пастозность голеней.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какие препараты необходимо назначить в качестве базисной терапии?

Задача 2

Больной К., 70 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы с жалобами на выраженное чувство нехватки воздуха, резко усиливающееся в горизонтальном положении. В анамнезе у больной ревматизм с 20 летнего возраста, сочетанный митральный порок. При осмотре: больной занимает вынужденное положение – сидя, с опущенными ногами. Кожный покров бледный, выраженный акроцианоз. Одышка в покое: ЧД – 32 в 1 мин. При аускультации легких – жесткое дыхание, множественные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца тихие, ритм правильный, интенсивный систолический шум в зоне верхушки сердца, ЧСС – 118 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Отеки голеней.

Задание

1. Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение.

Задача 3.

Больная М., 46 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при прохождении 500 м по ровной поверхности обычным темпом, на периодическое чувство «замирания» сердца, на отеки нижних конечностей по вечерам. Указанные симптомы отмечает на протяжении трех последних лет. Обратилась за медицинской помощью в связи с неоднократными синкопальными состояниями в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что отец больной умер в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: кожный покров бледно-розовый. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца – в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум в зоне верхушки сердца и зоне Боткина. ЧСС – 86 в 1 мин. АД – 190/95 мм.рт. ст. Печень у края реберной дуги, пастозность голеней.

ЭКГ: ритм синусовый. Синусовая тахикардия. Признаки гипертрофии ЛЖ.

По данным ЭхоКГ: КДР 5,6см, КСР 2,9см. ФВ ЛЖ 54%. Толщина межжелудочковой перегородки – 27 мм, задней стенки левого желудочка – 18 мм. Передне-систолическое движение ПМС с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

Задание

1. Установите диагноз.

2. Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?
3. Назначьте обследование.

Задача 4.

Больная А., пенсионерка, 70 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при выходе из теплого помещения на холодный воздух, подъеме на 1 этаж, длящиеся в покое в течение 5-10 минут, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 1-2 минуты, одышку при физической нагрузке, сухость во рту.

Из анамнеза заболевания: повышение АД до 180/100 мм. рт.ст. в течение 20 лет, сопровождающееся головокружением. Лекарственные препараты принимает не регулярно. Боли указанного характера отмечает в течение 15 лет. Перенесла инфаркт миокарда 10 лет назад. Отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-цианотичные, чистые, умеренно влажные. Пастозность стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких жесткое дыхание, влажные хрипы в н/о легких, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 88 уд/мин. Акцент II тона над аортой. Негромкий систолический шум на верхушке. АД 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

ОАК: эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$; гем – $120 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$; э – 3; п/я – 4; с/я – 56; л – 28; м – 9. СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1017; белок – 0,33 г/л, глюкозы – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр..

Б/х ан. кр.: Общий холестерин – 8,9 ммоль/л; сахар крови – 11,2 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,011 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Выделите синдромы, выделите ведущий.
3. Каков механизм развития болевого синдрома?
4. Оцените результаты биохимического анализа крови.

Задача 5

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания – 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины, левая – в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС – 94 удара в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 150 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 22%, моноциты – 8%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови – уровень холестерина 6,6 ммоль/л.

ЭхоКГ: размер левого предсердия – 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка – 5,8 см (норма – 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40% (норма – 50-70%). Толщина

задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

Задание

1. Сформулируйте диагноз. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Ответы к ситуационным задачам

1. ИБС. ПИКС. Стенокардия напряжения 2ФК. ХСН 2 ФК по NYHA.
2. ХСН IIБ-III ФКIII (NYHA).
3. ГКМП с обструкцией ВТЛЖ. ХСН IIа ФКII (NYHA).
4. ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКIII. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ от 2002г.). ХСН IIА, ФКIII. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет впервые выявленный.
5. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIА стадии, II ФК(NYHA).

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 7. Неотложная кардиология

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Гипертонические кризы: определение понятия, причины и провоцирующие факторы, классификация, клиническая картина.
2. Неосложненный гипертонический криз: клинические проявления, тактика снижения АД, лекарственные препараты для купирования. Показания к госпитализации.
3. Артериальная гипертензия беременных. Возможности медикаментозной коррекции АД. Гипертонический криз у беременных, тактика.
4. Преэклампсия, эклампсия. Критерии постановки диагноза, клиническая картина, тактика.
5. Осложненный гипертонический криз. Виды осложнений, тактика снижения АД, выбор препаратов для купирования.
6. Гипертонический криз, осложненный острым коронарным синдромом: лечебная тактика.
7. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью: лечебная тактика.
8. Гипертонический криз, осложненный расслоением аневризмы аорты: лечебная тактика.
9. Гипертонический криз, осложненный острой гипертонической энцефалопатией: лечебная тактика.
10. Гипертонический криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения: лечебная тактика.
11. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: диагностические критерии, реперфузионная тактика. Способы реперфузионной терапии.
12. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: диагностика и лечебная тактика. Стратификация риска по шкале GRACE.
13. Жизнеугрожающие осложнения инфаркта миокарда, принципы диагностики и лечения.
14. Кардиогенный шок: причины развития, классификация, патогенез, диагностические критерии. Лечебная тактика в зависимости от вида шока.
15. Острая сердечная недостаточность, этиология, классификация, диагностика, лечебная тактика.
16. Острая левожелудочковая недостаточность: сердечная астма и отек легких, причины развития, клинические проявления, диагностика, лечение.
17. Тромбоэмболия легочной артерии: определение, патогенез, провоцирующие факторы, диагностика, лечебная тактика.
18. Расслаивающаяся аневризма аорты.
19. Гипертоническая энцефалопатия при нефропатии беременных. Эклампсия.

20. Гипертензивный криз при феохромоцитоме.
21. Острый аортальный синдром, синдром расслаивающейся аневризмы аорты.
22. Внезапная сердечная смерть, определение, механизмы ВСС Основные симптомы внезапной остановки эффективного кровообращения.
23. Сердечно-легочная реанимация. Правила проведения, ошибки, осложнения, критерии эффективности.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздрающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота.

Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план дифференциальной диагностики
3. Какова врачебная тактика?

Задача 2.

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст.

На ЭКГ: зубцы P не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Врачебная тактика?

Задача 3.

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку.

Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание.

Задание

1. Лечебная тактика?
2. Какое состояние развилось у пациента?

Задача 4.

Мужчина 49 лет был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких – дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5-ый день заболевания состояние больного

внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт.ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

Задание

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Тактика лечения?

Задача 5.

У больного Г. 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в постоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились: резкая одышка смешанного характера, боли в грудной клетке.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати, кожные покровы умеренной влажности, цианоз. Дыхание поверхностное, одышка до 30 в одну минуту, при аускультации большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация во II межреберье слева. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: акцент второго тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край плотный умеренно болезненный.

Задание

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения

Задача 6.

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель.

Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В лёгких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в лёгких. Печень не пальпируется, отёков нет. Температура тела нормальная.

ЭКГ: RV4-V6, RV4<RV5>RV6, RaVL (>11мс), RV5+SV2=41мм.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
3. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ответы к ситуационным задачам

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. Кардиогенный шок I степени.
2. ИБС. Острая стадия распространенного крупноочагового инфаркта миокарда. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
3. Начать реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, электрическая дефибрилляция сердца (ЭДС). При неэффективности ЭДС – внутривенно адреналин, атропин. После каждого введения – 2 минуты непрямого массажа сердца и повторная ЭДС.
4. Разрыв межжелудочковой перегородки.

5. Тромбоэмболия легочной артерии.
6. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск 4. Гипертонический криз, осложненный отеком легких

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 8. Функциональная диагностика

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Медицинские показания и противопоказания к проведению электрокардиографического исследования, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, протоколами ведения больных, национальными рекомендациями.
2. Принципы формирования нормальных данных при проведении электрокардиографического исследования, особенности формирования зубцов и интервалов, их нормальные величины.
3. Особенности результатов электрокардиографического исследования у отдельных категорий пациентов.
4. Виды функциональных и клинических методов исследования состояния сердечно-сосудистой системы, диагностические возможности и методика их проведения.
5. Методики проведения электрокардиографических исследований, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма.
6. Правила подготовки пациента к проведению электрокардиографических исследований, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма.
7. Виды и методики проведения электрокардиографии с физической нагрузкой, с применением лекарственных препаратов, методика оценки их результатов.
8. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Тредмил-тест.
9. Электрокардиография в диагностике ишемической болезни сердца. Варианты патологических изменений ЭКГ при приступе стенокардии напряжения и хронической ИБС.
10. Электрокардиография в диагностике ишемической болезни сердца. Варианты патологических изменений ЭКГ инфаркте миокарда передней стенки ЛЖ.
11. Электрокардиография в диагностике ишемической болезни сердца. Варианты патологических изменений ЭКГ инфаркте миокарда нижне-диафрагмальной стенки ЛЖ.
12. Электрокардиография в диагностике ишемической болезни сердца. Варианты патологических изменений ЭКГ инфаркте миокарда задней стенки ЛЖ.
13. Электрокардиография в диагностике ИБС. Варианты патологических изменений ЭКГ инфаркте миокарда при повреждении высоких передних и боковых отделов ЛЖ.
14. ЭКГ при некоронарогенных заболеваниях миокарда.
15. Нарушения ритма сердца. Клиническая классификация. Одиночные эктопические комплексы. Патологические ритмы сердца. Мерцательная аритмия. Автономные тахикардии.
16. Реципрокные тахикардии. Роль чреспищеводной стимуляции в диагностике реципрокных тахикардий.
17. Нарушения автоматизма. Синдром слабости синусового узла. Нарушения атриовентрикулярной проводимости. Классификация. ЭКГ-диагностика. Клиническая картина.
18. Нарушения внутрижелудочковой проводимости. Виды внутрижелудочковых блокад. Диагностика. Клиническое значение.
19. ЭКГ-диагностика неотложных состояний в кардиологии.
20. Имплантируемые устройства. Варианты имплантации. Области применения устройств.
21. Кардиостимуляторы. Международные показания к имплантации устройств. Должные изменения на ЭКГ при кардиостимуляции.

22. Кардиовертеры-дефибрилляторы и ресинхронизирующие устройства. Показания к имплантации. Логика работы кардиовертера.
23. Диагностика нарушений в работе имплантируемых устройств.
24. Медикаментозные изменения в ЭКГ.

Список вопросов тестового контроля

Вариант 1.

1. Длительность анализа результатов суточного мониторирования ЭКГ в рамках расчетной нормы времени проведения (время мониторирования - 20-24 часа) составляет

- а) 30 мин
- б) 40 мин
- в) 60 мин
- г) 90 мин
- д) 120 мин

2. Основным фактором, определяющим коронарный кровоток, является

- а) систолическое давление
- б) диастолическое давление
- в) пульсовое давление
- г) среднее давление в аорте
- д) частота пульса

3. Если произошел обрыв электрода от правой руки, наводка будет в отведениях

- а) I и II стандартных
- б) II и III стандартных
- в) I и III стандартных
- г) усиленных однополюсных

4. I стандартное отведение образуется при попарном подключении электродов

- а) левая рука (+), правая рука (-)
- б) левая нога (+), правая рука (+)
- в) левая рука (-), правая рука (+)
- г) левая рука (-), левая нога (+)

5. Зубец Р электрокардиограммы отражает

- а) деполяризацию правого предсердия
- б) деполяризацию левого предсердия
- в) реполяризацию правого предсердия
- г) реполяризацию левого предсердия
- д) деполяризацию и реполяризацию предсердий

6. Если электрическая ось расположена параллельно оси данного отведения, то в этом отведении регистрируется

- а) зубец R минимальной амплитуды
- б) только отрицательный зубец R
- в) только положительный зубец R
- г) зубец R максимальной амплитуды
- д) равнофазный комплекс QRS

7. Горизонтальное направление электрической оси сердца характеризуется

- а) $R_I > S_I$
- б) $R_I > R_{II} > R_{III}$
- в) $R_{AVF} \sim S_{AVF}$
- г) угол альфа от 0 до 30 градусов
- д) максимальный R в отведении I

8. Первая фаза зубца r в отведении V1 в норме

- а) положительная
- б) отрицательная
- в) изоэлектрическая
- г) двухкомпонентная
- д) может иметь любую форму

9. В норме ширина зубца Q не превышает (сек)

- а) 0,01
- б) 0,02
- в) 0,03
- г) 0,04

10. Гипертрофия различных отделов сердца характеризуется

- а) увеличением векторов деполяризации миокарда
- б) увеличением времени деполяризации миокарда
- в) уменьшением скорости деполяризации миокарда
- г) уменьшением вектора деполяризации миокарда
- д) отклонением вектора деполяризации миокарда в сторону, противоположную гипертрофированному отделу миокарда

11. Синдром WPW обусловлен наличием в миокарде

- а) эктопического водителя ритма
- б) аномального дополнительного источника импульсов
- в) срединной ветви левой ножки п. Гиса
- г) пучка Кента
- д) пучка Джеймса

12. Повышение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях свидетельствует

- а) об одном из вариантов синдрома WPW
- б) о инфаркте миокарда задне-базальной области левого желудочка
- в) о инфаркте миокарда переднее-перегородочной области

13. Во время приступа стенокардии на ЭКГ может отмечаться

- а) депрессия сегмента ST
- б) инверсия зубца T
- в) увеличение амплитуды зубца T
- г) псевдонормализация отрицательных зубцов T
- д) все ответы правильные

14. ЭКГ признаками парасистолии являются

- а) обычно одинаковый интервал сцепления
- б) характерно наличие сливных комплексов
- в) кратность отношений интерэктопических интервалов
- г) наличие компенсаторной паузы

15. Увеличение интервала QT вызывают препараты

- а) амиодарон
- б) атенолол
- в) дигоксин
- г) новокаинамид
- д) соталол

16. Признак синоатриальной блокады II степени (Мобитц I)

- а) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRST
- б) патологических изменений не отмечается
- в) выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

17. Показатели, имеющие высокую специфичность при определении риска внезапной смерти у больных ИБС

- а) желудочковые экстрасистолы, выявляемые с помощью ХолтерЭКГ
- б) желудочковые экстрасистолы, возникающие при ВЭМ пробе при низкой ЧСС (менее 115 в 1 мин)
- в) увеличенные размеры сердца
- г) предсердные экстрасистолы

18. При экстрасистолах из атриовентрикулярного соединения зубец Р

- а) на ЭКГ может отсутствовать
- б) может отмечаться на сегменте ST
- в) в I отведении может быть отрицательным
- г) в III отведении может быть отрицательным
- д) в AVF отведении может быть отрицательным

19. Атриовентрикулярная блокада III степени

- а) может быть на фоне фибрилляции предсердий
- б) может сопровождаться эктопическим предсердным ритмом
- в) может сопровождаться ритмом из а-в соединения
- г) может сопровождаться идиовентрикулярным ритмом

20. Противопоказания к проведению пробы с добутином

- а) хроническая обструктивная болезнь легких
- б) клапанные стенозы
- в) гипертрофическая кардиомиопатия
- г) желудочковая тахикардия
- д) тяжелая форма АГ

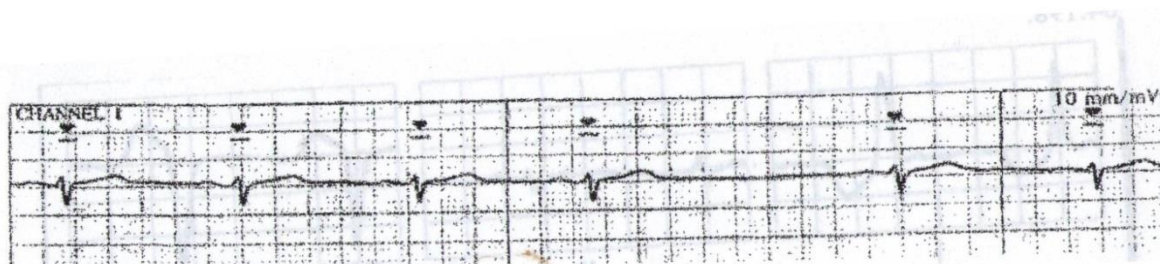
21. Для диагностики спонтанной (вазоспастической) стенокардии наиболее информативным является проведение

- а) пробы с физической нагрузкой
- б) пробы с дилпиридамолом
- в) пробы с эргометрином
- г) I, V5-V6
- г) пробы с изопроterenолом
- д) чреспищеводной электрической стимуляции сердца

22. У больных с выраженным ожирением (если окружность плеча более 55 см) величина ложного повышения АД при использовании обычной манжетки достигает (мм рт. ст.)

- а) 10/5
- б) 15/10
- в) 20/10
- г) 25/15
- д) 50/20

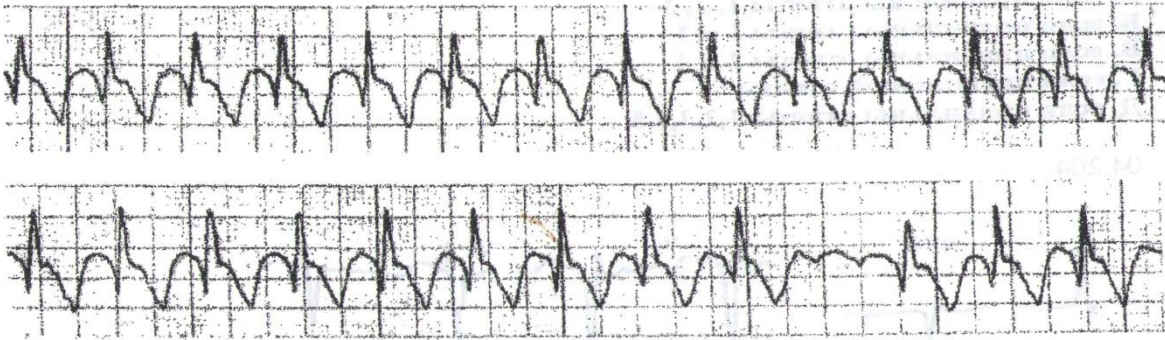
23. На ЭКГ вы видите



- а) блокированная предсердная экстрасистола
- б) АВ-блокада II степени типа II
- в) синоатриальная блокада II степени

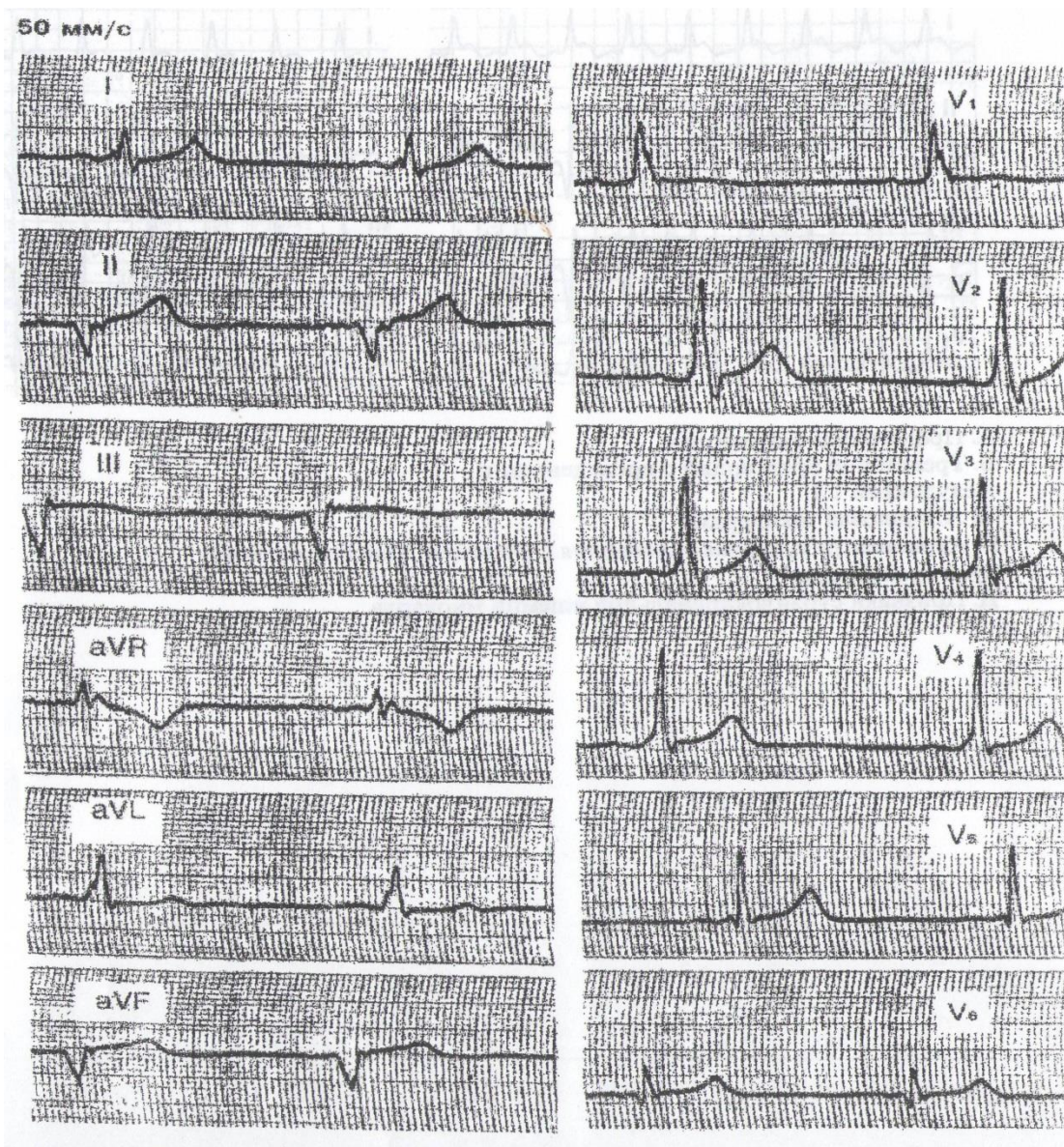
г) выскальзывающий комплекс из АВ-соединения

24. На ЭКГ вы видите



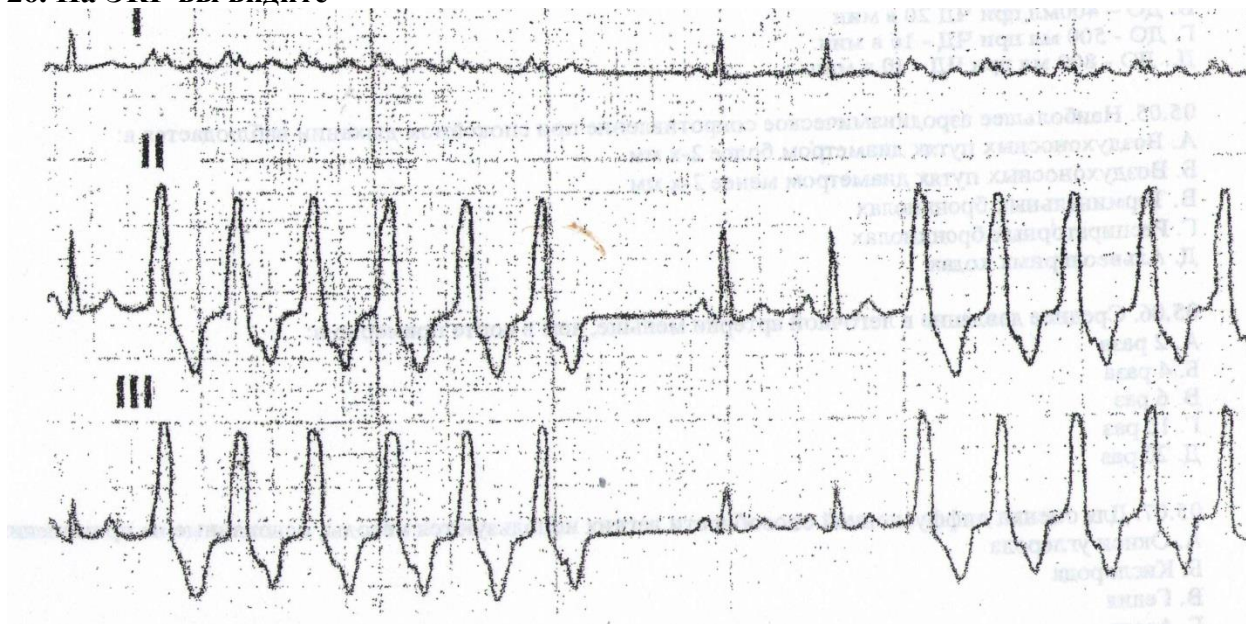
- а) предсердная тахикардия
- б) наджелудочковая тахикардии, точно определить вариант тахикардии невозможно
- в) трепетание предсердий
- г) желудочковая тахикардия

25. На ЭКГ вы видите



- а) крупноочаговые изменения нижней локализации
- б) гипертрофия правого желудочка
- в) блокада правой ножки п. Гиса
- г) блокада левой передней ветви
- д) преждевременное возбуждение желудочков

26. На ЭКГ вы видите



- а) желудочковая тахикардия
- б) А-В диссоциация
- в) ретроградная блокада проведения к предсердиям II степени
- г) тахикардия с уширенными комплексами QRS, точно определить локализацию источника тахикардии невозможно
- д) предсердная тахикардия, блокада левой ножки п. Гиса

27. При мерцательной аритмии на ЭКГ:

- а) P отсутствует, расстояние RR одинаковое
- б) волны f; RR различное
- в) P обычное, RR различное
- г) P обычное, QRS уширен

28. Экстрасистолы возникающие из одного очага называются:

- а) политопными
- б) полиморфными
- в) монотопными

29. При хронической ишемической болезни изменения ЭКГ:

- а) специфичны
- б) неспецифичны

30. При предсердной пароксизмальной тахикардии QRS:

- а) обычной формы
- б) уширен

Ответы к вопросам тестового контроля

1	д	11	г	21	в
2	г	12	б	22	г
3	а	13	д	23	в
4	а	14	б,в	24	в
5	а,б	15	а,г	25	д
6	г	16	а	26	а,б,в
7	а,б,в,г,д.	17	б	27	б
8	а	18	а,б,в	28	б

9	в	19	б,в,г	29	б
10	а,б,в	20	в,г,д	30	а

Вариант 2

1. Возбудимость сердца понижена в фазу сердечного цикла

- а) начало систолы
- б) конец систолы
- в) начало диастолы
- г) конец диастолы
- д) вершина диастолы

2. Терминальные разветвления передней ветви левой ножки пучка гиса расположены

- а) в диафрагмальной стенке левого желудочка
- б) в передней стенке левого желудочка
- в) в передней сосочковой мышце
- г) в задней сосочковой мышце

3. Если произошел обрыв электрода от левой руки, наводка будет в отведениях

- а) I и II стандартных
- б) II и III стандартных
- в) I и III стандартных
- г) усиленных однополюсных

4. II стандартное отведение образуется при попарном подключении электродов

- а) левая рука (+), правая рука (+)
- б) левая рука (-), правая рука (+)
- в) левая нога (+), правая рука (-)
- г) левая нога (-), левая рука (+)

5. Зубец Т на электрокардиограмме отражает реполяризацию

- а) только левого желудочка
- б) только правого желудочка
- в) левого и частично правого желудочков
- г) обоих желудочков

6. Если электрическая ось расположена перпендикулярно оси данного отведения, то в этом отведении регистрируется

- а) зубец R минимальной амплитуды
- б) только отрицательный зубец R
- в) только положительный зубец R
- г) зубец R максимальной амплитуды
- д) равнофазный комплекс QRS

7. Если угол альфа – минус 60 градусов

- а) $R_{AVR} = Q(S)_{AVR}$
- б) $S_{II} > R_{II}$
- в) $R_I > R_{II} > R_{III}$
- г) $S_{AVF} < R_{AVF}$
- д) $R_{AVR} < R_{AVL}$

8. Интервал PQ в норме составляет (сек)

- а) 0,12 - 0,18
- б) 0,10 - 0,18
- в) 0,12 – 0,20
- г) 0,13 - 0,19
- д) 0,14 – 0,22

9. К особенностям ЭКГ лиц пожилого возраста относятся

- 1 – тенденция к отклонению электрической оси сердца влево
- 2 – синусовая брадикардия
- 3 – вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка
- 4 – тенденция к горизонтальному положению электрической оси
- 5 – отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях

10. Ширина комплекса QRS при гипертрофии левого желудочка обычно равна (сек)

- а) 0,06 – 0,08
- б) 0,08 - 0,09
- в) 0,10 - 0,11
- г) 0,12 – 0,14
- д) более 0,14

11. Изменения сегмента ST, характерные для ИБС, чаще наблюдаются в отведениях

- а) V4-V6
- б) V1-V3
- в) II, III, aVF
- г) I, aVL

12. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда нижней стенки в сочетании с поражением задне-базальной стенки

- а) патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF
- б) подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF
- в) подъем сегмента ST в отведениях V1-V2
- г) увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1-V2
- д) депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2 в сочетании с положительным зубцом Т

13. Признаком экстрасистолы из правого желудочка является

- а) комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
- б) комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
- в) полная компенсаторная пауза
- г) неполная компенсаторная пауза

14. ЭКГ признаками наджелудочковой тахикардии являются

- а) расширение комплекса QRS
- б) наличие проведенных и сливных комплексов QRS
- в) удлинение интервала PQ непосредственно перед возникновением тахикардии
- г) ширина комплекса QRS более 0,14 сек

15. Уменьшение интервала QT вызывают препараты

- а) амиодарон
- б) атенолол
- в) дигоксин
- г) новокаинамид
- д) соталол

16. ЭКГ признаки синдрома Бругада

- а) продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта-волны
- б) блокада правой ножки п. Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2
- в) продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ножки п. Гиса

17. Показатели, имеющие низкую специфичность при определении риска внезапной смерти у больных

- а) желудочковые экстрасистолы, выявляемые с помощью Холтер ЭКГ
- б) желудочковые экстрасистолы, возникающие при ВЭМ пробе при низкой ЧСС (менее 115 в 1 мин)
- в) увеличенные размеры сердца

г) предсердные экстрасистолы

18. Для желудочковых экстрасистол характерно

- а) деформация комплекса QRS
- б) наличие полной компенсаторной паузы
- в) дискордантное смещение сегмента ST и зубца T
- г) конкордантное расположение сегмента ST и зубца T
- д) наличие ретроградно проеденных зубцов P

19. При парасистолии

- а) имеется 2 независимых водителя ритма
- б) источник парасистолии «защищен» блокадой входа
- в) интервал сцепления парасистолических комплексов непостоянен
- г) отмечается миграция предсердного водителя ритма
- д) интервал сцепления парасистолических комплексов постоянен

20. При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц II врачебной тактикой является

- а) установка временного ЭКС
- б) отмена препаратов, замедляющих АВ проведение
- в) назначение препаратов, улучшающих АВ проведение

21. Признаками ишемии миокарда при проведении пробы с физической нагрузкой

- а) появление отрицательных зубцов T
- б) появление А-В блокады II степени
- в) возникновение фибрилляции предсердий
- г) появление горизонтальной депрессии ST
- д) появление парных желудочковых экстрасистол

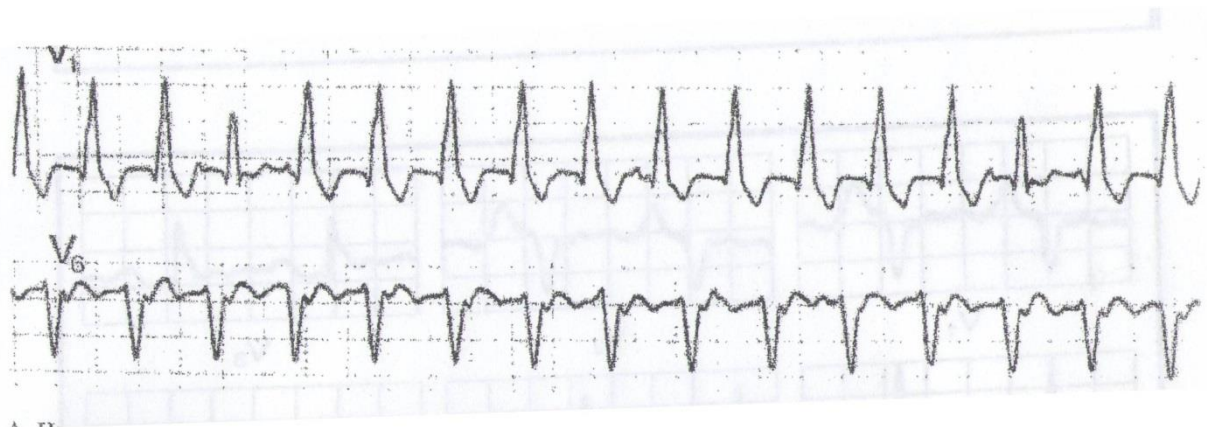
22. К дозированной физической нагрузке можно отнести

- а) велоэргометрическую
- б) на тредмиле
- в) 25 приседаний

23. При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ чаще регистрируют

- а) признаки гипертрофии левого желудочка
- б) глубокие зубцы Q
- в) патологические уширенные зубцы Q
- г) глубокие (гигантские) отрицательные зубцы T
- д) блокада левой ножки п. Гиса

24. На ЭКГ вы видите



- а) наджелудочковая тахикардия

б) тахикардия с уширенным комплексом QRS, точно определить локализацию источника тахикардии невозможно

в) желудочковая тахикардия

г) трепетание предсердий

д) мерцание предсердий

25. На ЭКГ вы видите



а) крупноочаговые изменения передне-перегородочной области с вовлечением боковой стенки

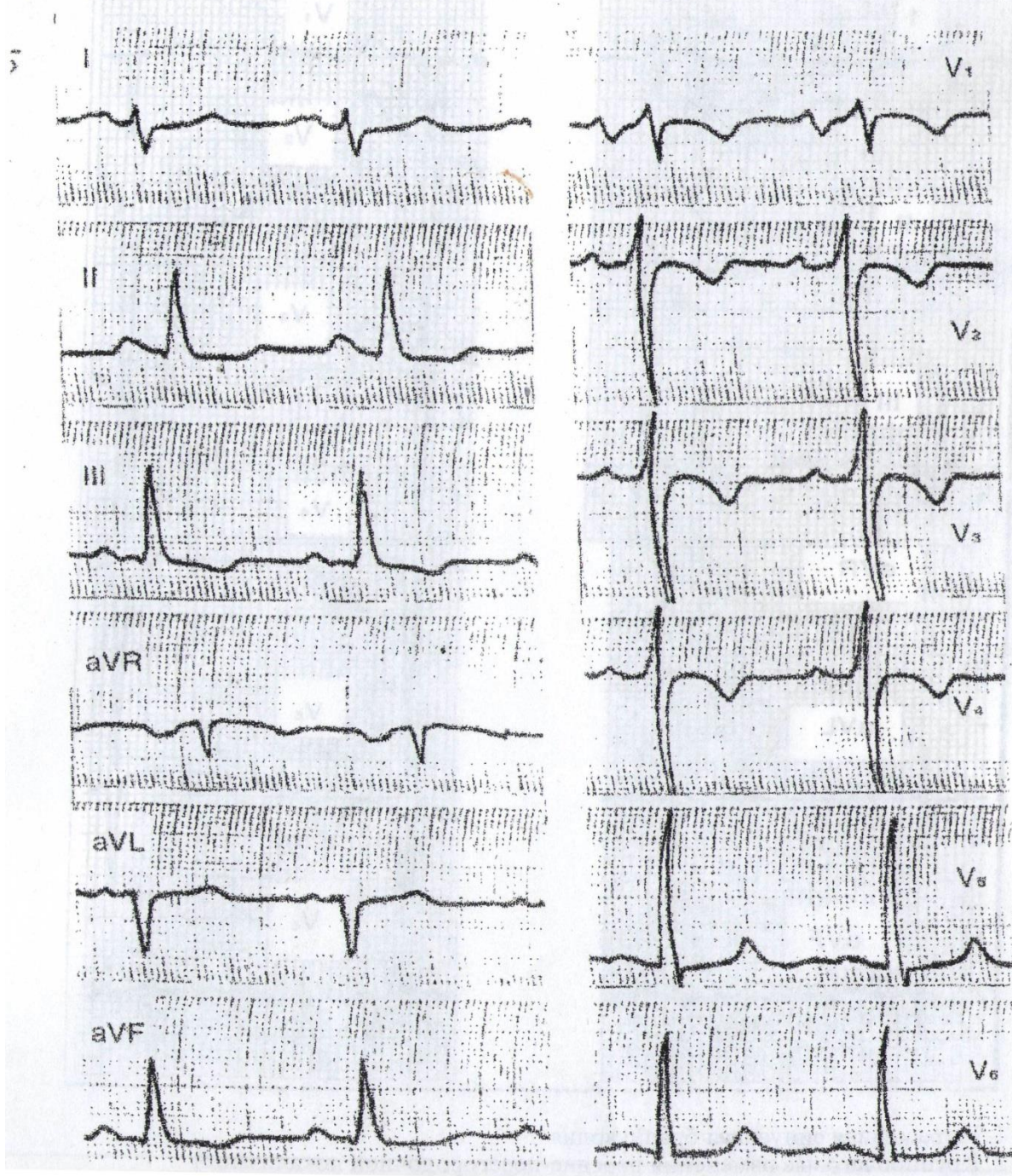
б) блокада правой ножки п. Гиса

в) блокада передне-верхней ветви левой ножки п. Гиса

г) гипертрофия правого желудочка

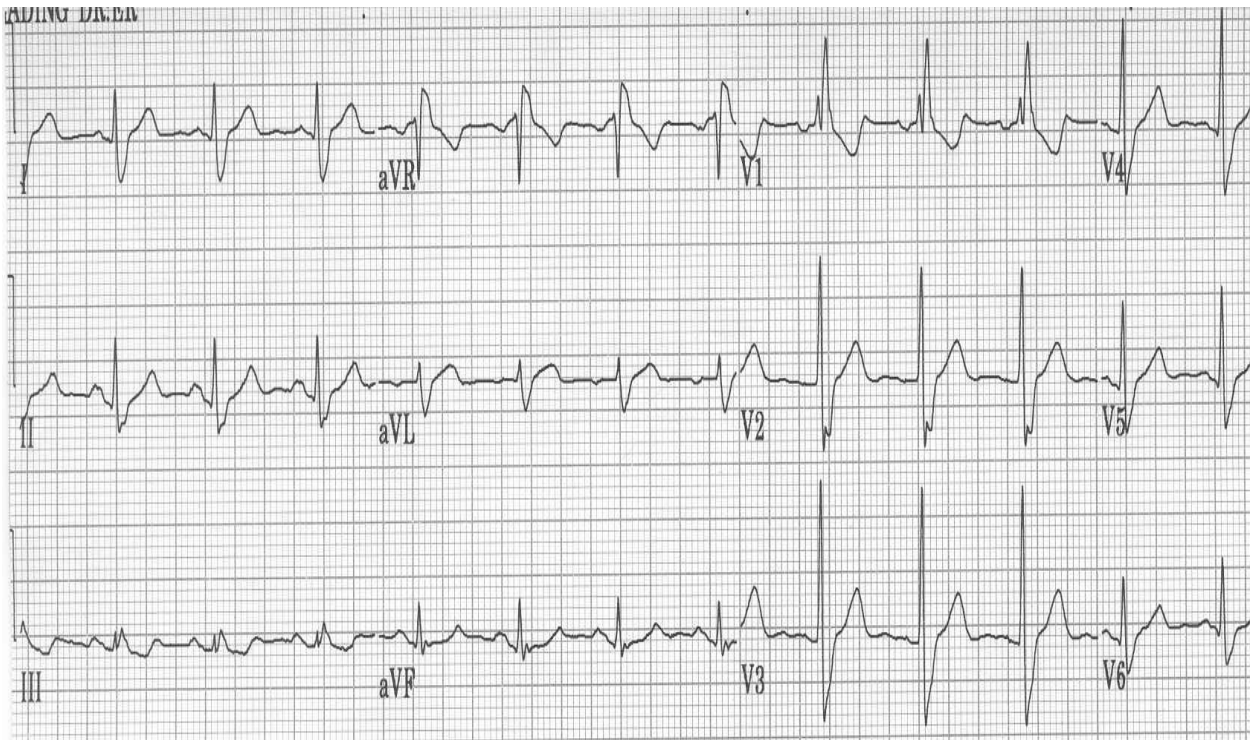
26. На ЭКГ вы видите

50 мм/с



- а) гипертрофия левого предсердия
- б) вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка
- в) косвенные признаки гипертрофии правого желудочка
- г) гипертрофия правого предсердия
- д) блокада левой задней ветви

27. На ЭКГ вы видите



- а) блокада правой ножки п. Гиса
- б) блокада передне-верхней ветви и правой ножки п. Гиса
- в) гипертрофия правого желудочка
- г) признаки задне-базального инфаркта миокарда

28. Чередование одного синусового комплекса с экстрасистолой называется:

- а) аллоритмия типа бигимении
- б) аллоритмия типа тригимении
- в) алоритмия типа квадригимении
- г) частые экстрасистолы
- д) вставочные экстрасистолы

29. Укажите типичные ЭКГ-признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии

- а) ЧСС - 130 в минуту; QRS обычной формы
- б) ЧСС - 120 в минуту; QRS - 0,10 в секунду
- в) ЧСС - 150-200 в минуту; QRS - 0,12 секунд; деформирован
- г) ЧСС - 120 в минуту; QRS - уширен; P – деформирован

30. P отрицательный после QRS; QRS обычной формы экстрасистола

- а) предсердная
- б) узловая
- в) желудочковая

Ответы к вопросам тестового контроля

1	в	11	а,г	21	г
2	г	12	а,б,г,д	22	а,б
3	в	13	в	23	а
4	в	14	в	24	в
5	г	15	в	25	а,б
6	г	16	б	26	а,б,в
7	а,б,в	17	а,в,г	27	а
8	в	18	а,б,в,г	28	а
9	б,г	19	а,б,в	29	в
10	в	20	а	30	б

Вариант 3

1. Важность системы Пуркинье состоит в том, что она

- а) увеличивает проведение импульсов через сердечную мышцу
- б) предотвращает преждевременные сокращения желудочков
- в) позволяет желудочкам сокращаться практически одновременно
- г) задерживает систолу сердца до момента наполнения желудочков
- д) уменьшает скорость проведения импульсов через сердечную мышцу

2. Терминальные разветвления задней ветви левой ножки пучка Гиса расположены

- а) в диафрагмальной стенке левого желудочка
- б) в передней стенке левого желудочка
- в) в передней сосочковой мышце
- г) в задней сосочковой мышце

3. Наводка в I и II стандартных отведениях, обрыв электрода произошел

- а) на правой руке
- б) на левой руке
- в) на левой ноге
- г) на правой ноге

4. III стандартное отведение образуется при попарном подключении электродов

- а) левая рука (+), правая рука (-)
- б) левая рука (-), правая рука (+)
- в) левая рука (-), левая нога (+)
- г) левая рука (+), левая нога (-)

5. Электрическая ось сердца – это

- а) направление начального вектора деполяризации желудочков
- б) направление конечного вектора деполяризации желудочков
- в) моментальный вектор максимальной активации желудочков
- г) среднее направление вектора деполяризации желудочков
- д) электрическая позиция сердца

6. Для нормального расположения электрической оси сердца характерно

- а) $R_{II} > R_I > R_{III}$
- б) $R_{AVL} \sim S_{AVL}$
- в) $R_{II} < S_{II}$
- г) $S_{III} > R_{III}$
- д) $R_{AVL} > R_{AVF}$

7. Амплитуда зубца Р при нормальной конституции обычно наибольшая в отведении

- а) II
- б) AVF
- в) III
- г) AVL
- д) I

8. Проведение по атриовентрикулярному узлу отражает

- а) зубец Р
- б) интервал PQ
- в) интервал QRS
- г) интервал ST

9. Электрокардиографические признаки гипертрофии левого предсердия выявляются в отведениях

- а) I, AVL
- б) I, II, V1-V2
- в) I, AVL, V5-V6

г) II, III, aVF

10. Признак гипертрофии левого предсердия

- а) высокий, остроконечный зубец Р во II, III, aVF отведениях
- б) высокий, остроконечный зубец Р в I, II, aVL отведениях
- в) широкий, двугорбый зубец Р в I, II, aVL отведениях**
- г) широкий, двугорбый зубец Р во II, III, aVF отведениях

11. Подъем сегмента ST

- а) может быть признаком острого инфаркта миокарда
- б) может быть расценен как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркта миокарда
- в) является критерием положительной велоэргометрической пробы
- г) встречается в отведениях V5-V6 при блокада левой ножки п. Гиса

12. Дополнительные отведения V5 и V6 на 2 ребра выше обычного положения электродов используются для диагностики инфаркта

- а) правого желудочка
- б) задней-базальной части
- в) нижнего инфаркта
- г) верхней части боковой стенки левого желудочка**

13. Признаком экстрасистолы из левого желудочка является

- а) комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
- б) комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V1-V6
- в) полная компенсаторная пауза
- г) неполная компенсаторная пауза

14. ЭКГ признаками желудочковой тахикардии являются

- а) расширение комплекса QRS до 0,11-0,12 сек
- б) наличие проведенных и сливных комплексов QRS**
- в) удлинение интервала PQ непосредственно перед возникновением тахикардии
- г) ширина комплекса QRS более 0,14 сек

15. Признак синоатриальной блокады I степени

- а) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRST
- б) патологических изменений не отмечается
- в) выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

16. Локализация стимулирующего электрода при физиологической электрокардиостимуляции

- а) в предсердии
- б) в желудочке
- в) двухкамерная стимуляция: «Р-управляемая» и последовательная предсердно-желудочковая

17. Прогностические неблагоприятные факторы в предсказании риска внезапной смерти у больных с синдромом удлиненного QT

- а) синкопэ в раннем детском возрасте (до 5 лет)
- б) синкопэ у взрослых
- в) величина удлинения QT 60 мс
- г) синкопэ при нормальном QT, но при наличии в семье больных с удлиненным синдромом QT

18. К атриовентрикулярной блокаде II степени относится

- а) неполная атриовентрикулярная блокада с периодикой Самойлова-Венкебаха
- б) атриовентрикулярная блокада типа Мобитц II
- в) атриовентрикулярная блокада с проведением 2:1
- г) атриовентрикулярная блокада с проведением 3:1

д) полная атриовентрикулярная блокада

19. При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц I врачебной тактикой является

- а) установка временного ЭКС
- б) отмена препаратов, замедляющих а-в проведение
- в) назначение препаратов, улучшающих а-в проведение

20. У больных с пороками сердца неполная блокада правой ножки пучка Гиса наиболее часто встречается

- а) при стенозе устья аорты
- б) при стенозе клапана легочной артерии
- в) при дефекте межжелудочковой перегородки
- г) при дефекте межпредсердной перегородки
- д) при открытом артериальном протоке

21. При проведении пробы с физической нагрузкой «истинно» ишемические изменения ЭКГ чаще всего регистрируются в отведениях

- а) V1-V4
- б) II, III, AVF
- в) по Небу
- д) во всех отведениях примерно с одинаковой частотой

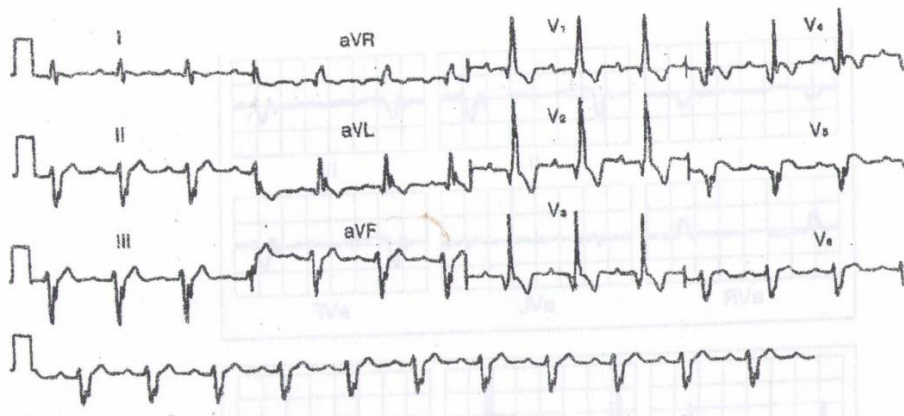
22. При повышении потребности сердца в кислороде нормальные коронарные артерии позволяют увеличить коронарный кровоток

- а) в 2 раза
- б) в 3 раза
- в) в 5 раз
- г) в 10 раз
- д) в 20 раз

23. После появления клинических симптомов (стенокардии, обмороков или одышки) продолжительность жизни больных аортальным стенозом в большинстве случаев не превышает

- а) 1 года
- б) 5 лет
- в) 10 лет
- г) 15 лет
- д) 20 лет

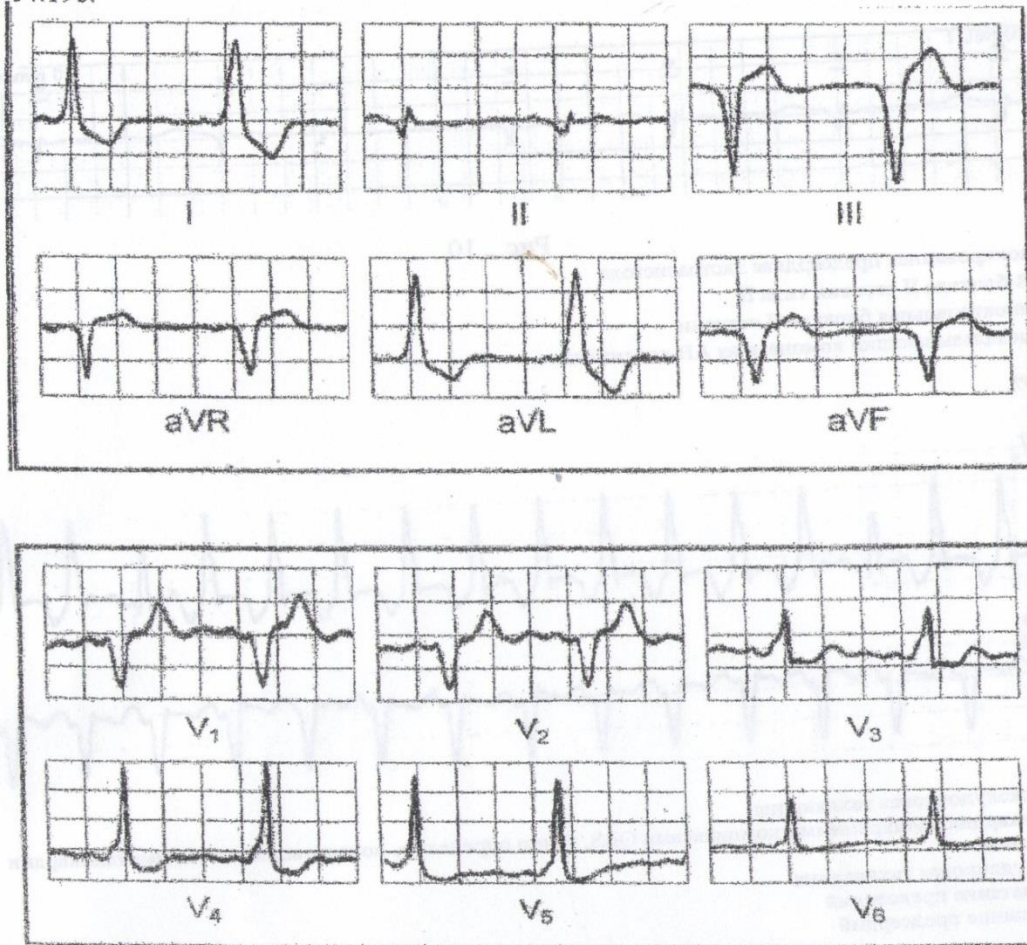
24. На ЭКГ вы видите



- а) блокада левой ножки п. Гиса
- б) блокада левой передней ветви левой ножки п. Гиса
- в) крупноочаговые изменения нижней локализации
- г) острая стадия нижнего инфаркта
- д) преждевременное возбуждение желудочков

25. На ЭКГ вы видите

04.198.



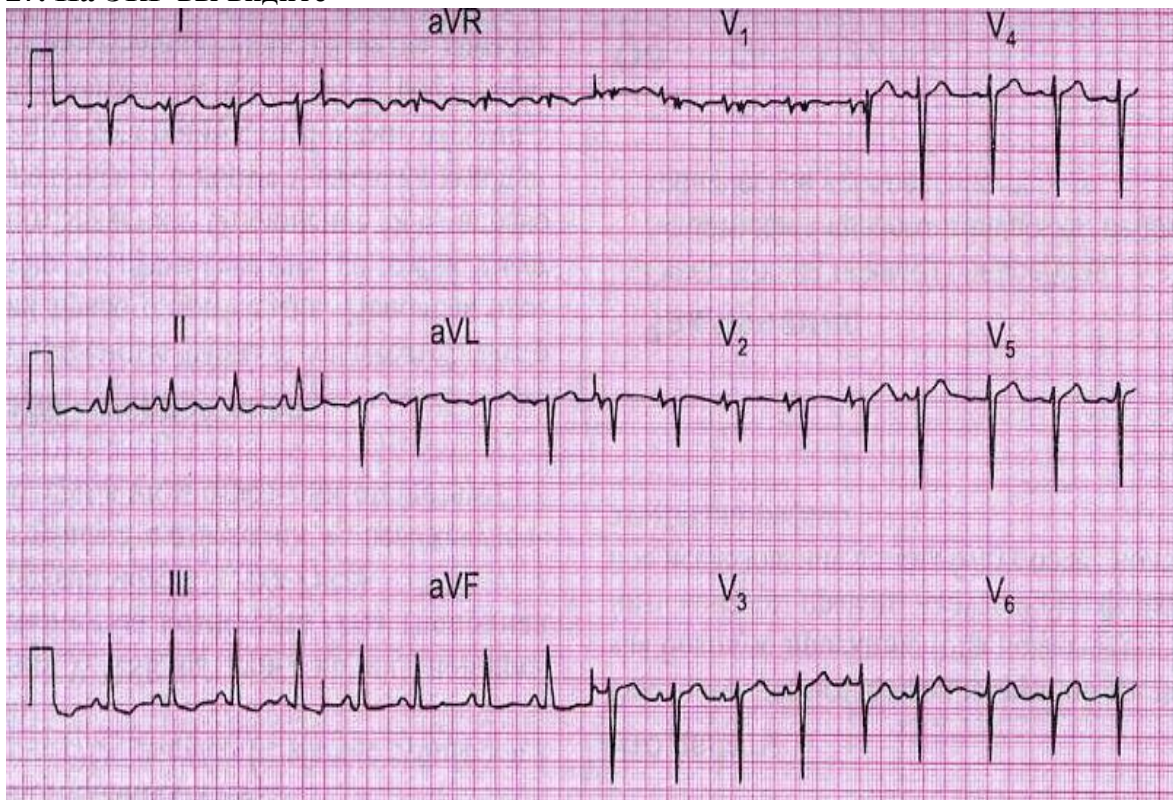
- а) блокада правой ножки п. Гиса
- б) блокада левой передней ветви ножки п.Гиса
- в) крупноочаговые изменения передне-перегородочной локализации в вовлечением боковой стенки
- г) гипертрофия правого желудочка
- д) блокада задней ветви левой ножки п. Гиса

26. На ЭКГ вы видите



- а) наджелудочковая тахикардия, более точно определить вариант невозможно
- б) латентный (преходящий) синдром WPW**
- в) А-В узловая тахикардия
- г) атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительного пути проведения
- д) идиовентрикулярный ритм

27. На ЭКГ вы видите



- а) гипертрофия правого желудочка
- б) гипертрофия правого предсердия
- в) сочетание гипертрофии правого предсердия и правого желудочка
- г) неполная блокада правой ножки п. Гиса
- д) блокада задне-нижней ветви левой ножки п.Гиса

28. При фибрилляции желудочков на ЭКГ

- а) широкие QRS, ЧСС – 20 – 15 в минуту
- б) обычные QRS, ЧСС – 200 в минуту
- в) P и QRS не связаны
- г) отсутствует P и QRS, синусоидальные волны

29. Уширение QRS

- а) внутрижелудочковая блокада
- б) внутрипредсердная блокада
- в) СА блокада

30. При замедлении aV проведения на ЭКГ

- а) уширение Зубца P более 0,10 секунд
- б) интервал PQ более 0,20 секунд
- в) интервал QRS более 0,10 секунд
- г) расщепление QRS

Ответы к вопросам тестового контроля

1	а	11	в	21	д
2	а,г	12	г	22	в
3	б	13	а,в	23	б
4	в	14	б,г	24	д
5	г	15	б	25	а,б,в
6	а,б	16	а,в	26	г
7	а	17	а,в,г	27	в
8	б	18	а,б,в	28	г
9	в	19	б,в	29	а
10	в	20	г	30	б

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 9.

9.1 Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-7)

Раздел 10. Некоронарогенные заболевания миокарда

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Кардиомиопатии. Современные классификации кардиомиопатий.
2. Заболевания, которые могут привести к рестриктивной КМП.
3. Дифференциальный диагноз диффузного вирусного миокардита и застойной КМП.
4. Основные клинические проявления гипертрофической КМП. Диагностические особенности верхушечной формы ГКМП.
5. Классификация ГКМП в зависимости от локализации гипертрофии (E.D. Wigle)
6. Клиническая картина, течение и прогноз ГКМП.
7. Генетические аспекты ГКМП.
8. Лечебная тактика при ГКМП. Дифференциальный диагноз аортального стеноза и идиопатического гипертрофического субаортального стеноза.
9. Классификация кардиомиопатий по Kaltenbach (этиологическая).
10. Основные клинические проявления рестриктивной КМП.
11. Основные клинические проявления дилатационной КМП.
12. Дилатационная КМП, этиопатогенез, дифференциальная диагностика ДКМП и ишемической КМП, постинфарктным кардиосклерозом.
13. Методы диагностики ДКМП, лечения.
14. Варианты ЭКГ при гипертрофической КМП
15. Нарушения ритма и их лечение при ГКМП
16. Роль генетического тестирования и персонализированное лечение КМП.
17. Опухоли и пороки развития перикарда.
18. Реабилитация и медико - социальная экспертиза при КМП

Ситуационные задачи

Задача 1.

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами головокружение, обмороки, часто сочетающиеся с ноющими болями в области сердца; сердцебиением, одышкой, связанными с умеренной физической нагрузкой. Боли в области сердца не купируются нитроглицерином, после приема нитроглицерина возникает головокружение, отмечал эпизод обморока. В анамнезе - ОРВИ, ангина. Наследственность: отец умер внезапно в возрасте 45 лет.

При объективном обследовании обращает внимание интенсивный систолический шум у левого края грудины в 3 межреберье.

Лабораторно: общий анализ крови, кардиоспецифические ферменты, белки острой фазы и маркеры воспаления - без патологии.

ЭКГ - высокие зубцы R в I-м стандартном и левых прекардиальных отведениях в сочетании со снижением интервала S-T и глубокими отрицательными зубцами T в отведениях II, III, aVF, V4-V6, частая желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ - асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки до 3 см. Отмечается переднее систолическое движение передней створки митрального клапана; касание передней створки митрального клапана с межжелудочковой перегородкой в диастолу; среднее систолическое прикрытие створок аортального клапана; уменьшение размеров полости левого желудочка, расстояния от межжелудочковой перегородки до передней створки митрального

клапана в начале систолы; обструкция путей оттока из левого желудочка - градиент давления 70 мм. рт. ст, увеличение левого предсердия до 5 см.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента и консультаций специалистов для уточнения нозологической формы заболевания (этиологии).
3. Какое медикаментозное лечение необходимо назначить пациенту?

Задача 2.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. Периферические л/у не увеличены, безболезненные. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. ЧД = 20 в мин.. АД = 110/70 мм рт. ст. D=S. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин – 7,8 ммоль/л, ТГ – 4,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 5,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 98 мкмоль/л,

СКФ (по формуле СКД-ЕPI) = 68,1 мл/мин.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Дальнейшая лечебная тактика?

Задача 3.

32-летний больной на приеме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Задание

1. Поставьте наиболее предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача 4.

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без

иррадиации, не снимающиеся приемом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки.

Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения.

Задача 5.

Больная М., 46 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при прохождении 500 м по ровной поверхности обычным темпом, на периодическое чувство «замирания» сердца, на отеки нижних конечностей по вечерам. Указанные симптомы отмечает на протяжении трех последних лет. Обратилась за медицинской помощью в связи с неоднократными синкопальными состояниями в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что отец больной умер в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: кожный покров бледно-розовый. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца – в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум в зоне верхушки сердца и зоне Боткина. ЧСС – 86 в 1 мин. АД – 190/95 мм.рт. ст. Печень у края реберной дуги, пастозность голеней.

ЭКГ: ритм синусовый. Синусовая тахикардия. Признаки гипертрофии ЛЖ.

По данным ЭхоКГ: КДР 5,6см, КСР 2,9см. ФВ ЛЖ 54%. Толщина межжелудочковой перегородки – 27 мм, задней стенки левого желудочка – 18 мм. Передне-систолическое движение ПМС с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Врачебная тактика?

Ответы к ситуационным задачам

1. Асимметричная ГКМП, обструктивная форма, внутрижелудочковая обструкция II степени, стадия декомпенсации, НК ПА, NYHAIII, частая желудочковая экстрасистолия, синкопальные состояния (обмороки), вероятно, семейный вариант.
2. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК IIБ ст. (III ФК. по NYHA). Гиперлипидемия.
3. Гипертрофическая кардиомиопатия. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия.
4. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.
5. Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. Синкопальные состояния. Артериальная гипертензия 3 ст. СН 2 ФК по NYHA.

Раздел 11. Врожденные и приобретенные пороки сердца

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Клинико-анатомические формы и патогенез нарушений гемодинамики.
2. Классификация и номенклатура приобретенных пороков. Методы диагностики.
3. Эхокардиография. Визуализация клапанов. Определение размеров камер и толщины стенок сердца. Оценка функционального состояния миокарда.
4. Допплеровское ультразвуковое исследование. Определение наличия и степени регургитации. Определение выраженности стеноза.
5. Особенности лечения пациентов с искусственными клапанами сердца.
6. Лечение пациентов с пороками сердца во время беременности.
7. Митральный стеноз. Митральная недостаточность. Митральный стеноз и недостаточность. Патогенез, внутрисердечная гемодинамика, клиническое течение, диагностика и лечение.
8. Показания к хирургическому лечению.
9. Принципы лечения пациентов после реконструктивных операций при пороках митрального клапана.
10. Недостаточность клапана аорты. Стеноз аортального клапана. Сочетанный порок аортального клапана. Патогенез, внутрисердечная гемодинамика, клиническая картина, диагностика и лечение.
11. Показания к хирургическому лечению. Принципы лечения пациентов после реконструктивных операций при пороках аортального клапана.
12. Врожденные пороки сердца. Классификация.
13. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиническая картина. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
14. Открытый артериальный проток. Показания к хирургическому лечению.
15. Коарктация аорты. Тетрада Фалло. Атрезия легочной артерии с ДМЖП и большими аорто-легочными коллатеральями. Показания к хирургическому лечению.
16. Единственный желудочек. Аномалия Эбштейна. Патофизиология. Показания к хирургическому лечению.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Осмотрен пациент, мужчина 39 лет. В течение 5 лет он отмечал небольшую одышку, которая беспокоила при умеренной физической нагрузке, периодические сердцебиения. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда он заболел ОРЗ, и на фоне высокой температуры и кашля появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, возникли частые сердцебиения. В анамнезе - хронический тонзиллит, в 18 лет была проведена тонзиллэктомия. Вредные привычки отрицает.

Объективно: выявляются ортопноэ, акроцианоз, ИМТ – 21 кг/м², ЧД = 22 в мин. ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 32 в мин. АД = 105/60 мм рт.ст. Температура тела 37,5С. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Выслушивается акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах и в аксиллярных областях. Живот мягкий, при пальпации выявляется легкая болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выявляется умеренная отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 35 мм/час, лейкоциты 12100, С-реактивный белок – 24 мг/л. По ЭКГ выявляется фибрилляция предсердий с ЧСС 76- 150 в минуту.

По ЭХОКГ выявляется расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-V отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. **Д-ЭХОКГ:** высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-V отверстие. Ток регургитации через правое А-V отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана. Систематического лечения ранее не получал, нерегулярно, с частотой 3-4 раза в месяц, использовал корвалол по 30 капель при усилении сердцебиений.

После осмотра было назначено следующее лечение: лозартан в дозе 50 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, варфарин 5 мг/сут под контролем МНО. Запланирована хирургическая коррекция порока сердца после стабилизации состояния больного. При осмотре на следующий день отмечено уменьшение выраженности жалоб на одышку и сердцебиения, ЧСС 110 – 130 в минуту, дефицит пульса уменьшился до 25 в минуту. В остальном – без динамики.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Эффективна ли назначенная терапия?
3. Дальнейшая тактика лечения?

Задача 2.

Молодой мужчина, 28 лет, с жалобами на возникающие периодически боли в области сердца различного характера: колющие, ноющие, изредка давящие, достаточно длительные, как правило, связанные с эмоциональным перенапряжением; сердцебиение; головные боли преимущественно в утренние часы; нестабильное АД с колебаниями от 140/80 до 180/90 мм рт. ст., беспокоящее около 5-ти лет, провоцируемые часто метеофакторами; общую немотивированную слабость преимущественно в утренние часы; повышенную потливость, зябкость, плохой сон, снижение работоспособности и памяти; снижение переносимости как физических, так и психоэмоциональных нагрузок, апатию. **Из анамнеза:** нездоров с детства: на фоне общей слабости и эмоциональной неустойчивости периодически беспокоили неприятные ощущения в области сердца, чувство тяжести в голове, пониженное АД с постепенным переходом (примерно к 16-ти годам) к повышению до 140/90 мм рт. ст. По заключению врача – диагноз: ВСД.

Перенесённые заболевания: менингит, сотрясение головного мозга, хронический пиелонефрит, нефроптоз, ушивание паховой грыжи, миопия II ст., сколиоз (после 12-ти лет), плоскостопие, варикозное расширение вен нижних конечностей. Наследственная отягощённость: по АГ (у матери). Профессия: программист.

При осмотре: состояние удовлетворительное, астенического телосложения, пониженного питания, ИМТ – 18,1 кг/м² (рост – 189 см, вес – 65 кг), ОТ – 81 см; гипотрофия мышц. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной растяжимости и влажности, истончённые с просвечиваемой сосудистой сети, варикозное расширение вен нижних конечностей, сколиотическое искривление позвоночника, крыловидные лопатки. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 дых./мин. Границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ясные с ЧСС – 80 уд./мин., систолический щелчок, систолический шум на верхушке, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Из дополнительных данных: общие анализы крови мочи без особенностей; липидный спектр: ОХ – 4,8 ммоль/л; ТГ – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,38 ммоль/л; КА – 1,7; глюкоза крови натощак – 5,3 ммоль/л; креатинин – 75 мкмоль/л;

СКФ – 97 мл/мин; альбуминурия – 15 мг/л;

ЭКГ: единичные экстрасистолы, удлинение интервала QT

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Тактика ведения пациента?

Задача 3.

Больная Н., сторож, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купирующиеся самопроизвольно постепенно через 30-40 мин. (проба с нитроглицерином отрицательная); головные боли, обмороки, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически кашель, чаще в горизонтальном положении.

Анамнез заболевания: в детстве частые ангины. До 40 лет считала себя здоровой. 10 лет назад стала отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные загрудинные боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха при быстрой, а затем и при спокойной ходьбе, 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 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 СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины в 4-м межреберье, верхняя – второе межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Во всех точках выслушиваются 2 тона, приглушены, ритм правильный, 100 в мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, расщепление II тона на основании сердца; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область и в область Боткина–Эрба. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

ОАК: Нб – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; СОЭ – 7 мм/ч; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%.

ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпит. – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.

Б/х ан. кр.: Билирубин общий 16,0 (прямой - 12,0; непрямой - 4,0) мкмоль/л, глюкоза – 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.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое наиболее информативное исследование необходимо назначить для верификации диагноза?
3. Оцените данные биохимического анализа крови.

Задача 3.

Больная И., 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, отеки нижних конечностей.

Анамнез: около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последнее ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Стали возникать боли в области сердца, давящего характера, возникающие при небольшой физической нагрузке.

Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется выраженный систолический шум на основании сердца. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

ЭХО-КГ: Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок. Резкий аортальный стеноз с G 118 мм рт.ст. Умеренная аортальная регургитация 2-3 степени. Врожденный двустворчатый клапан аорты: три комиссуры, сращены правая и некоронарная створки. Фиброз и кальциноз 3 степени аортального клапана. Умеренное расширение восходящей аорты. Небольшое расширение левого предсердия. Значительная гипертрофия стенок левого желудочка (до степени гипертрофической кардиомиопатии). Диастолическая функция левого желудочка: нарушена по псевдонормальному типу. Легочная гипертензия 1 степени. Давление в ПЖ 36 мм.рт.ст. Сократимость левого желудочка в пределах нормы. Фракция выброса левого желудочка: 74%.

Рентгенография Легочный рисунок не изменен. Корни легких: структурные, нормальных размеров. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце: Поперечник увеличен влево. Увеличена восходящая аорта. В проекции аортального клапана очаги средних размеров обызвествления. Гипертрофирован левый желудочек.

Задание

1. Клинический диагноз?
2. Основное направление терапии у данного пациента?
3. Тактика хирургического лечения?

Задача 5.

Больной К., 20 лет после автокатастрофы доставлен в реанимационное отделение с диагнозом: Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб сердца, легких и печени, закрытый перелом левого плеча и переломы VIII-IX ребер слева, травматический шок III степени тяжести.

Объективно: При поступлении состояние крайне тяжелое. Выражена тахикардия, артериальная гипотензия. Границы сердца умеренно расширены влево и вверх. I тон над верхушкой приглушен и ослаблен, II тон над легочной артерией акцентирован. Над областью сердца с максимумом над верхушкой выслушивается интенсивный систолический шум, "дующего" тембра, связанный с I тоном и занимающий 1/2 систолы. Данные обследования:

ЭКГ: Атриовентрикулярная диссоциация, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, увеличение электрической активности левого желудочка. Депрессия сегмента ST, переходящая в "сглаженный", почти изоэлектрический зубец T, в отведениях V1-V3 выпуклый подъем сегмента ST с переходом в отрицательный зубец T.

ЭХО-КГ: Умеренное расширение левых полостей сердца, без гипертрофии его стенок. Гиперкинезия передней створки митрального клапана. Переднелатеральная папиллярная мышца выглядит "яркой". Выраженная митральная регургитация II-III степени. Вызван кардиохирург для консультации.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Рекомендации по дальнейшей тактике лечения?

Задача 6.

Ребёнок А, 3 лет направлен в кардиохирургический центр для консультации. Со слов родителей отмечается одышка при незначительной физической нагрузке. Ребёнок от первой, желанной беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре. При плановом медицинском осмотре выявлен систолический шум в III-IV межреберье слева, направлен в поликлинику по месту жительства.

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки п.Гиса.

Рентгенограмма органов грудной полости: отмечается кардиомегалия, повышенная прозрачность легочных полей.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Ответы к ситуационным задачам

1. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием комбинированного митрального порока с преобладанием митральной недостаточности, с нарушением ритма по типу перманентной формы фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант, НК ПБ ст., III ФК. по NYHA.
2. Первичный миксоматозный пролапс митрального клапана (ПМК). Синдромы: гипотрофии, вегетативной дисфункции, артериальной гипертензии, аритмический, вертеброгенный, патологии стопы, патологии органа зрения, астеноневротический. Осложнения: митральная регургитация (MP).
3. ХРБС с формированием аортального стеноза, относительной недостаточности МК. ХСН II А стадия ФК IV (NYHA).
4. Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок с преобладанием резкого стеноза. Умеренная недостаточность аортального клапана. Осложнение: кальциноз аортального клапана 3 степени. Медикаментозная стабилизация состояния направленная на борьбу с недостаточностью кровообращения. Хирургическое лечение протезирование аортального клапана.
5. Ушиб сердца. Острая митральная недостаточность (травматический отрыв хорды от переднелатеральной папиллярной мышцы), 2 степени.
6. Аномалия Эбштейна.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 12. Атеросклероз

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Современные представления о механизмах атерогенеза.
2. Альтернативные теории развития атеросклероза. Стадии изменений в сосудах при развитии атеросклероза, формирование атеросклеротических бляшек.
3. Факторы риска развития атеросклероза, клиника и диагностика атеросклероза.
4. Лабораторная диагностика дислипидемий.
5. Классификация дислипидемий. Дислипидемии: первичные и вторичные.
6. Клинические проявления атеросклероза различных артерий. Атеросклероз аорты.
7. Атеросклероз церебральных артерий.
8. Атеросклероз коронарных артерий.
9. Атеросклероз артерий нижних конечностей.
10. Атеросклероз мезентериальных артерий.
11. Мультифокальный атеросклероз.
12. Программа обследования. Лабораторные данные. Инструментальные исследования.
13. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза.
14. Немедикаментозные меры профилактики атеросклероза: диета, коррекция веса, физическая активность, прекращение курения, употребление алкоголя.
15. Лекарственная терапия нарушений липидного обмена. Статины.
16. Ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб).
17. Секвестранты желчных кислот. Фибраты.
18. Никотиновая кислота. Ω -3 ПНЖК.
19. Комбинированная терапия дислипидемии.
20. Экстракорпоральные методы лечения атеросклероза.
21. Особенности коррекции нарушений липидного обмена в отдельных группах пациентов: женщины, пожилые больные, больные СД 2 типа, дети и подростки, больные с наследственными нарушениями липидного обмена.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной Т., 59 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на стягивающие боли в икроножных мышцах левой ноги при ходьбе, усталость в обеих ногах, чувство онемения и зябкости в ногах в покое, головные боли, быструю утомляемость. Болен в течение года. Сначала беспокоили боли при длительной и быстрой ходьбе, затем при обычной. Заболевание прогрессировало. Боли в сердце больного никогда не беспокоили. Много лет страдает артериальной гипертонией с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт.ст. Из анамнеза выяснено, что пациент курит с 10 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 185 см, вес - 85 кг, ИМТ - 27,7 кг/м². Правильного телосложения. Кожа нормальной окраски и влажности, гиперкератоз стоп. Видимые слизистые цианотичные. Кожа левой стопы и голени бледная, холодная на ощупь, волосы на ней отсутствуют. Ногти ломкие, легко крошатся. Мышцы левой голени гипотрофичны. Диаметр левой голени на середине на 1,5 см меньше правой. Костно-суставная система без особенностей. Отеков нет. Система дыхания: периодически беспокоит сухой кашель с выделением небольшого количества бесцветной мокроты. Грудная клетка эмфизематозна. ЧД - 16 в минуту. При перкуссии звук с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Нижние границы легких опущены на I ребро. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/ мин. АД 140-150/70 мм рт.ст. В левой подколенной артерий пульсация резко ослаблена, а пульсация на a. dorsalis pedis и a. tibialis posterior не определяется. Справа пульсация на указанных сосудах сохранена.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, холестерин - 6,5 ммоль/л, триглицериды - 2,2 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,54 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин - 89 ммоль/л, глюкоза - 5,6 ммоль/л, мочевая кислота - 382 мкмоль/л, АЛТ - 36 ЕД, АСТ - 28 ЕД.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 2.

У больного 45 лет в течение 7 лет отмечаются боли в левой нижней конечности при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 60—70 м. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, дистальнее - не определяется.

При ангиографии получено изображение магистральных артерий до верхней трети бедра.

Задание

1. Каков диагноз заболевания?
2. Какой объем операции показан больному?

Задание 3.

Мужчина 56 лет, в течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм рт ст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

анализ крови: холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,86 ммоль\л (в остальном - без особенностей).

Анализ мочи: без особенностей.

Сцинтиграфия почек: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Задание

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Задача 4.

Пациент 47 лет последние 6 лет отмечает боль в обеих нижних конечностях при ходьбе. Полгода назад отметил, что боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении 150-200 м, в это же время произошло снижение потенции. В последнее время стали возникать боли за грудиной при физической нагрузке.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 150 и 90 мм РТ. ст. Тоны сердца приглушены. Кожные покровы обеих конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

При рентгеноконтрастной ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры её ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали.

Коронарография: стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

Задание

1. Какой синдром имеется у больного?
2. Какова природа заболевания?
3. Нужна ли операция на аортоподвздошной зоне?

Задача 5.

Больной 62 года предъявляет жалобы на головные боли, понижение памяти и плаксивость, а также ноющие боли за грудиной постоянного характера, иррадиацию этих болей в верхнюю часть живота и шею, онемение ног и рук, боли в ногах при длительной ходьбе. **Из анамнеза:** вышеуказанные жалобы беспокоят в течении нескольких лет, но к врачу не обращался, в последнее время самочувствие стало ухудшаться. Больной курит и употребляет спиртные напитки в течении многих лет, любит жирную и острую пищу.

Объективно: состояние средней тяжести. На коже в области грудной клетки, голеней и плечевого пояса определяются ксантомы. При пальпации – пульсация в югулярной ямке. При перкуссии – расширение границ сосудистого пучка до 7см. При аускультации- на аорте усиление второго тона, систолический шум. А/Д- 145/80мм р/ст.

Лабораторные показатели: уровень холестерина в крови – 8 ммоль/л.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Ответы к ситуационным задачам

1. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.
2. Облитерирующий атеросклероз левой нижней конечности.
3. Стенозирующий атеросклероз левой почечной артерии.
4. Синдром Лериша.
5. Атеросклероз, с преимущественным поражением аорты, сосудов головного мозга, сердца, периферических сосудов.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 13. Состояние сердца и сосудов при различных заболеваниях

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Нейроциркуляторная дистония. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
2. Состояние сердечно-сосудистой системы при эндокринной патологии (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет)
3. Состояние сердца при обменных нарушениях (подагра, уремия, гемохроматоз), амилоидозе.
4. Алкогольное и токсическое поражение сердечно-сосудистой системы.
5. Обследование и подготовка к внесердечным операциям кардиологических больных.
6. Кардиальные осложнения внесердечных хирургических вмешательств.
7. Опухоли сердца. Классификация. Клиника. Диагностика. Подходы к лечению.
8. Сердечно-сосудистые заболевания и хроническая болезнь почек.
9. Поражение сердечно-сосудистой системы при заболеваниях крови.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А., 32 года, обратился к участковому терапевту поликлиники с жалобами на головные боли ноющего характера, сердцебиение, боли в области сердца колющие, раздражительность, плохой сон, быструю утомляемость на работе. Пациент работает начальником цеха на кирпичном

заводе. Отмечает, что работа сопряжена с психоэмоциональными перегрузками. В течение 2-х лет не был в отпуске.

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, ЧД 25 в мин. Сердце - тоны ритмичные, ясные PS 100 в мин. АД 135/85 мм рт. ст. В позе Ромберга - устойчив, тремор рук.

Задание

1. Установите клинический диагноз, обоснуйте.
2. Если необходимо, составьте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача 2.

В клинику поступила больная 58 лет с жалобами на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, быстро проходящие от приёма нитроглицерина. Больная живёт в эндемической местности. С детства отмечает увеличение щитовидной железы. Регулярно принимает йодомарин. Год тому назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать слабость, появились отёки. Неоднократно обращалась к врачам, лечилась коронаролитиками, сердечными гликозидами, мочегонными. Эффекта не было.

Объективно: больная вялая, очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голени отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа увеличенная, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 уд в мин, АД 100/60 мм рт. ст. язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

Задание

1. Сформулировать наиболее вероятные диагнозы при данной клинике.
2. Наметить план для уточнения диагноза.
3. Тактика ведения данной больной?

Задача 3.

Пациентка К., 56 лет, бухгалтер, жалуется на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку смешанного характера при ходьбе в обычном темпе, шум в ушах, снижение аппетита, нарушение проглатывания сухой, твёрдой пищи. В течение 3 месяцев отмечает выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Около 2 недель назад появилось желание есть мел, сырой фарш.

Из анамнеза заболевания. Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней.

Объективно. Рост 165 см, вес 64 кг: Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные, заеды в углах рта. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без особенностей. ЧД 18 в минуту. В легких дыхании везикулярное, хрипов нет. На яремной вене справа выслушивается «шум волчка». АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке ослабление I тона, нежный систолический шум. Язык влажный, слегка обложен у корня беловатым налетом, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9,5 7 5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Hb – 69 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,76, ретикулоциты – 2%; лейкоц. – $5,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час. В мазке: гипохромия эритроцитов +++, анизоцитоз (микроцитоз) ++, пойкилоцитоз ++.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм возникновения «шума волчка»?
3. Тактика ведения?

Задача 4.

Больной В., 26 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика ведения?

Задача 5.

У 72-летнего пациента резкое внезапное ухудшение состояния. Беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 200 мл/сут. В течение 3 лет стойкое повышение цифр АД до 180/100 мм рт.ст., максимально – 200/110 мм рт.ст. Принимал анаприлин, коринфар, арифон, и в течение последней недели дополнительно энап по 10 мг 2 раза в сутки. Семь лет назад перенес инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.

При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеичным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Над почечными артериями выслушивается систолический шум.

Нв 72 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. **Общий анализ мочи:** отн. плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,2 ммоль/л.

На ЭКГ рубцовые изменения задней стенки ЛЖ. Гипертрофия левого желудочка. При УЗИ брюшной полости обнаружены атеросклеротические бляшки в различных участках брюшной аорты. Размеры почек: правая – 4,0 x 3,0 см, левая – 8,1 x 3,6 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения.
3. Показана ли срочная ангиография почечных артерий и хирургическое лечение?

Ответы к ситуационным задачам

1. Нейро-циркуляторная дистония
2. Эндемический зоб II ст. гипотиреоз, средней степени тяжести.
3. Железодефицитная анемия.
4. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.
5. Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне ХПН.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 14. Профилактическая кардиология

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Организация и проведение профилактики основных заболеваний сердечно-сосудистой системы.
3. Санитарно-просветительная работа врача среди обследуемых контингентов населения
4. Взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска.
5. Контролируемые и неконтролируемые факторы риска.
6. Формирование групп высокого, среднего и низкого риска в процессе скринирующих исследований.

7. Факторы риска развития ИБС и артериальной гипертонии у детей и подростков.
8. Тактика дальнейшего обследования больных ИБС, выявленных при массовом обследовании.
9. Немедикаментозные способы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.
10. Требования, предъявляемые к оценке эффективности профилактических мероприятий. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
11. Программы кардиологической реабилитации. Показания. Программа физических тренировок.
12. Факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент 51 год. В анамнезе артериальная гипертония. Жалобы на боли в области сердца, подозрительные на стенокардию напряжения, длительный кашель с отделением мокроты. Курит, низкая физическая активность.

Объективно: АД 118/70 мм рт. ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, индекс массы тела 22,0 кг/м².

ЭКГ: без изменений.

Задание

1. Определите факторы риска, имеющиеся у данного пациента.
2. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск.
3. Определите группу здоровья.
4. Составьте план дальнейшего ведения пациента.

Задача 2.

Пациент 27 лет. **В анамнезе** хронические заболевания отсутствуют. Жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно: АД 160/90 мм рт. ст. (не принимает антигипертензивные препараты), ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м².

ЭКГ при первой диспансеризации (в 21 год) без изменений. Анализ мочи в норме.

Задание

1. Суммарный сердечно-сосудистый риск? Диагноз?
2. Группа здоровья?
3. Факторы риска?

Задача 3.

Пациент 48 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют. Жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно: АД 162/94 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м².

ЭКГ без изменений.

Задание

1. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск.
2. Определите группу здоровья.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 4.

Пациент, 60 лет, не работает. Диагноз – ожирение III степени, гипертоническая болезнь II стадии, ИБС, сахарный диабет II типа. Беспокоят одышка при ходьбе, особенно по лестнице, быстрая утомляемость, плохой сон. ИМТ – 41,5 кг/м², АД – 150/85 мм.рт.ст.; ЧСС – 80 уд/ мин в покое, до 100 уд./мин при ходьбе в среднем темпе до 300 м. Клинический анализ крови в норме. Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,9 ммоль/л, холестерин – 8,0 ммоль/л. ЭКГ –

гипертрофия левого желудочка, единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Отмечаются подъемы систолического АД до 170 мм.рт.ст. и диастолического АД до 100мм.рт.ст. Принимает гипотензивные, противодиабетические препараты; диету не соблюдает, курит, физическая активность средняя (большую часть времени живет на даче, где работает на участке).

Задание

1. Составьте реабилитационную программу.
2. Рекомендуйте характер и интенсивность физической нагрузки.

Задача 5.

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной 17 физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, AVF.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте программу вторичной профилактики и реабилитации.

Ответы к ситуационным задачам

1. Факторы риска: гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 5% (высокий). Группа здоровья – 2.
2. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 4%. Артериальная гипертензия 2 степени, ожирение 1 степени. Исключить наличие вторичной артериальной гипертензии, степень поражения органов-мишеней.
3. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 2% (низкий). Группа здоровья – 3.
4. Программа кардиологической реабилитации с курсом ЛФК.
5. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 15.

13.1 Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-7, 9-13)

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Вопросы промежуточного контроля.

Теоретические вопросы к экзамену.

1. Особенности здоровья населения РФ на современном этапе (заболеваемость, инвалидность, рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни).

2. Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению.
3. Основные демографические показатели, характеризующие здоровье населения.
4. Социальное значение болезней системы кровообращения, организация специализированной медицинской помощи.
5. Методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления.
6. Критерии медико-социальной значимости социально значимых заболеваний (болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, сахарного диабета, алкоголизма и т.д.).
7. Виды медицинского страхования, их принципиальные отличия в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Использование статистических данных в организации кардиологической помощи.
9. Профилактическое направление отечественной медицины. Основные разделы профилактической работы врача-кардиолога. Диспансеризация кардиологических пациентов.
10. Методы и формы санитарно-гигиенического воспитания в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.
11. Телемедицинские технологии – определение, цель, функции. Понятие о телекардиологии. Нормативно-правовое обеспечение телемедицинских технологий. Основные нормативные требования при использовании телемедицинских технологий.
12. Принципы внедрения телемедицинских технологий. Организация службы теле-ЭКГ. Практическое применение. Финансирование кардиологической помощи с применением телемедицинских технологий.
13. Информационная безопасность телемедицинской деятельности. Деонтологические рекомендации при использовании телемедицинских технологий.
14. Методика обследования пациента кардиологического профиля с применением телемедицинских технологий. Показания к телемедицинским консультациям в кардиологии.
15. ИБС. Классификация, факторы риска. Стабильная стенокардия напряжения, клиника, классификация (функциональные классы), диагностика, лечение.
16. Спонтанная стенокардия. Стенокардия Принцметала, клиника, диагностика, лечение.
17. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
18. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.
19. Обследование больного с инфарктом миокарда. Лабораторная и инструментальная диагностика инфаркта миокарда.
20. Организация оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом.
21. Диагностика инфаркта миокарда. Атипичные варианты начала. Дифференциальный диагноз.
22. Выбор лечебной тактики. Фармакологическая и эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. Показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии.
23. Осложнения инфаркта миокарда. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
24. Профилактика и купирование ранних осложнений инфаркта миокарда.
25. Комплексное лечение больных инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.
26. Профилактика желудочковых нарушений ритма при инфаркте миокарда.
27. Кардиогенный шок, патофизиологические механизмы, методы лечения.
28. Факторы риска и маркеры внезапной коронарной смерти. Профилактика внезапной коронарной смерти.
29. Особенности оказания помощи больным инфарктом миокарда при сопутствующих заболеваниях: сахарный диабет, заболевания системы крови, онкологическая патология.
30. Показания и противопоказания к проведению коронарной ангиопластики у больных острым коронарным синдромом. Виды стентов.
31. Методика проведения коронарографии. Показания, противопоказания, осложнения.
32. Реабилитация больных инфарктом миокарда в условиях стационара, в амбулаторно-поликлинических условиях.
33. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у больных инфарктом миокарда. Медико-социальная экспертиза при ИБС.
34. Поражение органов-мишеней при АГ. Поражение сердца при АГ. Гипертрофия левого желудочка (распространенность). типы ГЛЖ, риск сердечно-сосудистых осложнений, диагностика).
35. Диагностика симптоматических артериальных гипертензий.
36. Алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме артериальной гипертензии.
37. Лечение симптоматических артериальных гипертензий.
38. Цели и задачи гипотензивной терапии, особенности выбора терапии при сочетанной патологии. Комбинированная терапия АГ.
39. Артериальная гипертензия у беременных. Лечение.
40. Резистентная артериальная гипертензия: эпидемиология, факторы риска, диагностика. Описание и технические аспекты процедуры ренальной денервации.

41. Суточное мониторирование АД и выбор гипотензивной терапии. Клиническое значение суточного мониторирования АД.
42. Актуальные вопросы церебропротекции при АГ.
43. Лечение пациентов с АГ и коморбидными состояниями – ИБС, СД, ХБП. Течение АГ при хронической бронхо-легочной патологии. Методы лечения.
44. Реабилитация больных АГ. Медико-социальная экспертиза больных АГ.
45. Купирование гипертензивных кризов.
46. Нефармакологические методы лечения артериальной гипертензии.
47. Артериальная гипотензия. Ортостатическая гипотензия. Вазовагальный синдром.
48. Этиология и патогенез нарушений ритма. Состояния, способствующие возникновению аритмий. Электрофизиологические механизмы аритмий.
49. Нарушения образования импульсов. Нарушения проведения импульсов (блокады). Классификация и номенклатура аритмий.
50. Заболевания сердечно-сосудистой системы, при которых наиболее часто наблюдаются нарушения ритма. ИБС. Пороки сердца. Заболевания миокарда. Артериальная гипертензия. Эндокринные заболевания.
51. Методы диагностики нарушений ритма. Общее обследование. Роль анамнеза. Данные физикального исследования. Холтеровское мониторирование ЭКГ.
52. Показания к проведению чреспищеводного электрофизиологического исследования.
53. Роль эхокардиографии в обследовании больных с нарушениями ритма при выборе тактики лечения.
54. ЭКГ-проба с физической нагрузкой, фармакологические пробы диагностики аритмий.
55. Эктопические комплексы и ритмы. Экстрасистолия. Парасистолия. Выскальзывающие сокращения и ритмы. Ускоренные ритмы сердца.
56. Показания к лечению аритмий. Субъективные расстройства. Нарушения гемодинамики. Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса.
57. Фармакотерапия аритмий. Этиотропное лечение. Антиаритмические препараты.
58. Электростимуляция сердца. Временная. Постоянная. Имплантируемые кардиостимуляторы, классификация, показания и противопоказания к применению.
59. Показания и противопоказания к имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов.
60. Показания и типы ресинхронизирующей терапии.
61. Электроимпульсная терапия. Хирургические методы лечения аритмий. Операции на открытом сердце.
62. «Закрытые» методики хирургического лечения аритмий («катетерная») хирургия.
63. Распространенность миокардитов. Современные классификации миокардитов.
64. Морфология и биохимия миокарда в норме и при миокардитах.
65. Клиническое течение. Особенности течения в зависимости от этиологии и патогенетического механизма.
66. Диагностика миокардитов. Инструментальные и лабораторные методы исследования.
67. Дифференциальная диагностика миокардитов.
68. Лечение миокардитов. Лекарственная терапия. Противовоспалительная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Глюкокортикоидные гормоны.
69. Иммунодепрессанты. Симптоматическое лечение других проявлений и осложнений.
70. Классификация перикардитов: по этиологии, по течению, по типам экссудата, по характеру продуктивных процессов.
71. Инфекционно-аллергические перикардиты. Асептические. Идиопатические перикардиты.
72. Основные формы перикардитов. Клиническое течение и диагностика. Болевой синдром при перикардите. Шум трения перикарда.
73. Изменения ЭКГ при перикардите. Рентгенологическое исследование. Эхокардиография. Лекарственная терапия перикардитов.
74. Неотложная медикаментозная помощь при тампонаде сердца. Перикардиоцентез. Хирургические методы лечения.
75. Инфекционные эндокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация инфекционного эндокардита (ИЭ). Первичный эндокардит. Вторичный эндокардит. Эндокардит искусственных клапанов (протезный эндокардит). Варианты течения.
76. Диагностика ИЭ. Антибактериальная терапия. Показания к хирургическому лечению ИЭ. Профилактика ИЭ.
77. Современные особенности ИЭ. Осложнения ИЭ (диссеминация инфекции, тромбоэмболические осложнения, развитие сердечной недостаточности, иммунологические нарушения). Лечение осложнений ИЭ.
78. Бактериологическое исследование крови. Правила забора крови для бактериологического исследования. Основные изменения лабораторных показателей.
79. Инструментальные методы исследования. Основные и дополнительные эхокардиографические признаки ИЭ.

80. Современные схемы антибактериальной химиотерапии, используемые для лечения ИЭ в зависимости от вида возбудителя.
81. Показания к хирургическому лечению. Виды клапанной коррекции.
82. Этиология и патогенез сердечной недостаточности. Основные механизмы развития СН. Нейрогормональные нарушения. Активация симпатико-адреналовой системы. Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
83. Гипертрофия и дилатация сердца. «Порочный» круг патогенеза сердечной недостаточности. Ремоделирование миокарда.
84. Классификация Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, Г.Ф. Ланга. Нью-Йоркская (международная) классификация СН. Стадии ХСН.
85. Преимущественно левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность.
86. Роль анамнеза, симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Клинические признаки сердечной недостаточности.
87. Инструментальные методы диагностики. Электрокардиография. Основные показатели центральной и периферической гемодинамики. Эхокардиография. Рентгенологическое исследование. Нагрузочные тесты. Тредмил-тест. Велоэргометрия. Спириэргометрия. Тест с 6 минутной ходьбой.
88. Основные цели при лечении ХСН. Пути достижения целей лечения ХСН.
89. Немедикаментозное лечение. Медикаментозная терапия. Общие принципы.
90. Основные лекарственные средства для лечения ХСН. Ингибиторы АПФ. Практические вопросы применения ингибиторов АПФ (дозы, тактика лечения, меры предосторожности). Антагонисты рецепторов к ангиотензину II.
91. Бетаадреноблокаторы. Антагонисты альдостерона. Диуретические средства в лечении ХСН.
92. Сердечные гликозиды. Дополнительные средства в лечении ХСН. Статины. Антитромботические средства (непрямые антикоагулянты).
93. Антиаритмические средства в лечении ХСН.
94. Вспомогательные средства в лечении ХСН. Периферические вазодилататоры. Блокаторы медленных кальциевых каналов. Антиагреганты. Метаболически активные препараты (цитопротекторы) при лечении ХСН.
95. Хирургические и электрофизиологические методы лечения.
96. Ультрафильтрация. Вспомогательное кровообращение.
97. Немедикаментозное лечение сердечной недостаточности. Диета пациентов с ХСН. Назначение нутритивной поддержки.
98. Реабилитация пациентов с ХСН. Режим физической активности.
99. Противопоказания для физической реабилитации у пациентов с ХСН. Методика проведения физических тренировок у пациентов ХСН. Психологический аспект реабилитации.
100. Гипертонические кризы: определение понятия, причины и провоцирующие факторы, классификация, клиническая картина.
101. Неосложненный гипертонический криз: клинические проявления, тактика снижения АД, лекарственные препараты для купирования. Показания к госпитализации.
102. Артериальная гипертензия беременных. Возможности медикаментозной коррекции АД. Гипертонический криз у беременных, тактика.
103. Преэклампсия, эклампсия. Критерии постановки диагноза, клиническая картина, тактика.
104. Осложненный гипертонический криз. Виды осложнений, тактика снижения АД, выбор препаратов для купирования.
105. Гипертонический криз, осложненный острым коронарным синдромом: лечебная тактика.
106. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью: лечебная тактика.
107. Гипертонический криз, осложненный расслоением аневризмы аорты: лечебная тактика.
108. Гипертонический криз, осложненный острой гипертонической энцефалопатией: лечебная тактика.
109. Гипертонический криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения: лечебная тактика.
110. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: диагностические критерии, реперфузионная тактика. Способы реперфузионной терапии.
111. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: диагностика и лечебная тактика. Стратификация риска по шкале GRACE.
112. Жизнеугрожающие осложнения инфаркта миокарда, принципы диагностики и лечения.
113. Кардиогенный шок: причины развития, классификация, патогенез, диагностические критерии. Лечебная тактика в зависимости от вида шока.
114. Острая сердечная недостаточность, этиология, классификация, диагностика, лечебная тактика.
115. Острая левожелудочковая недостаточность: сердечная астма и отек легких, причины развития, клинические проявления, диагностика, лечение.
116. Тромбоэмболия легочной артерии: определение, патогенез, провоцирующие факторы, диагностика, лечебная тактика.

117. Расслаивающаяся аневризма аорты.
118. Гипертоническая энцефалопатия при нефропатии беременных. Эклампсия.
119. Гипертензивный криз при феохромоцитоме.
120. Острый аортальный синдром, синдром расслаивающейся аневризмы аорты.
121. Внезапная сердечная смерть, определение, механизмы ВСС Основные симптомы внезапной остановки эффективного кровообращения.
122. Сердечно-легочная реанимация. Правила проведения, ошибки, осложнения, критерии эффективности.
123. Кардиомиопатии. Современные классификации кардиомиопатий.
124. Заболевания, которые могут привести к рестриктивной КМП.
125. Дифференциальный диагноз диффузного вирусного миокардита и застойной КМП.
126. Основные клинические проявления гипертрофической КМП. Диагностические особенности верхушечной формы ГКМП.
127. Классификация ГКМП в зависимости от локализации гипертрофии (E.D. Wigle)
128. Клиническая картина, течение и прогноз ГКМП. Генетические аспекты ГКМП.
129. Лечебная тактика при ГКМП. Дифференциальный диагноз аортального стеноза и идиопатического гипертрофического субаортального стеноза. Классификация кардиомиопатий по Kaltenbach (этиологическая).
130. Основные клинические проявления рестриктивной КМП.
131. Основные клинические проявления дилатационной КМП. Дилатационная КМП, этиопатогенез, дифференциальная диагностика ДКМП и ишемической КМП, постинфарктным кардиосклерозом. Методы диагностики ДКМП, лечения.
132. Варианты ЭКГ при гипертрофической КМП. Нарушения ритма и их лечение при ГКМП. Роль генетического тестирования и персонализированное лечение КМП.
133. Опухоли и пороки развития перикарда.
134. Реабилитация и медико - социальная экспертиза при КМП
135. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Клинико-анатомические формы и патогенез нарушений гемодинамики.
136. Классификация и номенклатура приобретенных пороков. Методы диагностики.
137. Эхокардиография. Визуализация клапанов. Определение размеров камер и толщины стенок сердца. Оценка функционального состояния миокарда.
138. Допплеровское ультразвуковое исследование. Определение наличия и степени регургитации. Определение выраженности стеноза.
139. Особенности лечения пациентов с искусственными клапанами сердца.
140. Лечение пациентов с пороками сердца во время беременности.
141. Митральный стеноз. Митральная недостаточность. Митральный стеноз и недостаточность. Патогенез, внутрисердечная гемодинамика, клиническое течение, диагностика и лечение. Показания к хирургическому лечению.
142. Принципы лечения пациентов после реконструктивных операций при пороках митрального клапана.
143. Недостаточность клапана аорты. Стеноз аортального клапана. Сочетанный порок аортального клапана. Патогенез, внутрисердечная гемодинамика, клиническая картина, диагностика и лечение.
144. Показания к хирургическому лечению. Принципы лечения пациентов после реконструктивных операций при пороках аортального клапана.
145. Врожденные пороки сердца. Классификация. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиническая картина. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
146. Открытый артериальный проток. Показания к хирургическому лечению.
147. Коарктация аорты. Тетрада Фалло. Атрезия легочной артерии с ДМЖП и большими аорто-легочными коллатеральными. Показания к хирургическому лечению.
148. Единственный желудочек. Аномалия Эбштейна. Патофизиология. Показания к хирургическому лечению.
149. Современные представления о механизмах атерогенеза. Альтернативные теории развития атеросклероза. Стадии изменений в сосудах при развитии атеросклероза, формирование атеросклеротических бляшек.
150. Факторы риска развития атеросклероза, клиника и диагностика атеросклероза.
151. Лабораторная диагностика дислипидемий.
152. Классификация дислипидемий. Дислипидемии: первичные и вторичные.
153. Клинические проявления атеросклероза различных артерий. Атеросклероз аорты.
154. Атеросклероз церебральных артерий. Атеросклероз коронарных артерий. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Атеросклероз мезентериальных артерий. Мультифокальный атеросклероз.
155. Программа обследования. Лабораторные данные. Инструментальные исследования.

156. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза. Немедикаментозные меры профилактики атеросклероза: диета, коррекция веса, физическая активность, прекращение курения, употребление алкоголя.
157. Лекарственная терапия нарушений липидного обмена. Статины.
158. Ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб). Секвестранты желчных кислот. Фибраты. Никотиновая кислота. Ω -3 ПНЖК. Комбинированная терапия дислипидемии. Экстракорпоральные методы лечения атеросклероза.
159. Особенности коррекции нарушений липидного обмена в отдельных группах пациентов: женщины, пожилые больные, больные СД 2 типа, дети и подростки, больные с наследственными нарушениями липидного обмена.
160. Нейроциркуляторная дистония. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
161. Состояние сердечно-сосудистой системы при эндокринной патологии (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет)
162. Состояние сердца при обменных нарушениях (подагра, уремия, гемохроматоз), амилоидозе.
163. Алкогольное и токсическое поражение сердечно-сосудистой системы.
164. Обследование и подготовка к внесердечным операциям кардиологических больных.
165. Кардиальные осложнения внесердечных хирургических вмешательств.
166. Опухоли сердца. Классификация. Клиника. Диагностика. Подходы к лечению.
167. Сердечно-сосудистые заболевания и хроническая болезнь почек. Поражение сердечно-сосудистой системы при заболеваниях крови.
168. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. Организация и проведение профилактики основных заболеваний сердечно-сосудистой системы.
169. Санитарно-просветительная работа врача среди обследуемых контингентов населения
170. Взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска. Контролируемые и неконтролируемые факторы риска.
171. Формирование групп высокого, среднего и низкого риска в процессе скринирующих исследований.
172. Факторы риска развития ИБС и артериальной гипертонии у детей и подростков.
173. Тактика дальнейшего обследования больных ИБС, выявленных при массовом обследовании.
174. Немедикаментозные способы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.
175. Требования, предъявляемые к оценке эффективности профилактических мероприятий. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
176. Программы кардиологической реабилитации. Показания. Программа физических тренировок.
177. Факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.

ВАРИАНТ 1

001. Коэффициент атерогенности рассчитывается на основании показателей холестерина и : А. Общих триглицеридов; Б. Суммы факторов риска ИБС; В. Уровня пре-в-холестерина в сыворотке; Г. Холестерина высокой плотности.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно В

002. Факторы или заболевания, увеличивающие преднагрузку левого желудочка: А. Стеноз устья аорты; Б. Артериальная гипертензия; В. Коарктация аорты; Г. Недостаточность аортального клапана; Д. Гиперволемия; Е. Недостаточность митрального клапана.

- а) верно А,Б,В
- б) верно Г,Д,Е
- в) верно А,Б
- г) верно А,Д,Е

003. Возможные причины тотальной недостаточности насосной функции желудочков:

А. Первичная легочная гипертония; Б. Острый тромбоз правой коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; В. Острый тромбоз передней нисходящей коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; Г. Тяжелая эмфизема легких; Д. Коарктация аорты.

- а) верно все перечисленное
- б) верно В,Д
- в) верно А,В
- г) верно А,Б,В

004. Факторы, влияющие на заполнение левого желудочка:

А. Расположение мышечных пучков в три слоя; Б. Наличие коллагенового скелета сердца и содержание фиброзной ткани; В. Левый тип кровоснабжения; Г. Форма левого желудочка в момент максимального напряжения; Д. Наличие дополнительных хорд; Е. Продолжительность диастолы.

- а) верно А,Г,Е
- б) верно Б,Е
- в) верно А,Б,Г
- г) верно Г,Д,Е

005. ЭКГ признаки нижнего инфаркта миокарда:

А. Патологический зубец Q в 2,3 aVF отведениях; Б. Подъем сегмента ST в отведениях 2,3, aVF; В. Подъем сегмента ST в отведениях V1-2; Г. Увеличений амплитуды зубца R в отведениях V 1-2; Д. Депрессия сегмента ST в отведениях V 1-2 в сочетаниях с положительными зубцами T

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В,Г,Д
- в) верно А,Б,Г,Д
- г) верно Г,Д

006. Распространенному переднему инфаркту миокарда характерны следующие прямые и реципрокные изменения на ЭКГ: А. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-2; Б. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-6, aVL; В. Реципрокные изменения в отведениях 2,3,aVF; Г. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях 2,3,aVF; Д. Реципрокные изменения в отведениях V1-3,aVL; Е. Реципрокные изменения в отведениях V1-3

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно Г,Д
- г) верно Е

007. ЭКГ признаки эктопического ритма из левого желудочка:

А. Обычно ширина комплекса 0.12 сек<QRS; Б. Комплекс QRS в виде Rs в отведениях V1-2; В. Уширение комплекса QRS преимущественно за счет зубца R в отведениях V5-6; Г. Депрессия сегмента ST в отведениях V5-6

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно А,В,Г

008. Укажите частоту замещающего ритма из волокон Пуркинье:

А. Менее 20 в мин; Б. 20-30 в мин; В. 40-50 в мин; Г. 60-80 в мин

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

009. При ЭХОКГ в парастернальном доступе по длинной оси изучаются следующие анатомические структуры сердца:

А. Аорта; Б. Левое предсердие; В. Левый желудочек; Г. Правый желудочек

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно все перечисленное

010. К водорастворимым бета-адреноблокаторам относятся:

А. Пропранолол; Б. Атенолол; В. Метопролол; Г. Соталол; Д. Карведилол; Е. Бисопролол; Ж. Бетаксоллол.

- а) верно Б, Г
- б) верно Е
- в) верно А, Б, В, Г
- г) верно А, В, Д, Ж

011. Локализация действия гипотиазида на различные части нефрона:

А. Проксимальный извитой каналец; Б. Восходящая часть петли Генле; В. Дистальный извитой каналец; Г. Собираательные трубочки.

- а) верно А

- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

012. Стенокардия напряжения I Функциональный класс (Канадская классификация):

А. Приступы возникают рано утром при вставании; Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге; В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе; Г. Нагрузка на велоэргометре 80 w вызывает стенокардию; Д. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.

- а) верно А, В
- б) верно Б

013. Ограничения стресс-ЭКГ метода при диагностике ИБС:

А. Результаты трудно интерпретировать при наличии на исходной ЭКГ депрессии сегмента ST; Б. Имеются трудности в обеспечении воспроизводимости оценки результатов исследования; В. Результаты трудно интерпретировать при наличии гипертрофии миокарда, феномена WPW; Г. Результаты трудно интерпретировать при наличии внутрижелудочковой блокады; Д. Результаты трудно оценить при наличии выраженной эмфиземы легких; Е. Результаты трудно оценивать при наличии ожирения III ст. и больших молочных железах; Ж. Точность диагностики снижается при наличии поражения правой коронарной артерии.

- а) верно Е, Ж
- б) верно Б, Д
- в) верно Д, Е
- г) верно А, В, Г

014. Препараты, польза которых доказана при терапии больных ИБС, перенесших ИМ, включая стабильную стенокардию напряжения без застойной сердечной недостаточности:

А. Неселективный бета-адреноблокатор - пропранолол (обзидан); Б. Неселективный бета-блокатор - надолол (коргард); В. Неселективные бета-блокаторы с симпатомиметическим действием (сектраль, вискен); Г. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол); Д. Метаболические препараты (АТФ, неотон, рибоксин, предуктал); Е. Антагонисты кальция (дилтиазем, верапамил); Ж. Антагонисты кальция из группы дигидропиридинов (нифедипин, норваск, плендил и др.); З. Нитраты длительного действия (ретардные формы нитросорбида, 5-моонитрата); И. Дезагреганты (аспирин, плавикс); К. Антиоксиданты (лизивит - С и др.).

- а) верно А, Г, Е, И
- б) верно З
- в) верно Б, В, Д, Ж, К
- г) верно А, Б, В, З

015. Эффективные разовые дозы метопролола (корвитол) у больных стенокардией:

А. 20мг; Б. 40 - 80мг; В. 50 - 100мг; Г. 150 - 200мг.

- а) верно В
- б) верно А
- в) верно Г
- г) верно Б

016. Сроки начала повышения содержания трансаминаз крови при инфаркте миокарда: А. Спустя 2 часа от появления симптомов; Б. Спустя 4 часа от появления симптомов; В. Спустя 6-8 часов от появления симптомов; Г. Спустя 12 часов от появления симптомов.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

017. Изменения ЭКГ, которые могут быть обусловлены не только инфарктом миокарда:

А. Наличие QS в V1 - V3 отведениях; Б. Наличие QR в V1 - V3 отведениях (ширина Q 0,03 см и более); В. Наличие зубца Q глубиной 20% и более от высоты зубца R в I и aVL отведениях; Г. Наличие QS в III отведении; Д. Наличие зубца Q во II и III отведениях (глубина Q в III отведении более 25% от высоты зубца R и ширина 0,03 см и более); Е. Наличие подъема сегмента ST и последующего образования отрицательного Т в отведениях с патологическим зубцом Q; Ж. Высокие зубцы R и Т в V1 - V2.

- а) верно А, Г, Ж
- б) верно А, В, Г
- в) верно А, Д, Е
- г) верно Б, В, Д, Е

018. Продолжительность болевого синдрома при стенокардии стабильного течения:

А. Острая боль у мужчины 60 лет продолжительностью 5 - 10 сек в области левого соска; Б. Болевые ощущения, возникающие в течение 2-3 недель после физической нагрузки, продолжительностью от 30 мин. до 1 часа и более без изменений на ЭКГ; В. Чувство сдавления в шее, возникающее при выходе на улицу в течение последнего месяца (декабря), продолжительностью около 5 мин.; Г. Боли в эпигастрии, возникающие в последнюю неделю в предутренние часы, пробуждающие больного от сна, продолжительностью около 15 мин. и купирующиеся через несколько минут после присаживания в постели; Д. Боли в правом плече, ранее провоцировавшиеся быстрой ходьбой, исчезавшие после остановки, сегодня возникли после ужина и продолжаются уже более 20 мин.

- а) верно Б, Г, Д
- б) верно А
- в) верно В
- г) верно Б

019. Патогенез острого коронарного синдрома при инфаркте миокарда с зубцом Q:

А. Критический стеноз коронарной артерии; Б. Разрыв бляшки; В. Эрозирование бляшки; Г. Увеличение содержания в бляшке макрофагов, активированных Т-лимфоцитов; Д. Пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки; Е. Частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом; Ж. Полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом; З. Вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.

- а) верно Б, В, Г, Д, З
- б) верно Б, В, Г, Е
- в) верно А
- г) верно Б, В, Г, Ж

020. Противопоказания для применения бета-адреноблокаторов у больных острым коронарным синдромом:

А. Рефлекторная синусовая тахикардия; Б. Артериальная гипертония; В. Острая сердечная недостаточность; Г. Выраженные периферические симптомы (гипоперфузия тканей); Д. фибрилляция предсердий (тахикардия); Е. фибрилляция предсердий (брадикардия); Ж. Бронхиальная астма (в анамнезе); З. перемежающаяся хромота, сахарный диабет II типа; И. урежение ЧСС до 70 в 1 мин; К. урежение ЧСС до 60 - 50 в 1 мин или на 15% - 20%.

- а) верно А, Б, Д
- б) верно В, Г, Е, Ж
- в) верно К
- г) верно З, И

021. Относительные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

А. Геморрагический диатез; Б. Пункция сосудов и отсутствие возможности их компрессии; В. Травматическая реанимация; Г. Недавняя лазеротерапия заболеваний сетчатки; Д. Сохранение высокого артериального давления (систолическое давление выше 180 мм.рт.ст.).

- а) верно Б, В, Г, Д
- б) верно Б, В
- в) верно Г, Д
- г) верно А

022. Сопутствующие заболевания влияющие на прогноз, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертонией:

А. Содержание общего холестерина в крови более 6,5 ммоль; Б. Содержание общего холестерина в крови более 5,2 ммоль; В. Сахарный диабет; Г. Семейные случаи развития сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте после 60 лет; Д. Гипертрофия левого желудочка; Е. Наличие атеросклеротических бляшек в артериях; Ж. Застойная сердечная недостаточность; З. Протеинурия, концентрация креатинина в крови 1,2 - 2 мг %; И. Почечная недостаточность; К. Расслаивающаяся аневризма аорты, перемежающаяся хромота.

- а) верно А,В,Г
- б) верно И
- в) верно Ж,И,К
- г) верно все перечисленное

023. Первый выбор препарата у больных артериальной гипертонией и нарушениями ритма (синусовая тахикардия, наджелудочковые, желудочковые аритмии):

А. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы; Б. Диуретики; В. Центральные антагонисты; Г. Верапамил; Д. Дилтиазем; Е. Нифедипин-ретард и другие препараты данной группы; Ж. Ингибиторы АПФ; З. Альфа 1 - адреноблокаторы.

- а) верно Б
- б) верно А
- в) верно А,В,Г,Д
- г) верно Г,Е

024. Обструктивная форма гипертрофической кардиомиопатии:

А. Концентрическая гипертрофия миокарда; Б. Апикальная гипертрофия миокарда; В. Гипертрофия межжелудочковой перегородки; Г. Гипертрофия передней стенки левого желудочка; Д. Гипертрофия правого желудочка.

- а) верно В
- б) верно А,В
- в) верно А,Б,Г,Д
- г) верно Б,Д

025. Какие из перечисленных эхокардиографических показателей наиболее характерны для острого диффузного миокардита?

А. Раннее ремоделирование полости левого желудочка; Б. Наличие внутривентрикулярных тромбов; В. Преходящее увеличение толщины стенки миокарда; Г. Дилатация полостей сердца; Д. Нарушение диастолической функции миокарда при нормальной систолической; Ж. Снижение общей сократительной способности миокарда.

- а) верно В,Д
- б) верно А,Д
- в) верно Б,В,Ж
- г) верно Г,Ж

026. Клинические симптомы у больных с экссудативным перикардитом с тампонадой:

А. Быстро прогрессирующее падение АД; Б. Тупые, ноющие боли в левой половине грудной клетки; В. ЧСС более 100 ударов в минуту в покое; Г. Частота дыхания более 20 в минуту в покое.

- а) верно Б
- б) верно А,Б,В,Г
- в) верно А,В,Г
- г) верно А,Б

027. Глюкокортикоиды у больных с фибринозным перикардитом, не показаны:

А. При остром перикардите у больных с системной красной волчанкой; Б. При эпистенокардитическом перикардите; В. При гнойном перикардите; Г. При перикардите вирусной этиологии.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Б,В,Г
- г) верно Б

028. Клинико-лабораторные данные, используемые в качестве малых критериев в проявлении инфекционного эндокардита:

А. Наличие предрасполагающих заболеваний сердца (пороки, гипертрофическая кардиомиопатия и др.); Б. Вмешательства, сопровождаемые возникновением бактериемии; В. Повышение температуры тела (37,2 - 37,5 С); Г. Лихорадка 38 С и более

- а) верно В
- б) верно А,Б
- в) верно А,Б,Г
- г) верно А,В

029. Факторы повышенного риска быстрого развития деструктивных изменений клапанного аппарата сердца:

А. Золотистый стафилококк — причина эндокардита; Б. Вегетации в диаметре более 1 см; В. Грибковый эндокардит; Г. Мелкие геморрагические высыпания на коже.

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно Г
- г) верно В

030. Относительные показания для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом, с искусственным клапаном:

А. Рецидив эндокардита после эффективного лечения у больного; Б. Стафилококковый эндокардит; В. Стрептококковый эндокардит; Г. Большие вегетации (более 10 мм); Д. Рецидив эндокардита у больного с исходно нормальными клапанами.

- а) верно Б,Г,Д
- б) верно А
- в) верно В
- г) верно А,Д,В

031. Клинические проявления митрального стеноза тяжелой степени:

А. Возможно бессимптомное течение; Б. Одышка при нагрузке (II функц. кл.); В. Одышка при нагрузке (II - III функц. кл.); Г. Нетяжелая правожелудочковая недостаточность; Д. Тяжелая правожелудочковая недостаточность; Е. Отсутствие легочной гипертензии; Ж. Выраженная легочная гипертензия.

- а) верно В,Г
- б) верно Ж
- в) верно А,Б,Е
- г) верно Д,Ж

032. Протезирование аортального клапана при аортальном стенозе показано при:

А. Тяжелом аортальном стенозе при беременности; Б. При аортальном стенозе вследствие врожденных изменений клапана; В. При тяжелом аортальном стенозе (в том числе и бессимптомном) с дисфункцией левого желудочка; Г. Отказе больного от радикальной операции; Д. При тяжелом аортальном стенозе с клиническими проявлениями (одышка, синдром стенокардии, обмороки).

- а) верно А,Б,Г
- б) верно А,В
- в) верно В,Д
- г) верно А,Д

033. К жизнеопасным аритмиям по клинической классификации желудочковых аритмий T.Bigger относится:

А. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Б. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца. В. Устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Б,В
- г) верно В

34. Дигоксин как препарат, уменьшающий частоту желудочковых сокращений, применяется при следующих нарушениях ритма:

А. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных без дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения. Б. Фибрилляция и трепетание предсердий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта. В. Фибрилляция и трепетание предсердий при скрытом (только ретроградно проводящем) дополнительном пути. Г. Предсердная тахикардия у больных без дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения.

- а) верно А,Б,В,Г
- б) верно А,В,Г
- в) верно Б,В
- г) верно В

035. При возникновении жизнеопасных желудочковых аритмий наиболее эффективный способ лечения нарушения ритма сердца:

А. Радиочастотная катетерная деструкция. Б. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора. В. Назначение антиаритмических препаратов. Г. Имплантация электрокардиостимулятора.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

036. Купирование с помощью вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса) не эффективно при следующих нарушениях ритма:

А.Полиморфная (многоочаговая) предсердная тахикардия. Б. Синоатриальная тахикардия. В. Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Г. Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей проведения (Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта). Д. Желудочковая тахикардия.

- а) верно А,Г
- б) верно А,Д
- в) верно Б,В,Г

г) верно Б,Д

037. Электрокардиографические проявления, характерные для полной АВ блокады:

А. Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов. Б. На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия. В. Постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS. Г. Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

038. Изменения ЭКГ, характерные для синдрома Бругада:

А. Продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта волны. Б. Блокада правой ветви пучка Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2. В. Продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, наличие дельта волны. Г. Продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ветви пучка Гиса.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

039. Безопасные аритмии их прогностическое значение:

А. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Б. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца. В. Устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса.

- а) верно А
- б) верно А,В
- в) верно Б
- г) верно В

040. Мероприятия, купирующие трепетание предсердий:

А. Введение антиаритмика. Б. Электрокардиостимуляция. В. Электроимпульсная терапия.

- а) верно А,Б,В
- б) верно А,В
- в) верно Б
- г) верно В

041. Принадлежность препаратов к I"С" классу антиаритмических средств:

А. Кордарон. Б. Дофетилид. В. Хинидин. Г. Лидокаин. Д. Дилтиазем. Е. Пропафенон. Ж. Атенолол.

- а) верно В
- б) верно Г
- в) верно Е
- г) верно Ж

042. Радиочастотная катетерная деструкция эффективна при следующих нарушениях ритма сердца:

А. Фибрилляция предсердий. Б. Трепетание предсердий. В. Атриовентрикулярные реципрокные тахикардии (АВ узловая тахикардия и АВ тахикардия при наличии дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения). Г. Желудочковая тахикардия у больных с органическим поражением сердца.

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Г

043. Проведение электроимпульсной терапии используется для купирования следующих нарушений ритма сердца:

А. Фибрилляция предсердий. Б. Трепетание предсердий. В. Фибрилляция желудочков. Г. Атриовентрикулярная узловая тахикардия.

- а) верно А,Б,В,Г
- б) верно А,Б,Г
- в) верно Б,В
- г) верно Б,Г

044. Показанием для имплантации электрокардиостимулятора больным синдромом слабости синусового узла является:

А. Частота сердечных сокращений менее 50 в мин без клинических проявлений брадиаритмии. Б. Частота сердечных сокращений менее 40 в мин даже без клинических проявлений брадиаритмии. В. Только брадиаритмия, сопровождающаяся клиническими симптомами (обмороком, значительным снижением работоспособности и т.д.).

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В

045. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца:

А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо.

- а) верно Б
- б) верно А
- в) верно В
- г) верно Д

046. Условия, не ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью:

А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникшая брадикардия на терапии гликозидами.

- а) верно Г, Д
- б) верно Г
- в) верно А
- г) верно Б

047. Для каких поражений сердца характерно наличие систолической формы сердечной недостаточности:

А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В, Г
- г) верно Д, Е

048. Какие эхокардиографические данные характерны для изолированной формы диастолической сердечной недостаточности:

А. Значительно увеличенный размер левого желудочка; Б. Нормальный размер левого желудочка; В. Значительно увеличенный размер левого предсердия; Г. Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм без увеличения полости левого желудочка; Д. Наличие большого количества жидкости в перикарде и нормальные размеры левого желудочка.

- а) верно Б, В
- б) верно Б, В, Г, Д
- в) верно А, В
- г) верно А, В, З, Д

049. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или корректировать клинические проявления сердечной недостаточности II функционального класса:

А. Ограничить потребление жидкости до 1,5-2 л; Б. В качестве физических тренировок рекомендовать бег трусцой; В. Рекомендовать прием малых доз спиртных напитков; Г. Запретить вакцинацию против гриппа; Д. Резко ограничить половые сношения; Е. Ограничить физические нагрузки до малых.

- а) верно Г
- б) верно А
- в) верно Е
- г) верно А, Е

050. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в первые несколько часов после купирования отека легких:

А. Полный покой; Б. Домашний или палатный режим; В. Постельный режим; Г. Дополнительный дневной отдых; Д. Пассивные физические упражнения.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно В,Д
- г) верно Б

051. В каких случаях абсолютно противопоказано назначение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов:

А. Подклапанный стеноз устья аорты; Б. Клапанный стеноз устья аорты; В. Аллергические реакции (на другие препараты); Г. Ангioneвротические отеки (в анамнезе); Д. Выраженная форма почечной недостаточности; Е. Альбуминурия у больных с поражением почек при других заболеваниях.

- а) верно Г,Д
- б) верно Д
- в) верно Е
- г) верно Г

052. Какие известные вазодилататоры, кроме иАПФ, улучшают выживаемость у больных сердечной недостаточностью:

А. Нитросорбид, 5-мононитрат в дозе 10 мг 4 раза в сутки; Б. Апрессин в дозе 300 мг в сутки; В. Молсидомин-ретард 8 мг 2 раза в сутки; Г. Ретардная форма нитросорбида, 5-мононитрата в суточных дозах до 100-120 мг в комбинации с апрессинном в суточной дозе до 300 мг в сутки у лиц негроидной расы; Д. Амлодипин, фелодипин 5 мг 1-2 раза в сутки; Е. Верапамил-SR в дозе 120 мг 2 раза в сутки; Ж. Дилтиазем 90-120 мг 3 раза в сутки; З. Празозин 1-2 мг 3 раза в сутки.

- а) верно Г
- б) верно Д
- в) верно А
- г) верно З

053. Эффективно применение при электромеханическая диссоциация в кардиопульмональной реанимации:

А. Электрическая дефибрилляция; Б. Электрическая кардиостимуляция; В. Адреналин; Г. Амиодарон

- а) верно А,В,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В,А
- г) верно Г

054. Общие факторы риска развития ИБС и внезапной смерти (ВС) среди лиц с ИБС: А. Дислипидемия, артериальная гипертония, сахарный диабет; Б. Желудочковые экстрасистолы; В. Пароксизмы фибрилляции предсердий; Г. Удлинение интервала QT

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

055. Группа высокого риска внезапной смерти у больных после перенесенного инфаркта миокарда:

А. Стеноз одной коронарной артерии более 70%, фракция выброса 60%, во время нагрузки на частоте сердечного ритма 130 уд в 1 мин возникла стенокардия; Б. Безболевого депрессия сегмента ST на ЧСС 90 уд. в 1 мин, зоны акинезии передней и нижней стенки левого желудочка, три подряд желудочковых экстрасистолы на ВЭМ пробе при ЧСС 80 уд в 1 мин; В. Фракция выброса левого желудочка 34%, на Холтер-ЭКГ - три - пять подряд желудочковых экстрасистолы, во время внутрисердечной электрокардиостимуляции возник короткий пароксизм желудочковой тахикардии; Г. Стеноз двух коронарных артерий 70%, зона гипокинезии в области нижней стенки левого желудочка, во время ВЭМ пробы зарегистрированы 3 предсердных экстрасистолы и максимальная ЧСС – 140 уд в 1 мин (субмаксимальный уровень нагрузки)

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В
- г) верно В,Г

056. Данные инструментальных исследований у больных гипертрофической кардиомиопатией при повышенном риске внезапной смерти:

А. Отсутствие повышения артериального давления во время пробы с физической нагрузкой; Б. Снижение АД во время пробы с физической нагрузкой; В. Артериальное давление повышается соответственно уровню нагрузки

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно Б,В
- г) верно В

057. Роль имплантированного кардиовертера-дефибриллятора в уменьшении риска внезапной смерти (ВС) у различных групп больных:

А. Больные с фракцией выброса левого желудочка менее 36% и короткими пароксизмами желудочковой тахикардии (ЖТ); Б. Больные с фракцией выброса 40% —36% и ЖТ, спровоцированной электрокардиостимуляцией; В. Больные с фракцией выброса левого желудочка менее 36% и с наличием поздних потенциалов; Г. Больные после успешной реанимации в связи с фибрилляцией сердца и без выраженной сердечной недостаточностью; Д. Больные после успешной реанимации и получающих кордарон

- а) верно А,Б,Г,Д
- б) верно Б,В,Д
- в) верно В,Г
- г) верно В

058. Синкопальные состояния аритмогенной природы вероятны при следующей патологии: А. Блокада левой ножки пучка Гиса; Б. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса; В. Блокада правой ножки пучка Гиса с подъемом сегмента ST в отведениях V1 -2; Г. AV блокада I степени; Д. AV блокада II степени

- а) верно А,В,Д
- б) верно А,Б,Г
- в) верно Б,В,Д
- г) верно Б,Г

059. Относительно низкий риск внезапной смерти у больных с синкопальными состояниями различной этиологии:

А. Аортальный стеноз; Б. Гипертрофическая кардиомиопатия; В. Дилатация камер сердца со сниженной фракцией выброса; Г. Синдром слабости синусового узла; Д. Частые пароксизмы суправентрикулярной тахикардии; Ж. Пароксизмы желудочковой тахикардии

- а) верно А,Б,В,Ж
- б) верно А,В,Д
- в) верно Б,Д,Ж
- г) верно Г,Д

060. Ортостатическая гипотония вследствие нарушений регуляции сосудистого тонуса в развитии синкопальных состояний:

А. Может возникнуть при использовании лекарственных препаратов; Б. Возникают при болезни Аддисона; В. Встречается при диабетической нейропатии и амилоидозе; Г. Развивается при диарее; Д. Может возникать при болезни Паркинсона

- а) верно А,В,Д
- б) верно А,Б,Г
- в) верно Б,Г
- г) верно Г,Д

061. Первый тип расслоения аорты по классификации Де Беки в зависимости по локализации:

А. Расслоение происходит и сохраняется в восходящей аорте; Б. Расслоение происходит в восходящей аорте, распространяется на дугу и нередко захватывает дистальный отдел аорты; В. Расслоение происходит в нисходящем отделе и распространяется дистально; Г. Расслоение происходит в нисходящем отделе и редко распространяется ретроградно на дугу и восходящий отдел

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В,Г
- г) верно Г

062. Наиболее частые причины аневризмы дуги аорты:

А. Атеросклероз; Б. Специфические инфекции; В. Дегенеративный некроз гладких мышц и эластических волокон (синдром или болезнь Марфана); Г. Аортиты; Д. Автомобильные травмы

- а) верно А,Б,В
- б) верно А,Б,Г

- в) верно А,Д
- г) верно Г,Д

063. Укажите причины острой артериальной первичной (тромботической) окклюзии при различных заболеваниях:

А. Пороки сердца; Б. Нарушения ритма сердца, особенно, фибрилляция предсердий; В. Искусственные клапаны сердца; Г. Инфекционный эндокардит; Д. Дилатационная кардиомиопатия; Ж. Атеросклероз

- а) верно А,Б,В
- б) верно В,Г,Ж
- в) верно А,Б,В,Г,Д,Е
- г) верно Е,Ж

064. Рекомендации по профилактике тромбоза глубоких вен и ТЭЛА в группе низкого риска: А. Ранняя мобилизация больных; Б. Механическое воздействие - ношение эластичных чулок или градуированная пневматическая компрессия; В. Введение гепарина или низкомолекулярного гепарина; Г. Прием непрямых антикоагулянтов

- а) верно А,Б
- б) верно А,Б,В
- в) верно А,Б,В,Г
- г) верно А,Г

065. Характерные изменения ЭКГ позволяющие предположить ТЭЛА:

А. Блокада правой ножки пучка Гиса; Б. Островозникшая полная блокада ЛНПГ; В. Подъем сегмента ST в 2-х и более смежных отведения; Г. Синусовая тахикардия; Д. Синусовая брадикардия; Е. Появление патологического зубца Q или QRS в нескольких отведениях; Ж. Тяжелые желудочковые нарушения ритма сердца; З. Появление высокого зубца Р в отведениях 2,3,aVF

- а) верно А,В,Д
- б) верно А,Г,З
- в) верно Б,В,Д
- г) верно Б,Д,Ж,З

066. Данные объективного обследования беременных женщин с недостаточностью клапанов аорты:

А. Одышка. Б. Сердцебиение. В. Стенокардия. Г. Головокружение. Д. Периферические отеки. Е. Наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких. Ж. Снижение САД и ДАД. З. САД повышается, а ДАД снижается. И. Акроцианоз.

- а) верно А,Б,Д,Ж
- б) верно А,В
- в) верно А, Б,В, Г, Д, Е,З, И
- г) верно Б,З

067. Отличительные признаки дилатационной кардиомиопатии у беременных:

А. Одышка, сердцебиения, отеки, утомляемость появились в ранние сроки беременности. Б. Симптомы недостаточности кровообращения выявились на последнем месяце беременности и сохранялись не более 5 месяцев послеродового периода. В. Симптомы недостаточности кровообращения регистрировались до возникновения беременности и усилились в период беременности и послеродовом периоде. Г. У 50% женщин симптомы недостаточности кровообращения, возникшие в последнем триместре беременности, уменьшаются через 5-6 месяцев послеродового периода.

- а) верно А,В
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В
- г) верно Б,Г

068. Факторы, неблагоприятное влияние которых не доказано при внесердечной операции: А. артериальная гипертензия. Б. диабет 1-го типа. В. диабет 2-го типа. Г. возраст менее 60 лет. Д. возраст более 70 лет. Е. пол.

- а) верно А,Б,Г,Е
- б) верно А,В,Г
- в) верно Б,Д,Е
- г) верно В,Д

069. Рекомендуемый объем обследования у больных ИБС, которым предстоит внесердечная операция по неотложным показаниям:

А. повторно оценить необходимость проведения данной операции. Б. провести ВЭМ (тредмил). В. провести КАГ. Г. провести фармакологические или другие нагрузочные пробы. Д. регистрация ЭКГ. Е. суточное мониторирование ЭКГ.

- а) верно А,Б,Г,Д
- б) верно А,В,Д
- в) верно В
- г) верно Г,Е

070. Заболевания, не влияющие на число сердечно-сосудистых осложнений на величину риска внесердечной операции у кардиологических больных:

А. сахарный диабет. Б. бронхиальная астма. В. ХПН. Г. катаракта. Д. стеноз сонной артерии. Е. хр. бронхит.

- а) верно А,Б,В,Д
- б) верно А,Д
- в) верно Б,В,Е
- г) верно Г,Е

071. Необходимость проведения нагрузочных проб у больных, перенесших инфаркт миокарда более 6 месяцев назад, в зависимости от характера операции и при наличии стенокардии:

А. резекция легкого. Б. ортопедическая операция. В. удаление катаракты. Г. иссечение келлоидного рубца. Д. трансуретральная простатэктомия. Е. гемиколонэктомия.

- а) верно А,Б,Г,Д,Е
- б) верно А,Е
- в) верно В,Г
- г) верно Д,Е

072. Объем обследования перед внесердечной операцией у больного ИБС со сниженной функцией ЛЖ:

А. ЭКГ. Б. ВЭМ или тредмил. В. ЭхоКГ. Г. КАГ. Д. фармакологические пробы.

- а) верно А,Б,Д
- б) верно А,В
- в) верно А,Г
- г) верно В

073. Эндогенные факторы, снижающие артериальное давление:

А. Простаглицлин; Б. Ангиотензин-2; В. Кортизол; Г. Эндотелин.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно В,Г
- г) верно Б,В,Г

074. Основные физиологические механизмы - метаболической регуляции миокарда:

А. Аденозин; Б. β_2 - адренорецепторы; В. α_1 - адренорецепторы; Г. М - холинорецепторы.

- а) верно А
- б) верно Б,В,Г
- в) верно А,Б,В
- г) верно А,Б

075. Какие дополнительные пучки соединяют предсердия с пучком Гиса:

А. Пучок Кента; Б. Пучок Махайма; В. Пучок Джеймса.

- а) верно В
- б) верно А
- в) верно Б
- г) верно А и В

076. Характеристика трикуспидального клапана:

А. Регулирует поток через правое атриовентрикулярное отверстие; Б. Имеет более выраженную зону крепления створок, т.к. функционирует в условиях более высокого давления; В. Клапан близко примыкает к соответствующему полулунному клапану; Г. Связан хордами с двумя группами сосочковых мышц; Д. Имеет небольшие сосочковые мышцы; Е. Регулирует поток через левое атриовентрикулярное отверстие.

- а) верно Б,В,Г,Д
- б) верно В,Г,Е
- в) верно А,Д
- г) верно А,Б,В

077. Транспорт экзогенных триглицеридов осуществляется:

А. ЛПОНП; Б. ЛПНП; В. Хиломикроны; Г. ЛПВП; Д. Ремнантные частицы.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Б,Г
- г) верно В,Г

078. Особенности сократительной функции миокарда:

А. Сила сокращения мышцы не зависит от величины стимулирующего импульса; Б. Сила сокращения зависит от степени растяжения; В. Мышца способна к развитию суммированного сокращения (тетанус); Г. Скорость сокращения уменьшается при увеличении нагрузки.

- а) верно А,В
- б) верно В,Г
- в) верно Б,В
- г) верно А,Б,В,Г

079. При ЭХОКГ в парастернальном доступе по длинной оси изучаются следующие анатомические структуры сердца:

А. Аорта; Б. Левое предсердие; В. Левый желудочек; Г. Правый желудочек

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно все перечисленное

080. КСР левого желудочка, измеренного при ЭХОКГ не должно превышать:

А. 2.6 см; Б. 4.0 см; В. 4.5 см; Г. 5.0 см

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

081. Изменение внутрисердечного кровотока на уровне каких структур при доплерКГ свидетельствует о нарушении оттока из левого желудочка:

А. Митральный клапан; Б. Аортальный клапан; В. Ниже уровня аортального клапана; Г. В восходящем отделе аорты

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно Г

082. Масса миокарда левого желудочка по данным ЭХОКГ в граммах у женщин:

А. 99; Б. 120; В. 135; Г. 150

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

083. Локализация действия верошпирона на различные части нефрона:

А. Проксимальный извитой каналец; Б. Восходящая часть петли Генле; В. Дистальный извитой каналец; Г. Собирательные трубочки.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

084. Показания для коронарной ангиографии с целью диагностики заболевания:

А. У больных стабильной стенокардией, у которых безболевая депрессия сегмента ST возникает на нагрузке при частоте ритма более 120 в 1 мин; Б. У больных стабильной стенокардией, у которых депрессия сегмента ST возникает после прекращения нагрузки и сохраняется более 5 мин.; В. У больных стабильной стенокардией и подозрением на поражение основного ствола левой коронарной артерии; Г. У больных с подозрением на ИБС и работающих в особых условиях (пилоты, милиция и др.); Д. У больных с подозрением на ложно-положительные результаты стресс-тестов; Е. У больных с тяжело протекающими пароксизмами желудочковой тахикардии.

- а) верно А, Б, В

- б) верно Г, Д, Е
- в) верно Б, В
- г) верно А, Д

085. Эффективным антиангинальным препаратом у больных ИБС при наличии гипертрофической кардиомиопатии является:

А. Кардиоселективные бета-блокаторы; Б. Неселективные бета-адреноблокаторы; В. Антагонисты кальция; Г. Нитраты (в качестве монотерапии).

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно Б

086. Варианты исходов ишемии миокарда коронарогенного характера - "Оглушенный миокард":

А. Возникает после кратковременной ишемии миокарда; Б. Возникает в результате наличия длительно существующей ишемии миокарда; В. Миоциты сохраняют жизнеспособность; Г. Миоциты погибают.

- а) верно Б, В
- б) верно Б, Г
- в) верно А, Г
- г) верно А, В

087. Аорто-коронарное шунтирование не увеличивает продолжительность жизни:

А. Больные с поражением 2-х коронарных артерий, не включающим проксимальный стеноз передней нисходящей ветви левой коронарной артерии; Б. Больные с поражением огибающей ветви левой коронарной артерии; В. Больные с поражением 3-х коронарных артерий и фракцией выброса менее 50%.

- а) верно А
- б) верно А, Б
- в) верно В
- г) верно Б

088. Минимальные объемы поражения миокарда, которые могут быть определены с помощью радионуклидной сцинтиграфии и дефекта перфузии:

А. Трансмуральное поражение миокарда; Б. Локальное поражение, составляющее более 50% толщины стенки желудочка; В. Локальное поражение, составляющее более 20% толщины стенки желудочка; Г. Объем поражения миокарда более 2,5 г; Д. Объем поражения миокарда более 10 г; Е. Объем поражения миокарда более 1 г.

- а) верно А, Б, Г
- б) верно Д
- в) верно В
- г) верно Е

089. Патогенез острого коронарного синдрома при нестабильной стенокардии:

А. Критический стеноз коронарной артерии; Б. Разрыв бляшки; В. Эрозирование бляшки; Г. Увеличение содержания в бляшке макрофагов, активированных Т-лимфоцитов; Д. Пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки; Е. Частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом; Ж. Полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом; З. Вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.

- а) верно Б, В, Г, Д, З
- б) верно Б, В, Г, Е
- в) верно А
- г) верно Б, В, Г, Ж

090. Антиангинальные препараты, используемые в ранние сроки от начала острого коронарного синдрома, способствующие купированию болевого синдрома и не влияющие на выживаемость:

А. Контролируемая (АД, ЧСС) инфузия нитроглицерина или нитросорбида; Б. Внутривенное введение метопролола с последующим приемом внутрь в суточной дозе 100 - 200 мг; В. Внутривенное введение верапамила с последующим переходом на прием внутрь у больного сердечной недостаточностью; Г. Внутривенное введение дилтиазема с переходом на прием внутрь у больных с нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда без зубца Q и с рецидивирующими приступами ишемии миокарда; Д. Монотерапия дигидропиридиновыми антагонистами кальция; Е. Рецидивы боли, ранняя стенокардия у больного с противопоказаниями для бета-блокаторов служат показанием для использования антагонистов кальция в случае отсутствия возможности хирургического вмешательства.

- а) верно Б, Г
- б) верно А, Е
- в) верно В, Г, Д

г) верно В, Д

091. Показания для применения бета-адреноблокаторов у больных острым коронарным синдромом:

А. Рефлекторная синусовая тахикардия; Б. Артериальная гипертония; В. Острая сердечная недостаточность; Г. Выраженные периферические симптомы (гипоперфузия тканей); Д. Мерцательная аритмия (тахикардия); Е. Мерцательная аритмия (брадикардия); Ж. Бронхиальная астма (в анамнезе); З. Перемежающаяся хромота, сахарный диабет II типа; И. Урежение ЧСС до 70 в 1 мин; К. Урежение ЧСС до 60 - 50 в 1 мин или на 15% - 20%.

- а) верно А, Б, Д
- б) верно В, Г, Е, Ж
- в) верно К
- г) верно З, И

092. Абсолютные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

А. Геморрагический диатез; Б. Пункция сосудов и отсутствие возможности их компрессии; В. Травматическая реанимация; Г. Недавняя лазеротерапия заболеваний сетчатки; Д. Сохранение высокого артериального давления (систолическое давление выше 180 мм.рт.ст.).

- а) верно Б, В, Г, Д
- б) верно Б, В
- в) верно Г, Д
- г) верно А

093. Терапия непрямymi антикоагулянтами у больных с острым коронарным синдромом:

А. Не вызывает лизиса тромба; Б. В комбинации с тканевым активатором улучшает восстановление проходимости коронарной артерии спустя несколько часов от начала терапии; В. В комбинации со стрептокиназой не улучшает восстановление проходимости коронарной артерии; Г. Достоверно не снижает риска реокклюзии коронарной артерии; Д. Уменьшает риск развития внутрисердечного тромбоза и тромбоэмболии; Е. Длительная терапия в комбинации с аспирином обеспечивает более значительное снижение риска развития инфаркта миокарда, чем только терапия аспирином у больных нестабильной стенокардией после выписки из стационара; Ж. В комбинации с аспирином обеспечивает наиболее благоприятные результаты в ранние сроки применения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST; З. Частично активированное тромбопластиновое время на терапии, превышающее 90 сек., значительно увеличивает риск развития геморрагического инсульта.

- а) верно А, Б, В, Г, Д, З
- б) верно А, Д, Ж
- в) верно А, Е
- г) верно А, В, Е, Ж

094. Использование верапамила у больных острым коронарным синдромом:

А. Для урежения желудочкового ритма у больных фибрилляцией предсердий, имеющих противопоказания для бета-блокаторов, без признаков сердечной недостаточности; Б. Рецидивирующие приступы стенокардии, не контролируемые нитратами, при наличии противопоказаний для бета-блокаторов, без застоя крови в легких; В. Ранняя постинфарктная стенокардия, не контролируемая бета-блокаторами и требующая комбинированной терапии с ними; Г. Препарат в качестве монотерапии без бета-блокаторов может увеличить риск смерти в ранние сроки заболевания.

- а) верно В
- б) верно Г
- в) верно В, Г
- г) верно А, Б

095. Эффективность блокаторов гликопротеиновых рецепторов (ГРПВ / ПИА) при остром коронарном синдроме доказана:

А. У больных, подвергающихся ангиопластики в ближайшие сроки; Б. У больных после ангиопластики в отдаленные сроки (несколько месяцев); В. У больных, перенесших инфаркт миокарда, как замена аспирина; Г. Риск возникновения нарушений ритма сердца увеличивается; Д. Увеличивается риск возникновения кровотечений.

- а) верно А, Б
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно Д

096. Особенности гемодинамических нарушений при кардиогенном шоке у больных инфарктом миокарда левого желудочка:

А. Среднее внутриартериальное давление ниже 70 мм.рт.ст.; Б. Почечный кровоток резко снижен и экскреция мочи 20 мл/час; В. Почечный кровоток умеренно снижен и экскреция мочи 40 мл/час; Г. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке около 20 мм.рт.ст.; Д. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке около 12 мм.рт.ст.; Е. Давление заклинивания в легочных капиллярах менее 12 мм.рт.ст.; Ж. Давление заклинивания в легочных капиллярах более 15 мм.рт.ст.; З. Наличие застоя крови в легких (рентгеновское исследование); И. Отсутствие застоя крови.

- а) верно А, Б, Г, Ж, З
- б) верно А, В, Д, Е
- в) верно А, В, Г, З
- г) верно А, Б, Д, Е, И

097. Выбор адреномиметического средства (допамина) при лечении кардиогенного шока с застоем крови в легких:

А. Систолическое АД около 80 мм.рт.ст.; Б. Систолическое АД около 70 мм.рт.ст.; В. Систолическое АД 60 мм.рт.ст. и ниже; Г. Препарат для лечения кардиогенного шока не используется; Д. Показанием для уменьшения вводимой дозы является повышение систолического давления до 95 мм.рт.ст. и увеличение застоя крови; Е. Усиление застоя крови при повышении систолического давления до 95 - 100 мм.рт.ст. является показанием для присоединения терапии нитропруссидом; Ж. Показанием для уменьшения дозы симпатомиметика является возникновение желудочковой тахикардии; З. Показанием для уменьшения дозы симпатомиметика является учащение сердечного ритма выше 120 ударов в мин; И. Препарат, оказывающий наиболее выраженное влияние на сократимость миокарда.

- а) верно В, Д, Е, И
- б) верно А, Е, Ж, З, И
- в) верно Г
- г) верно Б, Е, Ж, З

098. Влияние тромболитиков при лечении больных инфарктом миокарда на восстановление кровотока в пораженной артерии: А. Летальность снижается примерно в одинаковой степени при использовании всех тромболитиков; Б. Летальность в значительно большей степени снижается при лечении активаторами плазминогена; В. Частота эффективного тромболизиса наибольшая при использовании стрептокиназы; Г. Наибольшее влияние на лизис тромба оказывает время начала терапии; Д. Геморрагические инсульты достоверно чаще возникают при терапии стрептокиназой; Е. Геморрагические инсульты достоверно чаще возникают при терапии активаторами плазминогена; Ж. Геморрагические инсульты чаще возникают у молодых; З. Геморрагические инсульты чаще возникают у лиц старше 75 лет.

- а) верно А
- б) верно Б, В, Д, Е, Ж
- в) верно З
- г) верно Г

099. Польза от терапии тромболитиками больных инфарктом миокарда недоказана: А. У лиц старше 65 лет; Б. У лиц моложе 65 лет; В. У лиц с обширным инфарктом передней стенки левого желудочка; Г. У лиц с инфарктом миокарда с зубцом Q; Д. У лиц с систолическим АД выше 110 мм.рт.ст.; Е. У лиц с систолическим АД 90 - 110 мм.рт.ст.; Ж. У лиц с инфарктом миокарда без зубца Q; З. У больных с нестабильной стенокардией.

- а) верно А, В, Г
- б) верно Б, Д
- в) верно А, Е
- г) верно Ж, З

001. ЭКГ данные, свидетельствующие об эффективности тромболизиса у больных инфарктом миокарда:

А. Нарастание боли во время восстановления кровотока; Б. Исчезновение боли после тромболизиса; В. Ликвидация нарушений ритма после лизиса тромба; Г. Появление после тромболизиса нарушений ритма и проводимости; Д. Предполагаемое время тромболизиса - примерно 30 - 45 мин.; Е. Уменьшение степени подъем сегмента ST на 70% и более к 180 мин от начала терапии; Ж. Увеличение времени достижения максимального уровня повышения содержания в крови кардиоспецифических ферментов; З. Уменьшение времени достижения максимального уровня повышения содержания в крови кардиоспецифических ферментов.

- а) верно Б, Д
- б) верно Г, Е
- в) верно З
- г) верно А, В, Ж

1	в	26	б	51	а	76	в
2	б	27	в	52	а	77	б
3	а	28	в	53	б	78	г
4	б	29	а	54	а	79	г
5	а	30	а	55	в	80	б
6	б	31	г	56	б	81	б
7	г	32	в	57	а	82	а
8	б	33	г	58	а	83	г
9	г	34	б	59	г	84	б
10	а	35	б	60	а	85	а
11	в	36	б	61	б	86	г
12	б	37	а	62	б	87	б
13	г	38	б	63	г	88	б
14	а	39	в	64	а	89	а
15	а	40	а	65	б	90	б
16	в	41	в	66	в	91	а
17	а	42	б	67	а	92	г
18	в	43	а	68	а	93	в
19	г	44	в	69	б	94	г
20	б	45	а	70	г	95	а
21	а	46	а	71	а	96	а
22	в	47	в	72	б	97	г
23	в	48	б	73	а	98	г
24	а	49	г	74	а	99	г
25	в	50	в	75	а	100	б

ВАРИАНТ 2

001. Терминальные волокна разветвлений задней ветви левой ножки пучка Гиса располагаются:

А. Диафрагмальная стенка левого желудочка; Б. Передняя стенка левого желудочка; В. Передняя сосочковая мышца; Г. Задняя сосочковая мышца.

- а) верно Б,В
- б) верно А,Г
- в) верно А
- г) верно Б

002. Возможные причины перегрузки давлением левого желудочка:

А. Введение избыточного количества жидкости при гипотонии; Б. Врожденный порок сердца (болезнь Толочинова-Роже); В. Эритремия; Г. Коарктация аорты.

- а) верно Б,В
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно А,Б,В

003. Возможные причины недостаточности насосной функции левого желудочка:

А. Первичная легочная гипертензия; Б. Острый тромбоз правой коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; В. Острый тромбоз передней нисходящей коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; Г. Тяжелая эмфизема легких; Д. Коарктация аорты.

- а) верно А,В
- б) верно А,Б,В
- в) верно В,Д
- г) верно все перечисленное

004. Какие нижеперечисленные структуры сердца кровоснабжает левая коронарная артерия при сбалансированном типе коронарного кровообращения?

А. Передняя сосочковая мышца левого желудочка; Б. Атриовентрикулярное соединение (в большинстве случаев); В. Область разветвления передней ветви левой ножки пучка Гиса.

- а) верно А
- б) верно А,В
- в) верно В
- г) верно Б

005. Укажите ЭКГ признаки инфаркта миокарда задне-базальной области:

А. Увеличение продолжительности комплекса QRS до 0.10-0.11 сек; Б. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1-2; В. Снижение сегмента ST в отведениях V1-2; Г. Положительный зубец в отведениях V1-2; Д. патологический зубец Q или QS, подъём сегмента ST в отведениях V7-8

- а) верно А,Б,В
- б) верно Б,В,Г,Д
- в) верно Б,В,
- г) верно А,Д

006. Передне-перегородочному инфаркту миокарда характерны следующие прямые и реципрокные изменения на ЭКГ:

А. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-2; Б. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях V1-6, aVL; В. Реципрокные изменения в отведениях 2,3,aVF; Г. Прямые признаки инфаркта миокарда в отведениях 2,3,aVF; Д. Реципрокные изменения в отведениях V1-3, aVL; Е. Реципрокные изменения в отведениях V1-3

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно Г,Д
- г) верно Е

007. ЭКГ признаки эктопического ритма из правого желудочка:

А. Обычно ширина комплекса 0.12 сек < QRS; Б. Комплекс QRS в виде Rs в отведениях V1-2; В. Уширение комплекса QRS преимущественно за счет зубца R в отведениях V5-6; Г. Депрессия сегмента ST в отведениях V5-6

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно А,В,Г

008. ЭКГ признаки экстрасистол:

А. Возможно уширение комплекса QRS; Б. Возможно нормальная ширина комплекса QRS; В. Расстояние между нормальным и эктопическим комплексом меньше нормального расстояния RR; Г. Расстояние между нормальным и эктопическим комплексом больше нормального расстояния RR; Д. За эктопическим комплексом следует компенсаторная пауза

- а) верно В,Д
- б) верно Б,Д
- в) верно А,Б,В,Д
- г) верно А,Б,Г

009. Диагностическое значение снижение сегмента ST:

А. Может быть признаком острого инфаркта миокарда; Б. Может быть расценено как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркт миокарда; В. Является критерием положительной велоэргометрической пробы; Г. Встречается в отведениях V5-6 при блокаде левой ножки пучка Гиса

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно А,В
- г) верно А,Б,В,Г

010. Какие препараты из бета-адреноблокаторов в небольших дозах не влияют на сосудистый тонус:

А. Пропранолол; Б. Метопролол; В. Карведилол; Г. Небивалол; Д. Надолол; Е. Бетаксоллол.

- а) верно В, Г
- б) верно Г, Д
- в) верно А, Д
- г) верно Б, Е

011. Признаки насыщения сердечными гликозидами:

А. Укорочение интервала QT; Б. Корытообразная депрессия сегмента ST; В. Развитие брадикардии; Г. Появление желудочковых экстрасистол; Д. AV блокада I степени.

- а) верно А, Б, В, Д
- б) верно А, В, Г
- в) верно В, Г, Д
- г) верно Г

012. Другие возможные причины возникновения стенокардии напряжения являются такие сердечно-сосудистые заболевания как:

А. Атеросклеротическое сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50%; Б. Высокая артериальная гипертензия; В. Узелковый периартериит; Г. Коронарно-легочная фистула.

- а) верно Б, Г
- б) верно А
- в) верно В
- г) верно А, В

013. Методы диагностики ИБС, характеризующиеся высокой чувствительностью и специфичностью:

А. ЭКГ и физическая нагрузка; Б. ЭХОКГ и физическая нагрузка; В. Сцинтиграфия миокарда и физическая нагрузка; Г. ЭКГ и лекарственные пробы (дипиридамол, добутамин); Д. ЭХОКГ и лекарственные пробы; Е. Сцинтиграфия миокарда и лекарственные пробы; Ж. ЭКГ с отведениями по Нэбу.

- а) верно Ж
- б) верно Б, В, Д, Е
- в) верно А, Г
- г) верно Б, Г

014. Показания для коронарной ангиографии с целью выбора метода лечения (ангиопластика, АКШ):

А. У больных стабильной стенокардией, у которых безболевая депрессия сегмента ST возникает на нагрузке при частоте ритма более 120 в 1 мин; Б. У больных стабильной стенокардией, у которых депрессия сегмента ST возникает после прекращения нагрузки и сохраняется более 5 мин.; В. У больных стабильной стенокардией и подозрением на поражение основного ствола левой коронарной артерии; Г. У больных с подозрением на ИБС и работающих в особых условиях (пилоты, милиция и др.); Д. У больных с подозрением на ложно-положительные результаты стресс-тестов; Е. У больных с тяжело протекающими пароксизмами желудочковой тахикардии.

- а) верно А, Б, В
- б) верно Г, Д, Е
- в) верно Б, В
- г) верно А, Д

015. Мероприятия вторичной профилактики ИБС, перенесших ИМ польза которых доказана:

А. Отказ от курения; Б. Уменьшение индекса массы тела в пределах 21 - 25 кг/м²; В. Снижение содержания в крови гликозированного гемоглобина в пределах 6%; Г. заместительная гормональная терапия женщин в менопаузе; Д. Бег трусцой; Е. Динамические нагрузки (ходьба) в течение 30 мин 3 - 4 раза в неделю; Ж. Дезагреганты (аспирин, плавикс).

- а) верно А, Б, В, Е, Ж
- б) верно Г
- в) верно А, Г, Д

016. Биохимические маркеры наличия некроза (ферменты, отражающие наличие гибели участка ткани - миокарда, гепатоциты, легочная ткань, мышечная ткань):

А. Общая ЛДГ и ее фракции; Б. Аланиновая трансаминаза; В. Аспаргиновая трансаминаза; Г. Миоглобин; Д. Общая КФК; Е. МВ фракция КФК; Ж. Тропонин I; З. Тропонин Т.

- а) верно А, Б, В, Г
- б) верно Д
- в) верно А, Д, Ж
- г) верно Е, Ж, З
- г) верно Г, Д

017. Характерные (специфические) изменения ЭКГ при инфаркте миокарда:

А. Наличие QS в V1 - V3 отведениях; Б. Наличие QR в V1 - V3 отведениях (ширина Q 0,03 см и более); В. Наличие зубца Q глубиной 20% и более от высоты зубца R в I и aVL отведениях; Г. Наличие QS в III отведении; Д. Наличие зубца Q во II и III отведениях (глубина Q в III отведении более 25% от высоты зубца R и ширина 0,03 см и более); Е. Наличие подъема сегмента ST и последующего образования отрицательного T в отведениях с патологическим зубцом Q; Ж. Высокие зубцы R и T в V1 - V2.

- а) верно А, Г, Ж
- б) верно А, В, Г
- в) верно А, Д, Е
- г) верно Б, В, Д, Е

018. Сроки нормализации содержания трансаминаз крови при инфаркте миокарда (без рецидива): А.

Спустя 2 - 3 дня; Б. Спустя 5 - 6 дней; В. Спустя 8 - 12 дней; Г. Спустя 2 недели.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Б
- г) верно Г

019. Минимальные объемы поражения миокарда, которые могут быть определены с помощью содержания тропонина I, T крови:

А. Трансмуральное поражение миокарда; Б. Локальное поражение, составляющее более 50% толщины стенки желудочка; В. Локальное поражение, составляющее более 20% толщины стенки желудочка; Г. Объем поражения миокарда более 2,5 г; Д. Объем поражения миокарда более 10 г; Е. Объем поражения миокарда более 1 г.

- а) верно А, Б, Г
- б) верно Д
- в) верно В
- г) верно Е

020. Патогенез острого коронарного синдрома при инфаркте миокарда без зубца Q:

А. Критический стеноз коронарной артерии; Б. Разрыв бляшки; В. Эрозирование бляшки; Г. Увеличение содержания в бляшке макрофагов, активированных Т-лимфоцитов; Д. Пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки; Е. Частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом; Ж. Полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом; З. Вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.

- а) верно Б, В, Г, Д, З
- б) верно Б, В, Г, Е
- в) верно А
- г) верно Б, В, Г, Ж

021. Показания для применения бета-адреноблокаторов у больных острым коронарным синдромом:

А. Рефлекторная синусовая тахикардия; Б. Артериальная гипертония; В. Острая сердечная недостаточность; Г. Выраженные периферические симптомы (гипоперфузия тканей); Д. Мерцательная аритмия (тахикардия); Е. Мерцательная аритмия (брадикардия); Ж. Бронхиальная астма (в анамнезе); З. Перемежающаяся хромота, сахарный диабет II типа; И. Урежение ЧСС до 70 в 1 мин; К. Урежение ЧСС до 60 - 50 в 1 мин или на 15% - 20%.

- а) верно А, Б, Д
- б) верно В, Г, Е, Ж
- в) верно К
- г) верно З, И

022. Абсолютные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

А. Геморрагический диатез; Б. Пункция сосудов и отсутствие возможности их компрессии; В. Травматическая реанимация; Г. Недавняя лазеротерапия заболеваний сетчатки; Д. Сохранение высокого артериального давления (систолическое давление выше 180 мм.рт.ст.).

- а) верно Б, В, Г, Д
- б) верно Б, В
- в) верно Г, Д
- г) верно А

023. Поражения органов мишеней влияющие на прогноз, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертонией:

А. Степень повышения артериального давления (1-3 степень); Б. Мужчины - старше 55 лет, женщины - старше 65 лет; В. Женщины в менопаузе; Г. Курение; Д. Избыточная масса тела; Е. Сужение артерий сетчатки; Ж. Отслойка сетчатки; З. Инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения; И. ИБС; К. Безболевые депрессии сегмента ST, выявляемые на Холтер ЭКГ.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Е
- г) верно все перечисленное

024. Первый выбор препарата у больных артериальной гипертонией и нарушениями ритма (синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, AV - блокада):

А. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы; Б. Диуретики; В. Центральные антагонисты; Г. Верапамил; Д. Дилтиазем; Е. Нифедипин-ретард и другие препараты данной группы; Ж. Ингибиторы АПФ; З. Альфа 1 - адреноблокаторы.

- а) верно А,Б
- б) верно В,Д,Е
- в) верно А,В,Г,Д
- г) верно Е,Ж

025. Отличительные особенности дилатационной кардиомиопатии:

А. Наличие боли в груди; Б. Депрессия сегмента ST в некоторых отведениях; В. Наличие выраженной сердечной недостаточности в сочетании с умеренным увеличением полости левого желудочка (менее 6,5 см); Г. Нормальное содержание ферментов крови (тропонина Т).

- а) верно А,Б
- б) верно В,Г
- в) верно Г
- г) верно А,Б,В

026. Какие из перечисленных электрокардиографических показателей имеют преимущественно диагностическое значение при острых инфекционных миокардитах разной этиологии?

А. Подъем сегмента ST в 2-3 отведениях; Б. Появление патологического зубца Q; В. Нарушение АВ проводимости; Г. Нарушение проводимости по левой; Д. Суправентрикулярные тахикардии.

- а) верно В
- б) верно Г,Д
- в) верно А,Б
- г) верно Д

027. Данные объективного обследования больных с экссудативным перикардитом:

А. Шум трения перикарда; Б. Расширение границ относительной тупости сердца; В. Звучность тонов сердца сохранена; Г. Уменьшение звучности тонов сердца.

- а) верно А,В
- б) верно А,Г
- в) верно Б
- г) верно Б,Г

028. Глюкокортикоиды у больных с фибринозным перикардитом, показаны:

А. При остром перикардите у больных с системной красной волчанкой; Б. При эпистенокардитическом перикардите; В. При гнойном перикардите; Г. При перикардите вирусной этиологии.

- а) верно Б
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно А

029. Малые критерии диагностики инфекционного эндокардита (данные ЭХОКГ):

А. Осциллирующие образования на створках клапана или на трабекулах или искусственном клапане; Б. Внутрисердечный абсцесс; В. Дегисценция искусственного клапана; Г. Вновь образовавшаяся недостаточность клапана; Д. Неподвижные или малоподвижные образования на клапанах; Е. Утолщение клапана; Ж. Нарастание имевшейся клапанной регургитации.

- а) верно А,Б,В,Г
- б) верно А,Б,В
- в) верно Д,Е
- г) верно Д,Е,Ж

030. Факторы повышенного риска быстрого развития деструктивных изменений клапанного аппарата сердца:

А. Лихорадка 38°C; Б. Вегетации с большой амплитудой осцилляций; В. Наличие вегетации на хордах; Г. Острый эндокардит; Д. Наличие перивальвулярного абсцесса; Е. Энтерококковый эндокардит.

- а) верно В,Е
- б) верно Г,Е
- в) верно Б
- г) верно В,Г,Д,Е

031. Абсолютные показания для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом: А. Рецидив эндокардита после эффективного лечения у больного; Б. Стафилококковый эндокардит; В. Стрептококковый эндокардит; Г. Большие вегетации (более 10 мм); Д. Рецидив эндокардита у больного с исходно нормальными клапанами.

- а) верно В
- б) верно Б,Г,Д
- в) верно А,Б,Г
- г) верно А

032. Причины вторичной (относительной) трикуспидальной недостаточности:

А. Ревматизм; Б. Тяжелая легочная гипертензия; В. Инфекционный эндокардит; Г. Инфаркт правого желудочка; Д. Аномалия Эбштейна; Е. Кардиомиопатии; Ж. Пролабирование створок трикуспидального клапана.

- а) верно Б,Г,Е
- б) верно А,В,Д,Ж
- в) верно А,В
- г) верно В,Д

033. Критерии тяжести аортального стеноза, тяжелой степени:

А. Площадь отверстия аортального клапана 1,2-2,0 см²?; Б. Площадь отверстия аортального клапана 0,75 – 1,2 см²?; В. Площадь отверстия аортального клапана <0,75 см²?; Г. Площадь отверстия аортального клапана 2 – 2,5 см²?

- а) верно Б
- б) верно Г
- в) верно А
- г) верно В

034. Назначение непрямых антикоагулянтов до кардиоверсии в зависимости от продолжительности приступа фибрилляции и трепетания предсердий необходимо:

А. 6-12 часов. Б. 12-24 часа. В. 48 часов и более.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно Б,В
- г) верно В

035. К безопасным аритмиям по клинической классификации желудочковых аритмий T.Bigger относится:

А. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Б. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца. В. Устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Б,В
- г) верно В

036. Побочные эффекты амиодарона:

А. Удлинение интервала QT и развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа "пируэт". Б. Токсическое поражение легких. В. Нарушение функций щитовидной железы. Г. Атония мочевого пузыря. Д. Увеличение частоты желудочковых сокращений у больных с фибрилляцией предсердий и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

- а) верно А
- б) верно А,Б,В
- в) верно А,Г
- г) верно В

037. Купирование с помощью вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса) эффективно при следующих нарушениях ритма:

А. Полиморфная (многоочаговая) предсердная тахикардия. Б. Синоатриальная тахикардия. В. Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Г. Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей проведения (Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта). Д. Желудочковая тахикардия.

- а) верно А,Г
- б) верно А,Д
- в) верно Б,В,Г

г) верно Б,Д

038. Электрокардиографические проявления, характерные для АВ блокады II степени тип 2 (Мобитц 2):

А. Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов. Б. На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия. В. Постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS. Г. Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

039. Изменения ЭКГ, характерные для синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта:

А. Продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта волны. Б. Блокада правой ветви пучка Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2. В. Продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, наличие дельта волны. Г. Продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ветви пучка Гиса.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

040. Противопоказания для применения верапамила:

А. Фибрилляция и трепетание предсердий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта. Б. Фибрилляция и трепетание предсердий у больного с сердечной недостаточностью. В. Предсердная тахикардия.

- а) верно А,Б
- б) верно А,В
- в) верно Б
- г) верно В

041. Выбор антиаритмического препарата для купирования идиопатической тахикардии с изменением на ЭКГ по типу блокады правой ножки пучка Гиса и с отклонением электрической оси сердца влево:

А. Верапамил. Б. Сернокислая магнезия. В. Пропафенон.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно Б
- г) верно В

042. Принадлежность препаратов к I"Б" классу антиаритмических средств:

А. Кордарон. Б. Дофетилид. В. Хинидин. Г. Лидокаин. Д. Дилтиазем. Е. Пропафенон. Ж. Атенолол.

- а) верно В
- б) верно Г
- в) верно Е
- г) верно Ж

043. Показана имплантация электрокардиостимулятора только при наличии клинических проявлений брадиаритмии (обмороки, головокружения и т.д.) при следующих блокадах сердца:

А. Синоатриальная блокада 2 степени. Б. Проксимальная атриовентрикулярная блокада 2 степени 1 тип (Мобитц 1). В. Атриовентрикулярная блокада 2 степени 2 тип (Мобитц 2). Г. Приобретенная полная атриовентрикулярная блокада.

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В
- г) верно В,Г

044. Минимальная эффективная энергия первого разряда 200 Дж, используемая для купирования следующих аритмий:

А. Фибрилляция желудочков и полиморфная желудочковая тахикардия. Б. Фибрилляция предсердий. В. Трепетание предсердий. Г. Мономорфная желудочковая тахикардия.

- а) верно А,Б
- б) верно А,В
- в) верно Б,Г

г) верно В,Г

045. Для купирования пароксизма фибрилляции предсердий у больных с синдромом брадикардии - тахикардии без имплантированного кардиостимулятора безопаснее всего использовать:

А. Новокаинамид. Б. Амiodарон. В. Соталол. Г. Верапамил.

а) верно А

б) верно Б

в) верно В

г) верно Г

046. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца:

А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

а) верно Б

б) верно В

в) верно Г,Д

г) верно А

047. Условия, ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью:

А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникшая брадикардия на терапии гликозидами.

а) верно А

б) верно А,Б,В

в) верно Б,В

г) верно Д

048. При развитии вторичного альдостеронизма у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию:

А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

а) верно В

б) верно Д

в) верно Е

г) верно Ж

049. Какие ЭХО КГ и доплер ЭХО КГ данные характерны для изолированной формы систолической сердечной недостаточности:

А. Фракция выброса левого желудочка 66%; Б. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке 20 мм рт ст; В. Фракция выброса левого желудочка 40%; Г. Градиент давления между левым желудочком и аортой 50 мм рт ст в покое; Д. Парадоксальное движение стенки желудочка в области верхушки; Е. Парадоксальное движение передней створки митрального клапана.

а) верно А,Б,Г

б) верно Б,В,Д

в) верно Б,В,Е

г) верно А,Б,Г,Е

050. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или корректировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса:

А. Ограничить потребление жидкости до 1,5-2 л; Б. В качестве физических тренировок рекомендовать бег трусцой; В. Рекомендовать прием малых доз спиртных напитков; Г. Запретить вакцинацию против гриппа; Д. Резко ограничить половые сношения; Е. Ограничить физические нагрузки до малых.

а) верно Г

б) верно Е

в) верно А

г) верно Д

051. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в состоянии компенсации на фоне проводимой терапии при II функциональном классе сердечной недостаточности:

А. Полный покой; Б. Домашний или палатный режим; В. Постельный режим; Г. Дополнительный дневной отдых; Д. Пассивные физические упражнения.

- а) верно В
- б) верно Г
- в) верно Б
- г) верно Д

052. В каких случаях требуется осторожность в назначении ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов:

А. Наличие заболеваний печени; Б. Начальная стадия хронической почечной недостаточности; В. Гиперкалиемия (некорректируемая); Г. Стеноз сонных артерий; Д. Стеноз двух почечных артерий.

- а) верно Б,Г
- б) верно А
- в) верно Д
- г) верно Б

053. Первая доза иАПФ - Рамиприла (тритаце) у больных сердечной недостаточностью:

А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

054. Эффективно применение при асистолии в кардиопульмональной реанимации:

А. Электрическая дефибриляция; Б. Электрическая кардиостимуляция; В. Адреналин; Г. Амиодарон

- а) верно А,В,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В,А
- г) верно Г

055. Какие препараты, применяемые в процессе кардиопульмональной реанимации при фибрилляции желудочков:

А. Атропин; Б. Адреналин; В. Амиодарон; Г. Лидокаин.

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В,Г
- в) верно В
- г) верно Г

056. Факторы риска сердечной смерти (не внезапной) у больных ИБС:

А. Болевые и безболевые депрессии сегмента ST, возникающие на частоте сердечного ритма менее 120 в 1 мин во время физической нагрузки; Б. Высокие градации желудочковых экстрасистол, а также стабильно возникающие в течение суток (не менее 8 час из 24 час) монотопные желудочковые экстрасистолы в сроки до 6 мес. после инфаркта миокарда; В. Фракция выброса левого желудочка менее 20%; Г. Блокада правой или левой ножки пучка Гиса

- а) верно А,Б,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Г

057. Факторы, оказывающие отрицательное влияние примерно в одинаковой степени на летальность у больных сердечной недостаточностью:

А. Хронический миокардит, сердечная недостаточность IV ф.кл.; Б. Функциональный класс сердечной недостаточности; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Фракция выброса менее 35%, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии на Холтер ЭКГ

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Б,В
- г) верно Г

058. Вмешательства у больных с удлинённым интервалом QT приводят к снижению риска внезапной смерти:

А. Бета-блокаторы; Б. Симпатическая денервация сердца в сочетании с бета-блокаторами; В. Искусственный водитель ритма в сочетании с бета-блокаторами; Г. Имплантация кардиовертера в

сочетании с бета-блокаторами; Д. Спортивные занятия и большие физическими нагрузками; Е. Антидепрессанты из группы трициклические средства; Ж. Антиаритмические препараты IA и IC классов

- а) верно А,Г
- б) верно Б,В
- в) верно А,Е
- г) верно Д,Е,Ж

059. Синкопальные состояния аритмогенной природы маловероятны при следующей патологии:

А. Блокада левой ножки пучка Гиса; Б. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса; В. Блокада правой ножки пучка Гиса с подъемом сегмента ST в отведениях V1 – 2; Г. AV блокада I степени; Д. AV блокада II степени

- а) верно А,В,Д
- б) верно А,Б,Г
- в) верно Б,В,Д
- г) верно Б,Г

060. Высокий риск внезапной смерти у больных с синкопальными состояниями различной этиологии:

А. Аортальный стеноз; Б. Гипертрофическая кардиомиопатия; В. Дилатация камер сердца со сниженной фракцией выброса; Г. Синдром слабости синусового узла; Д. Частые пароксизмы суправентрикулярной тахикардии; Ж. Пароксизмы желудочковой тахикардии

- а) верно А,Б,В,Ж
- б) верно А,В,Д
- в) верно Б,Д,Ж
- г) верно Г,Д

061. Неинвазивные обследования, которые следует использовать в первую очередь у молодых пациентов без патологии сердца с повторяющимися синкопальными состояниями:

А. Суточное мониторирование ЭКГ; Б. Эхокардиография; В. Массаж каротидного синуса; Г. Пассивный ортостатический тест (tilt test)

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Г

062. Жалобы больных возможные при аневризме брюшного отдела аорты:

А. Тупая, постоянная боль в верхней части грудной клетки или спины; Б. Одышка, кашель; В. Охриплость голоса, дисфагия; Г. Боль в животе, в паховой области; Д. Ощущение пульсации в животе в положении "лежа на животе"; Е. Продолжительные, ноющие боли в спине, несвязанные с движением; Ж. Боли в эпигастрии

- а) верно А, Б,В
- б) верно Г,Д,Е,Ж
- в) верно А,В,Д
- г) верно Б,Д,Е

063. Наиболее частые причины аневризмы восходящего грудного отдела аорты:

А. Атеросклероз; Б. Специфические инфекции; В. Дегенеративный некроз гладких мышц и эластических волокон (синдром или болезнь Марфана); Г. Аортиты; Д. Автомобильные травмы

- а) верно А,Б,В
- б) верно А,Б,Г
- в) верно А,Д
- г) верно Г,Д

064. Нетипичные варианты патологии у больных коарктацией аорты:

А. Сужение просвета аорты ниже отхождения левой подключичной артерии; Б. Множественное сужение просвета аорты; В. Наличие других врожденных аномалий (незаращение Боталлова протока, дефект межжелудочковой перегородки, дефекты развития клапанов и т.д.)

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно А,В
- г) верно Б,В

065. Дополнительные методы диагностики неспецифического аортоартериита:

А. Ангиография; Б. ЭХОКГ; В. Ультразвуковая доплерография; Г. ЭКГ; Д. Суточное мониторирование ЭКГ; Е. Измерение АД на обеих руках и ногах и аускультация сердца

- а) верно А,Г
- б) верно А,Д
- в) верно В,Е
- г) верно Б,Г

066. Перечислите поражения легких при ТЭЛА, встречающиеся редко:

А. Нижние доли легких; Б. Верхние доли легких; В. Правое легкое; Г. Левое легкое; Д. Одностороннее поражение; Е. Двустороннее поражение; Ж. Множественное поражение

- а) верно А,В,Е,Ж
- б) верно Б,Г,Д**
- в) верно А,Г,Д
- г) верно Б,В,Д

067. Данные объективного обследования беременных женщин с аортальной недостаточностью:

А. Пульсация шейных вен. Б. Верхушечный толчок разлитой, усиленный, смещен влево. В. Диастолическое дрожание у левого края грудины. Г. Пульс высокий, скорый. Д. Пульсация правого желудочка в эпигастральной области. Е. Мезодиастолический, убывающий шум у левого края грудины. Ж. Систолический мягкий шум. З. Усиление I тона. И. Ослабление I тона. К. Наличие III тона. Л. Увеличение границ сердца влево.

- а) верно А,Б,Ж,З
- б) верно А,В,Ж
- в) верно А,В,З
- г) верно Б,В,Г,Е,И,К,Л

068. Отличительные признаки послеродовой кардиомиопатии:

А. Одышка, сердцебиения, отеки, утомляемость появились в ранние сроки беременности. Б. Симптомы недостаточности кровообращения выявились на последнем месяце беременности и сохранялись не более 5 месяцев послеродового периода. В. Симптомы недостаточности кровообращения регистрировались до возникновения беременности и усилились в период беременности и послеродовом периоде. Г. У 50% женщин симптомы недостаточности кровообращения, возникшие в последнем триместре беременности, уменьшаются через 5-6 месяцев послеродового периода.

- а) верно А,В
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В
- г) верно Б,Г

069. Факторы, неблагоприятное влияние которых доказано при внесердечной операции:

А. артериальная гипертония. Б. диабет 1-го типа. В. диабет 2-го типа. Г. возраст менее 60 лет. Д. возраст более 70 лет. Е. пол.

- а) верно А,Б,Г,Е
- б) верно А,В,Г
- в) верно Б,Д,Е
- г) верно В,Д

070. Укажите вид хирургического вмешательства при сочетании с высоким риском ИМ - более 5%:

А. резекция аневризмы брюшного отдела аорты. Б. неотложная холецистэктомия. В. плановая холецистэктомия. Г. лапароскопическая холецистэктомия. Д. простатэктомия.

- а) верно А,Б
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно Д

071. Заболевания, увеличивающие риск сердечно-сосудистых осложнений на величину риска внесердечной операции у кардиологических больных:

А. сахарный диабет. Б. бронхиальная астма. В. ХПН. Г. катаракта. Д. стеноз сонной артерии. Е. хр. бронхит.

- а) верно А,Б,В,Д
- б) верно А,Д
- в) верно Б,В,Е
- г) верно Г,Е

072. Тактика ведения больных с АВ - блокадой 2 ст. Мобитц II в связи с предстоящей плановой внесердечной операцией:

А. временная ЭКС. Б. постоянная ЭКС. В. отмена препаратов, замедляющих а-в проведение. Г. назначение препаратов, улучшающих а-в проведение. Д. установка электрода в полость левого желудочка.

- а) верно А,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Д

073. Рекомендуемые лечебные мероприятия у больного с тяжелым аортальным стенозом, которые должны предшествовать плановой операции на желудочно-кишечном тракте:

А. КАГ. Б. антибиотико-профилактика. В. балонная вальвулопластика. Г. протезирование Ао клапана.

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В
- г) верно Б,Г

074. Эндогенные факторы, повышающие артериальное давление:

А. Простаглицлин; Б. Ангиотензин-2; В. Кортизол; Г. Эндотелин.

- а) верно В,Г
- б) верно Б,В,Г
- в) верно А
- г) верно А,Б

075. Какие характерны (по механизму действия) эффекты, оказываемые предсердными натрийуретическими пептидами:

А. Расширение артериол; Б. Повышение проницаемости капилляров; В. Усиление диуреза; Г. Увеличение экскреции с мочой хлоридов; Д. Задержка хлоридов; Е. Увеличение общего периферического сопротивления.

- а) верно Б,В,Д
- б) верно А,В,Е
- в) верно А,В,Г
- г) верно А,Б,В

076. Какие дополнительные пучки соединяют атриовентрикулярный узел или пучок Гиса с базальной частью межжелудочковой перегородки:

А. Пучок Кента; Б. Пучок Махайма; В. Пучок Джеймса.

- а) верно А
- б) верно В
- в) **верно Б**
- г) верно Б и В

077. Характеристика митрального клапана:

А. Регулирует поток через правое атриовентрикулярное отверстие; Б. Имеет более выраженную зону крепления створок, т.к. функционирует в условиях более высокого давления; В. Клапан близко примыкает к соответствующему полулунному клапану; Г. Связан хордами с двумя группами сосочковых мышц; Д. Имеет небольшие сосочковые мышцы; Е. Регулирует поток через левое атриовентрикулярное отверстие.

- а) верно А,Д
- б) верно А,Б,В
- в) верно Б,В,Г,Е
- г) верно В,Г,Е

078. Транспорт эндогенных триглицеридов осуществляется:

А. ЛПОНП; Б. ЛПНП; В. Хиломикроны; Г. ЛПВП; Д. Ремнантные частицы.

- а) верно Б
- б) верно В,Д
- в) верно А
- г) верно Г

079. Внутриклеточное содержание ионов Na в состоянии покоя клетки:

А. Внутри клетки концентрация меньше, чем вне клетки; Б. Концентрация ионов одинакова по обе стороны мембраны под влиянием К/Na-АТФазы; В. Внутри клетки концентрация больше, чем вне клетки.

- а) верно В
- б) верно Б
- в) верно А

080. Укажите возможные причины повышения амплитуды зубца R в отведениях V1-2:

А. Один из вариантов синдрома WPW; Б. Инфаркт миокарда задне-базальной области левого желудочка; В. Инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка; Г. Фибрилляция предсердий

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно В, А
- г) верно Г

081. Размеры правого желудочка, измеренного при ЭХОКГ не должно превышать:

А. 2.6 см; Б. 4.0 см; В. 4.5 см; Г. 5.0 см

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

082. Изменение внутрисердечного кровотока на уровне каких структур при доплерКГ свидетельствует о нарушении диастолической функции левого желудочка:

А. Митральный клапан; Б. Аортальный клапан; В. Ниже уровня аортального клапана; Г. В восходящем отделе аорты

- а) верно А
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно Г

083. Локализация действия фуросемида на различные части нефрона:

А. Проксимальный извитой каналец; Б. Восходящая часть петли Генле; В. Дистальный извитой каналец; Г. Собирательные трубочки.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

084. Ограничения стресс-изотопной сцинтиграфии миокарда при диагностике ИБС:

А. Результаты трудно интерпретировать при наличии на исходной ЭКГ депрессии сегмента ST; Б. Имеются трудности в обеспечении воспроизводимости оценки результатов исследования; В. Результаты трудно интерпретировать при наличии гипертрофии миокарда, феномена WPW; Г. Результаты трудно интерпретировать при наличии внутрижелудочковой блокады; Д. Результаты трудно оценить при наличии выраженной эмфиземы легких; Е. Результаты трудно оценивать при наличии ожирения III ст. и больших молочных железах; Ж. Точность диагностики снижается при наличии поражения правой коронарной артерии.

- а) верно Е, Ж
- б) верно Б, Д
- в) верно Д, Е
- г) верно А, В, Г

085. Эффективным антиангинальным препаратом у больных ИБС при наличии сахарного диабета II типа является:

А. Кардиоселективные бета-блокаторы; Б. Неселективные бета-адреноблокаторы; В. Антагонисты кальция; Г. Нитраты (в качестве монотерапии).

- а) верно А, Б
- б) верно А, В
- в) верно Г
- г) верно Б, Г

086. Результаты восстановления кровоснабжения в зоне гибернации миокарда, не имеющие доказательств в научных исследованиях:

А. Уменьшение симптомов сердечной недостаточности; Б. Увеличение фракции выброса левого желудочка; В. Снижение фракции выброса левого желудочка; Г. Увеличение толерантности к физическим нагрузкам; Д. Толерантность физических нагрузок не меняется; Е. Снижается риск развития инфаркта миокарда; Ж. Увеличивается выживаемость.

- а) верно В, Д
- б) верно А, В, Ж
- в) верно А, Б, Г
- г) верно Е, Ж

087. Аорто-коронарное шунтирование увеличивает продолжительность жизни:

А. Больные с поражением 2-х коронарных артерий, не включающим проксимальный стеноз передней нисходящей ветви левой коронарной артерии; Б. Больные с поражением огибающей ветви левой коронарной артерии; В. Больные с поражением 3-х коронарных артерий и фракцией выброса менее 50%.

- а) верно А
- б) верно А, Б
- в) верно В
- г) верно Б

088. Критерии диагностики острого инфаркта миокарда неясной локализации по ЭКГ данным:

А. Наличие остро возникших клинических симптомов (боль в груди, удушье или другие ощущения); Б. Появление на ЭКГ зубца Q в V1 - V3 в сочетании с монофазной кривой; В. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 и отрицательного T; Г. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 справа от грудины; Д. Нормальная или ЭКГ без динамических изменений; Е. Повышение, а затем снижение в характерные сроки кардиоспецифического фермента (МВ - КФК или тропонина).

- а) верно Б, В
- б) верно А, Г, Е
- в) верно А, Д, Е
- г) верно А, Б, В

089. Местные факторы, способствующие возникновению разрывов атеросклеротической бляшки:

А. Повышение содержания катехоламинов; Б. Повышение содержания вазопрессина; В. Высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности; Г. Усиление турбулентности тока крови в области бляшки.

- а) верно Б, Г
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно А, В

090. Антиангинальные препараты, используемые в ранние сроки от начала острого коронарного синдрома, способствующие купированию болевого синдрома и улучшающие выживаемость:

А. Контролируемая (АД, ЧСС) инфузия нитроглицерина или нитросорбида; Б. Внутривенное введение метопролола с последующим приемом внутрь в суточной дозе 100 - 200 мг; В. Внутривенное введение верапамила с последующим переходом на прием внутрь у больного сердечной недостаточностью; Г. Внутривенное введение дилтиазема с переходом на прием внутрь у больных с нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда без зубца Q и с рецидивирующими приступами ишемии миокарда; Д. Монотерапия дигидропиридиновыми антагонистами кальция; Е. Рецидивы боли, ранняя стенокардия у больного с противопоказаниями для бета-блокаторов служат показанием для использования антагонистов кальция в случае отсутствия возможности хирургического вмешательства.

- а) верно Б, Г
- б) верно А, Е
- в) верно В, Г, Д
- г) верно В, Д

091. Оптимальное снижение частоты сердечного ритма при использовании бета-адреноблокаторов у больных острым коронарным синдромом:

А. Рефлекторная синусовая тахикардия; Б. Артериальная гипертония; В. Острая сердечная недостаточность; Г. Выраженные периферические симптомы (гипоперфузия тканей); Д. Мерцательная аритмия (тахикардия); Е. Мерцательная аритмия (брадикардия); Ж. Бронхиальная астма (в анамнезе); З. Перемежающаяся хромота, сахарный диабет II типа; И. Урежение ЧСС до 70 в 1 мин; К. Урежение ЧСС до 60 - 50 в 1 мин или на 15% - 20%.

- а) верно А, Б, Д
- б) верно В, Г, Е, Ж
- в) верно К
- г) верно З, И

092. Положительное влияние тромболитиков при остром коронарном синдроме отсутствует:

А. У больных с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях; Б. У больных с острым коронарным синдромом и возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса; В. У больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST; Г. У больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания; Д. У больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания; Е. У больных острым инфарктом миокарда и кардиогенным шоком в сроки до 6 часов от начала заболевания.

- а) верно А, Б, Г, Е

- б) верно А, В, Е
- в) верно В, Д
- г) верно Б, Д, Е

093. Терапия низкомолекулярным гепарином у больных с острым коронарным синдромом:

А. Не вызывает лизиса тромба; Б. В комбинации с тканевым активатором улучшает восстановление проходимости коронарной артерии спустя несколько часов от начала терапии; В. В комбинации со стрептокиназой не улучшает восстановление проходимости коронарной артерии; Г. Достоверно не снижает риска реокклюзии коронарной артерии; Д. Уменьшает риск развития внутрисердечного тромбоза и тромбоэмболии; Е. Длительная терапия в комбинации с аспирином обеспечивает более значительное снижение риска развития инфаркта миокарда, чем только терапия аспирином у больных нестабильной стенокардией после выписки из стационара; Ж. В комбинации с аспирином обеспечивает наиболее благоприятные результаты в ранние сроки применения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST; З. Частично активированное тромбопластиновое время на терапии, превышающее 90 сек., значительно увеличивает риск развития геморрагического инсульта.

- а) верно А, Б, В, Г, Д, З
- б) верно А, Д, Ж
- в) верно А, Е
- г) верно А, В, Е, Ж

094. Показания для отсроченных вмешательств (ангиопластика, АКШ, реконструктивные вмешательства) у больных инфарктом миокарда:

А. Рецидивирующая желудочковая тахикардия; Б. Ранняя постинфарктная стенокардия; В. Рецидивирующая ишемия миокарда; Г. Кардиогенный шок.

- а) верно А, Б, В
- б) верно А, Г
- в) верно Б, В
- г) верно Г

095. Данных о значительных преимуществах блокаторов гликопротеиновых рецепторов (GP IIb/IIIa) при остром коронарном синдроме не установлено:

А. У больных, подвергающихся ангиопластики в ближайшие сроки; Б. У больных после ангиопластики в отдаленные сроки (несколько месяцев); В. У больных, перенесших инфаркт миокарда, как замена аспирина; Г. Риск возникновения нарушений ритма сердца увеличивается; Д. Увеличивается риск возникновения кровотечений.

- а) верно А, Б
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно Д

096. Экстракардиальные причины гипотонии при инфаркте миокарда:

А. Поражения миокарда - 10 - 15 % от массы левого желудочка; Б. Поражения миокарда более 30% от массы миокарда левого желудочка; В. Внутрисердечные разрывы встречаются у 10 % больных; В. Внутрисердечные разрывы не встречаются у больных кардиогенным шоком; Д. Выраженная митральная недостаточность; Е. Афоническая регургитация крови через левое АВ отверстие III - IV ст.; Ж. Гиповолемия; З. Инфузия нитроглицерина; И. Вазо-вагальная реакция.

- а) верно А, Г
- б) верно Б, В, Д, Е
- в) верно Ж, З, И
- г) верно Е, Ж, И

097. Выбор адреномиметического средства (добутамина) при лечении кардиогенного шока с застоем крови в легких:

А. Систолическое АД около 80 мм.рт.ст.; Б. Систолическое АД около 70 мм.рт.ст.; В. Систолическое АД 60 мм.рт.ст. и ниже; Г. Препарат для лечения кардиогенного шока не используется; Д. Показанием для уменьшения вводимой дозы является повышение систолического давления до 95 мм.рт.ст. и увеличение застоя крови; Е. Усиление застоя крови при повышении систолического давления до 95 - 100 мм.рт.ст. является показанием для присоединения терапии нитропруссидом; Ж. Показанием для уменьшения дозы симпатомиметика является возникновение желудочковой тахикардии; З. Показанием для уменьшения дозы симпатомиметика является учащение сердечного ритма выше 120 ударов в мин; И. Препарат, оказывающий наиболее выраженное влияние на сократимость миокарда.

- а) верно В, Д, Е, И
- б) верно А, Е, Ж, З, И
- в) верно Г

г) верно Б, Е, Ж, З

098. Наибольшая польза от терапии тромболитиками больных инфарктом миокарда в абсолютном исчислении доказана:

А. У лиц старше 65 лет; Б. У лиц моложе 65 лет; В. У лиц с обширным инфарктом передней стенки левого желудочка; Г. У лиц с инфарктом миокарда с зубцом Q; Д. У лиц с систолическим АД выше 110 мм.рт.ст.; Е. У лиц с систолическим АД 90 - 110 мм.рт.ст.; Ж. У лиц с инфарктом миокарда без зубца Q; З. У больных с нестабильной стенокардией.

а) верно А, В, Г

б) верно Б, Д

в) верно А, Е

г) верно Ж, З

099. Обязательные требования при проведении терапии тромболитиками:

А. Строгое выполнение врачом рекомендаций по показаниям и абсолютным противопоказаниям для использования всех тромболитиков; Б. Знание дополнительных противопоказаний для введения стрептокиназы; В. ЭКГ контроль каждые 15 мин; Г. Регистрация ЭКГ во всех 12 отведениях в сроки 90 мин и 180 мин; Д. Возможность определения фибринолитической активности крови.

а) верно А, В, Д

б) верно А, Б, Г

в) верно В, Д

г) верно А, Г

100. Клинические данные, свидетельствующие об эффективности тромболизиса у больных инфарктом миокарда:

А. Нарастание боли во время восстановления кровотока; Б. Исчезновение боли после тромболизиса; В. Ликвидация нарушений ритма после лизиса тромба; Г. Появление после тромболизиса нарушений ритма и проводимости; Д. Предполагаемое время тромболизиса - примерно 30 - 45 мин.; Е. Уменьшение степени подъем сегмента ST на 70% и более к 180 мин от начала терапии; Ж. Увеличение времени достижения максимального уровня повышения содержания в крови кардиоспецифических ферментов; З. Уменьшение времени достижения максимального уровня повышения содержания в крови кардиоспецифических ферментов.

а) верно Б, Д

б) верно Г, Е

в) верно З

г) верно А, В, Ж

Эталоны ответов (вариант № 2)

1	б	26	а	51	б	76	в
2	в	27	г	52	а	77	в
3	в	28	г	53	б	78	в
4	б	29	в	54	б	79	в
5	б	30	г	55	б	80	б
6	а	31	г	56	а	81	а
7	а	32	а	57	в	82	а
8	в	33	г	58	а	83	б
9	г	34	г	59	г	84	а
10	г	35	б	60	а	85	б
11	а	36	б	61	г	86	г
12	а	37	в	62	б	87	в
13	б	38	в	63	а	88	в
14	в	39	в	64	б	89	в
15	а	40	а	65	а	90	а
16	а	41	а	66	б	91	в
17	г	42	б	67	г	92	в

18	в	43	а	68	г	93	б
19	г	44	а	69	г	94	а
20	б	45	а	70	а	95	б
21	а	46	г	71	а	96	в
22	г	47	б	72	г	97	б
23	в	48	а	73	г	98	а
24	г	49	б	74	б	99	б
25	в	50	в	75	г	100	а

ВАРИАНТ 3

001. Какие дополнительные пучки соединяют предсердия с пучком Гиса:

А. Пучок Кента; Б. Пучок Махайма; В. Пучок Джеймса.

- а) верно В
- б) верно А
- в) верно Б
- г) верно А и В

002. Возможные причины перегрузки объемом левого желудочка:

А. Введение избыточного количества жидкости при гипотонии; Б. Врожденный порок сердца (болезнь Толочикова-Роже); В. Эритремия; Г. Коарктация аорты.

- а) верно А,Б,В
- б) верно Г
- в) верно Б
- г) верно Б,В

003. Возможные причины недостаточности насосной функции правого желудочка:

А. Первичная легочная гипертензия; Б. Острый тромбоз правой коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; В. Острый тромбоз передней нисходящей коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда; Г. Тяжелая эмфизема легких; Д. Коарктация аорты.

- а) верно В,Д
- б) верно А,В
- в) верно все перечисленное
- г) верно А,Б,Г

004. Какие нижеперечисленные структуры сердца кровоснабжает правая коронарная артерия при сбалансированном типе коронарного кровообращения?

А. Передняя сосочковая мышца левого желудочка; Б. Атриовентрикулярное соединение (в большинстве случаев); В. Область разветвления передней ветви левой ножки пучка Гиса.

- а) верно Б
- б) верно А,В
- в) верно А
- г) верно В

005. Укажите ЭКГ признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса:

А. Увеличение продолжительности комплекса QRS до 0.10-0.11 сек; Б. Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1-2; В. Снижение сегмента ST в отведениях V 1-2; Г. Положительный зубец в отведениях V1-2; Д. патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях V7-8

- а) верно А,Б,В
- б) верно Б,В,Г,Д
- в) верно Б,В,
- г) верно А,Д

006. Укажите ЭКГ признаки нижнего инфаркта миокарда левого желудочка в сочетании с инфарктом правого желудочка:

А. Патологический зубец Q в 2,3,aVF отведениях; Б. Подъем сегмента ST в отведениях 2,3,aVF; В. Подъем сегмента ST в отведениях V1 в сочетании с отрицательным зубцом T; Г. Подъем сегмента ST в правых грудных отведениях

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В,Г
- г) верно все перечисленное

007. Изменения ЭКГ, характерные для экстрасистол из левого желудочка:

А. Комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады правой ножки пучка Гиса в отведениях V1-6; Б. Комплекс QRS экстрасистолы напоминает по форме комплекс QRS, характерный для блокады левой ножки пучка Гиса в отведениях V1-6; В. Полная компенсаторная пауза; Г. Неполная компенсаторная пауза

- а) верно А,В
- б) верно А,Г
- в) верно Б,Г
- г) верно Б,В

008. ЭКГ признаки выскальзывающих сокращений:

А. Возможно уширение комплекса QRS; Б. Возможно нормальная ширина комплекса QRS; В. Расстояние между нормальным и эктопическим комплексом меньше нормального расстояния RR; Г. Расстояние между нормальным и эктопическим комплексом больше нормального расстояния RR; Д. За эктопическим комплексом следует компенсаторная пауза

- а) верно В,Д
- б) верно Б,Д
- в) верно А,Б,В,Д
- г) верно А,Б,Г

009. Диагностическое значение подъема сегмента ST:

А. Может быть признаком острого инфаркта миокарда; Б. Может быть расценено как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркт миокарда; В. Является критерием положительной велоэргометрической пробы; Г. Встречается в отведениях V5-6 при блокаде левой ножки пучка Гиса

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно А,В
- г) верно А,Б,В,Г

010. Какие препараты из бета-адреноблокаторов вызывают вазодилатацию:

А. Пропранолол; Б. Метопролол; В. Карведилол; Г. Небивалол; Д. Надолол; Е. Бетаксоллол.

- а) верно В, Г
- б) верно Г, Д
- в) верно А, Д
- г) верно Б, Е

011. Эффекты дигоксина:

А. Повышает порог фибрилляции желудочков; Б. Уменьшает активность ренина плазмы; В. Может вызывать вазоконстрикцию; Г. Может увеличивать диурез.

- а) верно А, Б
- б) верно А, В, Г
- в) верно Б, В
- г) верно Г

012. Возможные причины возникновения стенокардии напряжения при сужении просвета крупной ветви коронарных артерий является:

А. Атеросклеротическое сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50%; Б. Высокая артериальная гипертония; В. Узелковый периартериит; Г. Коронарно-легочная фистула.

- а) верно А, В
- б) верно Б

- в) верно Г
- г) верно Б, Г

013. Абсолютные противопоказания для ЭКГ пробы с физической нагрузкой:

А. Расслаивающая аневризма аорты; Б. Активная фаза миокардита, перикардита; В. Нарушения электролитного баланса; Г. Систолическое артериальное давление выше 200 мм.рт.ст..

- а) верно В, Г
- б) верно А, В
- в) верно Б, Г
- г) верно А, Б

014. Показания для коронарной ангиографии с целью диагностики заболевания:

А. У больных стабильной стенокардией, у которых безболевая депрессия сегмента ST возникает на нагрузке при частоте ритма более 120 в 1 мин; Б. У больных стабильной стенокардией, у которых депрессия сегмента ST возникает после прекращения нагрузки и сохраняется более 5 мин.; В. У больных стабильной стенокардией и подозрением на поражение основного ствола левой коронарной артерии; Г. У больных с подозрением на ИБС и работающих в особых условиях (пилоты, милиция и др.); Д. У больных с подозрением на ложно-положительные результаты стресс-тестов; Е. У больных с тяжело протекающими пароксизмами желудочковой тахикардии.

- а) верно А, Б, В
- б) верно Г, Д, Е
- в) верно Б, В
- г) верно А, Д

015. Мероприятия вторичной профилактики ИБС у больных стенокардией, польза которых доказана:

А. Уменьшение количества выкуриваемых сигарет; Б. Снижение повышенного артериального давления до уровня ниже 130/85 мм.рт.ст.; В. Уменьшение содержания общего холестерина до уровня 5,5 - 6 ммоль/л; Г. Уменьшение холестерина в липопротеидах низкой плотности до уровня 115 - 100 мг% (2,6 - 2,8 ммоль/л); Д. Уменьшение избыточного индекса массы тела в пределах 25 - 30 кг/м²; Е. Терапия антиоксидантами (пробукол)

- а) верно Б, Г
- б) верно А, Д, Е
- в) верно В
- г) верно А, Б, В

016. Аорто-коронарное шунтирование не увеличивает продолжительность жизни:

А. Больные с поражением правой коронарной артерии; Б. Больные с поражением ствола левой коронарной артерии; В. Больные с поражением эквивалентным стенозу ствола левой коронарной артерии (проксимальные стенозы равный или более 70% передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии).

- а) верно А
- б) верно Б, В
- в) верно В
- г) верно Б

017. Биохимические маркеры наличия некроза участка миокарда - кардиоспецифические ферменты:

А. Общая ЛДГ и ее фракции; Б. Аланиновая трансаминаза; В. Аспаргиновая трансаминаза; Г. Миоглобин; Д. Общая КФК; Е. МВ - КФК; Ж. Тропонин I; З. Тропонин Т.

- а) верно А, Б, В, Г
- б) верно Д
- в) верно А, Д, Ж
- г) верно Е, Ж, З

018. Возможные изменения ЭКГ в первые часы от начала острой коронарной недостаточности (острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST):

А. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 1 мм и более; Б. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 2 мм и более; В. Подъем сегмента ST на 1мм и более в I, aVL или II, III, aVF отведениях. Г. Нормальная ЭКГ.

- а) верно А, Б, Г
- б) верно В
- в) верно Б, Г
- г) верно А, Г

019. Критерии диагностики острого инфаркта миокарда неясной локализации по ЭКГ данным:

А. Наличие остро возникших клинических симптомов (боль в груди, удушье или другие ощущения); Б. Появление на ЭКГ зубца Q в V1 - V3 в сочетании с монофазной кривой; В. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 и отрицательного T; Г. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 справа от грудины; Д. Нормальная или ЭКГ без динамических изменений; Е. Повышение, а затем снижение в характерные сроки кардиоспецифического фермента (МВ - КФК или тропонина).

- а) верно Б, В
- б) верно А, Г, Е
- в) верно А, Д, Е
- г) верно А, Б, В

020. Патогенез острого коронарного синдрома при нестабильной стенокардии:

А. Критический стеноз коронарной артерии; Б. Разрыв бляшки; В. Эрозирование бляшки; Г. Увеличение содержания в бляшке макрофагов, активированных Т-лимфоцитов; Д. Пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки; Е. Частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом; Ж. Полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом; З. Вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.

- а) верно Б, В, Г, Д, З
- б) верно Б, В, Г, Е
- в) верно А
- г) верно Б, В, Г, Ж

021. Польза применения блокаторов бета-адренорецепторов у больных острым коронарным синдромом не изучена:

А. Метопролола; Б. Атенолола; В. Пропранолола; Г. Надолола; Д. Ацебуталола; Е. Локрена; Ж. Бисопролола; З. Небивалола; И. Лабетолола, карведилола; К. Вискена.

- а) верно А, Б, В
- б) верно Д
- в) верно А, Д, Е, З
- г) верно Г, Е, Ж, З, И, К

022. Абсолютные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

А. Инсульт, расслаивающая аневризма аорты; Б. Большая травма давностью до 3 недель, желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца; В. Преходящее нарушение мозгового кровообращения в предшествующие 6 мес.; Г. Беременность; Д. Терапия непрямыми антикоагулянтами.

- а) верно В, Г, Д
- б) верно А, Г, Д
- в) верно А, Б
- г) верно Б, В

023. Относительные противопоказания для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда:

А. Инсульт, расслаивающая аневризма аорты; Б. Большая травма давностью до 3 недель, желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца; В. Преходящее нарушение мозгового кровообращения в предшествующие 6 мес.; Г. Беременность; Д. Терапия непрямыми антикоагулянтами.

- а) верно В, Г, Д

- б) верно А, Г, Д
- в) верно А, Б
- г) верно Б, В

024. Факторы риска влияющие на прогноз, которые следует учитывать при стратификации риска у больных артериальной гипертонией (рекомендации ВОЗ и МОГ):

А. Степень повышения артериального давления (1-3 степень); Б. Мужчины - старше 55 лет, женщины - старше 65 лет; В. Женщины в менопаузе; Г. Курение; Д. Избыточная масса тела; Е. Сужение артерий сетчатки; Ж. Отслойка сетчатки; З. Инсульт, преходящее нарушение мозгового кровообращения; И. ИБС; К. Безболевые депрессии сегмента ST, выявляемые на Холтер ЭКГ.

- а) верно А,В
- б) верно А,Б,Г
- в) верно А,Б,Е,Ж,З
- г) верно все перечисленное

025. Какие инфекционные агенты являются основной причиной развития миокардитов в странах с умеренным климатом?

А. Стафилококки; Б. Дифтерийная палочка; В. Энтеновирусы; Г. Актиномицеты; Д. Трипаносомы.

- а) верно А,Б
- б) верно Г
- в) верно Д
- г) верно В

026. Симптомы, характерные для острого фибринозного перикардита:

А. Тахикардия; Б. Поверхностное, учащенное дыхание; В. Повышение температуры тела; Г. Резкие болевые ощущения в задне-нижних отделах грудной клетки; Д. Ноющая, интенсивная боль в левой половине грудной клетки; Е. Общее недомогание; Ж. Зависимость боли от дыхания и движения.

- а) верно А,Б,В,Г,Ж
- б) верно А,Б,В,Д,Е,Ж
- в) верно А,Б,В,Г,Е
- г) верно А,Б,Д,Е

027. ЭХО-КГ данные, характерные для экссудативного перикардита с тампонадой:

А. Увеличение левого предсердия и левого желудочка; Б. Наличие жидкости в полости перикарда; В. Аномальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу; Г. Уменьшение размеров правого предсердия и правого желудочка в диастолу.

- а) верно Б,В,Г
- б) верно А
- в) верно Б
- г) верно В

028. Большие критерии диагностики инфекционного эндокардита (данные ЭХОКГ):

А. Осциллирующие образования на створках клапана или на трабекулах или искусственном клапане; Б. Внутрисердечный абсцесс; В. Дегисценция искусственного клапана; Г. Вновь образовавшаяся недостаточность клапана; Д. Неподвижные или малоподвижные образования на клапанах; Е. Утолщение клапана; Ж. Нарастание имевшейся клапанной регургитации.

- а) верно А,Б,В
- б) верно Д,Е,Ж
- в) верно Д,Е
- г) верно А,Б,В,Г

029. Малые критерии диагностики инфекционного эндокардита (результаты посева крови):

А. Положительный результат посева крови в обеих пробах, взятых с интервалом 5 мин; Б. Положительный результат посева крови в трех пробах, взятых с интервалом между первой и последней 60 мин; В. Положительный результат посева крови в двух пробах, взятых с интервалом более 12 час; Г. Положительный результат (рост зеленающего стрептококка) в одной из двух проб, взятых с интервалом более 12 час; Д. Положительный результат (рост бычьего стрептококка) в

двух из четырех, взятых с интервалом между первой и четвертой пробой 70 мин; Е. Отрицательный результат посева, но высокий титр антител к Brucella.

- а) верно Б,Г
- б) верно Е
- в) верно Б,В
- г) верно А,Г,Д,Е

030. Относительные показания для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом:

А. Высокая лихорадка; Б. Возникновение сердечной недостаточности в связи с поражением клапанных структур; В. Нарушение функции искусственного клапана; Г. Резистентность к терапии антибиотиками, постоянная бактериемия, грибковый эндокардит; Д. Длительно сохраняющаяся лихорадка у больных с эндокардитом и отрицательными посевами крови.

- а) верно Б,В,Г
- б) верно А,Б
- в) верно Д
- г) верно В,Г,Д

031. Причины поражения клапана при трикуспидальной недостаточности:

А. Ревматизм; Б. Тяжелая легочная гипертензия; В. Инфекционный эндокардит; Г. Инфаркт правого желудочка; Д. Аномалия Эбштейна; Е. Кардиомиопатии; Ж. Пролабирование створок трикуспидального клапана.

- а) верно А,Б
- б) верно В,Д
- в) верно Б,Г,Е
- г) верно А,В,Д,Ж

032. Для нормосистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно:

А. Частота желудочковых сокращений менее 50 в минуту. Б. Частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту. В. Частота желудочковых сокращений от 60 до 99 в минуту. Г. Частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно В
- г) верно Г

033. Прогноз больных, перенесших инфаркт миокарда ухудшает:

А. Частая (10 и более в час) монормфная желудочковая экстрасистолия. Б. Неустойчивая желудочковая тахикардия. В. Предсердная экстрасистолия. Г. Бета-адреноблокаторы без собственной симпато-миметической активности.

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно Б
- г) верно В

034. Противопоказания для применения амиодарона:

А. Фибрилляция и трепетание предсердий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта. Б. Полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (при удлинении интервала QT). В. Фибрилляция и трепетание предсердий у больного с сердечной недостаточностью.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно Б
- г) верно Б,В

035. Эффективные суточные дозы соталола:

А. 160-320 мг. Б. 200-400мг. В. 450-900мг. Г. 1200-1400мг.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В

г) верно Г

036. Эффективные суточные дозы пропafenона:

А. 160-320 мг. Б. 200-400мг. В. 450-900мг. Г. 1200-1400мг.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

037. Электрокардиографические проявления, характерные для АВ блокады II степени тип 1 (Мобитц1):

А. Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов. Б. На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия. В. Постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS. Г. Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

038. Увеличивает эффективность повторных попыток электрической дефибрилляции:

А. Глюкокортикоидные гормоны. Б. Хлористый кальций. В. Лидокаин. Г. Амiodарон.

- а) верно А,Б
- б) верно А,В
- в) верно Б,Г
- г) верно В,Г

039. Электрокардиографические проявления, характерные для полной АВ блокады:

А. На фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия. Б. Эпизодическое выпадение зубцов Р и комплексов QRS. В. Полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов.

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно Б
- г) верно В

040. Мероприятия, купирующие фибрилляцию предсердий:

А. Введение антиаритмика. Б. Электрокардиостимуляция. В. Электроимпульсная терапия.

- а) верно А,Б,В
- б) верно А,В
- в) верно Б
- г) верно В

041. Принадлежность препаратов к 1 "А" классу антиаритмических средств:

А. Кордарон. Б. Дофетилид. В. Хинидин. Г. Лидокаин. Д. Дилтиазем. Е. Пропафенон. Ж. Атенолол.

- а) верно В
- б) верно Г
- в) верно Е
- г) верно Ж

042. Показана имплантация электрокардиостимулятора, даже при отсутствии клинических симптомов, при следующих блокадах сердца:

А. Синоатриальная блокада 2 степени. Б. Проксимальная атриовентрикулярная блокада 2 степени 1 тип (Мобитц 1). В. Атриовентрикулярная блокада 2 степени 2 тип (Мобитц 2). Г. Приобретенная полная атриовентрикулярная блокада.

- а) верно А,Б
- б) верно А,Г
- в) верно Б,В

г) верно В,Г

043. Минимальная эффективная энергия первого разряда 50-100 Дж, используемая для купирования следующих аритмий:

А. Фибрилляция желудочков и полиморфная желудочковая тахикардия. Б. Фибрилляция предсердий. В. Трепетание предсердий. Г. Мономорфная желудочковая тахикардия.

- а) верно А,Б
- б) верно А,В
- в) верно Б,Г
- г) верно В,Г

044. Препаратом выбора для лечения симптоматических желудочковых аритмий у больных с сердечной недостаточностью является:

А. Пропафенон. Б. Верапамил. В. Мекситил. Г. Амиодарон.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

045. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца:

А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно В

046. Максимальные дозы Метопролола у больных сердечной недостаточностью:

А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.

- а) верно Г
- б) верно В
- в) верно Б
- г) верно Д

047. Для каких поражений сердца характерно наличие диастолической формы сердечной недостаточности:

А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

- а) верно А,Б
- б) верно В,Г
- в) верно Д,Е
- г) верно А,Б,Д,Е

048. Факторы, не оказывающие влияние на прогноз жизни у больных хронической застойной сердечной недостаточностью:

А. Функциональный класс; Б. Уровень систолического артериального давления около 100 мм рт ст; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Повышенное содержание альдостерона в крови; Д. Гипокалиемия; Е. Повышенная активность ренина крови; Ж. Повышенное содержание в крови предсердного натрийуретического пептида.

- а) верно А,Б,В,Г
- б) верно Б,Е
- в) верно А,Г,Д
- г) верно Д,Е

049. Какие эхокардиографические данные характерны для изолированной формы систолической сердечной недостаточности:

А. Значительно увеличенный размер левого желудочка; Б. Нормальный размер левого желудочка; В. Значительно увеличенный размер левого предсердия; Г. Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм без увеличения полости левого желудочка; Д. Наличие большого количества жидкости в перикарде и нормальные размеры левого желудочка.

- а) верно А,В
- б) верно А,В,Г,Д
- в) верно Б,В,Г,Д
- г) верно Б,В

050. Препараты, которые могут увеличивать летальность больных с сердечной недостаточностью:

А. Нифедипиновая группа антагонистов кальция; Б. Антиаритмики IV класса; В. Антиаритмики II класса; Г. Антиаритмики I класса.

- а) верно Б,Г
- б) верно Б
- в) верно А
- г) верно Г

051. В каких случаях абсолютно противопоказано назначение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов: А. Наличие заболеваний печени; Б. Начальная стадия хронической почечной недостаточности; В. Гиперкалиемия (некорректируемая); Г. Стеноз сонных артерий; Д. Стеноз двух почечных артерий.

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно В,Д

052. Первая доза иАПФ - Периндоприла у больных сердечной недостаточностью:

А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

- а) верно Б
- б) верно Е
- в) верно В
- г) верно А

053. Эффективно применение при фибрилляция желудочков в кардиопульмональной реанимации:

А. Электрическая дефибриляция; Б. Электрическая кардиостимуляция; В. Адреналин; Г. Амиодарон

- а) верно А,В,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В,А
- г) верно Г

054. Улучшает влияние на результат кардио-пульмональной реанимации при асистолии и электромеханической диссоциации:

А. Электрическая дефибриляция; Б. Внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов; В. Непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких; Г. Электрокардиостимуляция.

- а) верно В,Г
- б) верно Б,В,Г
- в) верно А,Б
- г) верно Б,Г

055. Независимые факторы риска возникновения внезапной смерти (ВС) среди лиц с ИБС:

А. Гипертрофия левого желудочка; Б. Повышенное содержание фибриногена, мочевой кислоты; В. Злоупотребление алкоголем; Г. Гипокалиемия

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В,Г

г) верно Г

056. Факторы риска летального исхода у больных в связи с сердечной недостаточностью :

А. Хронический миокардит, сердечная недостаточность IV ф.кл.; Б. Функциональный класс сердечной недостаточности; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Фракция выброса менее 35%, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии на Холтер ЭКГ

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно Б,В
- г) верно Г

057. Аномальное отхождение коронарных артерий и группа больных с повышенным риском возникновения внезапной смерти:

А. Появление клинических симптомов заболевания (головокружение, обморок); Б. Желудочковая тахикардия или успешная реанимация в анамнезе; В. Патологическая реакция на физическую нагрузку; Г. Отягощенный семейный анамнез (случай ранней смерти); Д. Выраженный шум на аортальном или митральном клапане; Е. Пол (мужской)

- а) верно А,Б,Д,Е
- б) верно В,Г
- в) верно А,Б,В
- г) верно Б,В

058. Перечислите кардиальные причины синкопальных состояний, преимущественно возникающие за счет уменьшения выброса левого желудочка:

А. Синдром Эйзенменгера; Б. Тетрада Фалло; В. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия; Г. Стеноз клапанов легочной артерии

- а) верно А,Б,Г
- б) верно Б,Г
- в) верно В
- г) верно В,Г

059. Смешанный вариант синдрома каротидного синуса характеризуется:

А. Появление пауз в желудочковом ритме более 3 сек; Б. Появление пауз в желудочковом ритме более 1,5 сек; В. Снижение систолического артериального давления более чем на 50 мм Нг

- а) верно А
- б) верно А,В
- в) верно Б
- г) верно В

060. Неинвазивные обследования, которые следует использовать в первую очередь у больных в тех случаях, когда синкопальные состояния связаны с поворотом шеи:

А. Суточное мониторирование ЭКГ; Б. Эхокардиография; В. Массаж каротидного синуса; Г. Пассивный ортостатический тест (tilt test)

- а) верно А,Б
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Г

061. Жалобы больных. Возможные при аневризме грудного отдела аорты:

А. Тупая, постоянная боль в верхней части грудной клетки или спины; Б. Одышка, кашель; В. Охриплость голоса, дисфагия; Г. Боль в животе, в паховой области; Д. Ощущение пульсации в животе в положении "лежа на животе"; Е. Продолжительные, ноющие боли в спине, несвязанные с движением; Ж. Боли в эпигастрии

- а) верно А, Б,В
- б) верно Г,Д,Е,Ж
- в) верно А,В,Д
- г) верно Б,Д,Е

062. Третий тип расслоения аорты по классификации Де Беки в зависимости по локализации:

А. Расслоение происходит и сохраняется в восходящей аорте; Б. Расслоение происходит в восходящей аорте, распространяется на дугу и нередко захватывает дистальный отдел аорты; В. Расслоение происходит в нисходящем отделе и распространяется дистально; Г. Расслоение происходит в нисходящем отделе и редко распространяется ретроградно на дугу и восходящий отдел

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В,Г
- г) верно Г

063. Типичные варианты патологии у больных коарктацией аорты:

А. Сужение просвета аорты ниже отхождения левой подключичной артерии; Б. Множественное сужение просвета аорты; В. Наличие других врожденных аномалий (незаращение Боталлова протока, дефект межжелудочковой перегородки, дефекты развития клапанов и т.д.)

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно А,В
- г) верно Б,В

064. Перечислите этапы неотложной терапии при острой артериальной эмболической окклюзии:

А. Обеспечение горизонтального положения конечности; Б. Обеспечение приподнятого положения; В. Немедленная инфузия гепарина; Г. Немедленное введение тромболитика всем больным; Д. Введение тромболитиков показано тем больным, у которых жизнеспособность конечности под угрозой, а другие мероприятия невозможны; Е. Хирургическое лечение показано всем больным; Ж. Хирургическое лечение (эмболэктомия с помощью катетера Фогарти, тромбэктомия, шунтирование) показано, если жизнеспособность конечности под угрозой, а другие мероприятия невозможны

- а) верно А,В,Д,Ж
- б) верно А,В,Г,Е
- в) верно Б,В,Г
- г) верно Б,Д,Ж

065. Перечислите поражения легких при ТЭЛА, встречающиеся наиболее часто:

А. Нижние доли легких; Б. Верхние доли легких; В. Правое легкое; Г. Левое легкое; Д. Одностороннее поражение; Е. Двустороннее поражение; Ж. Множественное поражение

- а) верно А,В,Е,Ж
- б) верно Б,Г,Д
- в) верно А,Г,Д
- г) верно Б,В,Д

066. Выбор и способ введения низкомолекулярного гепарина при ТЭЛА:

А. Вводится подкожно; Б. Вводится лишь однократно внутривенно в виде болюса; В. Вводится однократно в виде болюса с последующей непрерывной внутривенной инфузией; Г. Антикоагулянтная терапия у беременных женщин, сочетающаяся с уменьшением риска развития осложнений; Д. Антикоагулянтная терапия у больных, имеющих риск кровотечения

- а) верно А,Г,Д
- б) верно Б,Г
- в) верно В
- г) верно Б,В

067. Безопасность использование гипотензивных препаратов у беременных женщин не изучена или существует вероятность тератогенного действия:

А. Карведилол. Б. Микардис. В. Престариум. Г. Фуросемид. Д. Метилдопа. Е. Амлодипин. Ж. Лабетолол. З. Цинт.

- а) верно А,Б,В
- б) верно А,Д,Е,Ж
- в) верно Б,В,Г,З
- г) верно В,З

068. Вмешательства, увеличивающие риск кардиальных осложнений:

А. гипотермия. Б. длительность операции. В. общий наркоз. Г. большие объемы плазмозамещающих растворов. Д. пережатие аорты.

- а) верно А,Б,Г,Д
- б) верно А,В
- в) верно Б,В
- г) верно В

069. Укажите вид хирургического вмешательства при сочетании с низким риском ИМ - менее 1%:

А. резекция аневризмы брюшного отдела аорты. Б. неотложная холецистэктомия. В. плановая холецистэктомия. Г. лапароскопическая холецистэктомия. Д. простатэктомия.

- а) верно А,Б
- б) верно В
- в) верно Г
- г) верно Д

070. За какой период времени у больного, идущего на внесердечную операцию, нужно отменить гепарин:

А. за 5-6 дня. Б. за 2-3 дня. В. накануне операции. Г. за 6 часов до операции. Д. за 1-2 часа до операции. Е. пропустить прием препарата только в день операции.

- а) верно Б,В
- б) верно Г
- в) верно Д
- г) верно Е

071. Тактика ведения больных с АВ - блокадой 2 ст. Мобитц I в связи с предстоящей плановой внесердечной операцией:

А. временная ЭКС. Б. постоянная ЭКС. В. отмена препаратов, замедляющих а-в проведение. Г. назначение препаратов, улучшающих а-в проведение. Д. установка электрода в полость левого желудочка.

- а) верно А,Г
- б) верно Б,В
- в) верно В
- г) верно Д

072. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

- а) верапамил
- б) дилтиазем
- в) нифедипин
- г) изоптин

073. К побочным эффектам ингибиторов апф относятся:

- а) гипотония, гиперкалиемия
- б) брадикардия, сухой кашель
- в) тахикардия, кожная сыпь
- г) нарушение функции почек, гипокалиемия

074. Нормальной величиной фракции выброса принято считать показатель не ниже:

- а) 75%
- б) 55%
- в) 80%
- г) 100%

075. Для аспирина, рекомендуемого для лечения больных с заболеваниями, обусловленными атеросклерозом, верно следующее положение:

- а) препарат начинает оказывать действие в пределах 10 минут после приема

- б) эффективность доказана только у больных хронической ИБС
- в) эффективность доказана только у больных ОКС
- г) для проявления действия в максимально короткие сроки рекомендуется разжевать таблетку и подержать во рту

076. Применение низкомолекулярного гепарина у больного с острым коронарным синдромом:

- а) не вызывает лизиса тромба
- б) в комбинации с фибринолитиками не улучшает восстановление проходимости коронарной артерии
- в) вызывает лизис тромба
- г) показано только при наличии подъема сегмента ST на ЭКГ

077. Ургентным показанием для инвазивных методов лечения (ангиопластика, АКШ, реконструктивные вмешательства) у больных инфарктом миокарда является:

- а) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- б) рефрактерная к медикаментозному лечению сердечная недостаточность
- в) рефрактерные к медикаментозному лечению нарушения ритма и сердечная недостаточность
- г) острая аневризма ЛЖ

078. Метаболическим препаратом с доказанной эффективностью при ИБС является:

- а) триметазидин
- б) рибоксин
- в) кокарбоксилаза
- г) янтарная кислота

079. К ЭКГ признакам гликозидной интоксикации относится:

- а) монофазный подъем сегмента ST
- б) двугорбый зубец T
- в) «корытообразное» снижение сегмента ST
- г) вухфазный зубец T

080. Внутриклеточное содержание ионов K в состоянии покоя клетки:

А. Внутри клетки концентрация меньше, чем вне клетки; Б. Концентрация ионов одинакова по обе стороны мембраны под влиянием K/Na-АТФазы; В. Внутри клетки концентрация больше, чем вне клетки.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Б

081. Укажите возможные причины снижения амплитуды или исчезновение зубца R в отведениях V1-2:

А. Один из вариантов синдрома WPW; Б. Инфаркт миокарда задне-базальной области левого желудочка; В. Инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка; Г. Фибрилляция предсердий

- а) верно А
- б) верно А,Б
- в) верно В, А
- г) верно Г

082. Размеры левого предсердия, измеренное при ЭХОКГ не должно превышать:

А, 2.6 см; Б. 4.0 см; В. 4.5 см; Г. 5.0 см

- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

083. Признаки насыщения сердечными гликозидами:

А. Укорочение интервала QT; Б. Корытообразная депрессия сегмента ST; В. Развитие брадикардии; Г. Появление желудочковых экстрасистол; Д. AV блокада I степени.

- а) верно А, Б, В, Д
- б) верно А, В, Г
- в) верно В, Г, Д
- г) верно Г

084. Собираемые трубочки выполняют функцию:

А. Реабсорбция Na, K, Cl, Ca, Mg; Б. Реабсорбция Na, Cl, HCO₃; В. Реабсорбция Na, Cl, секреция K и H под действием альдостерона.

- а) верно А
- б) верно Б, В
- в) верно В
- г) верно Б

85. Антиангинальным препаратом у больных ИБС при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокаде является:

А. Пропранолол, надолол; Б. метопролол, атенолол; В. Верапамил, дилтиазем; Г. Дигидропиридиновая группа препаратов.

- а) верно А, Б, В
- б) верно Г
- в) верно А, Б
- г) верно Б, Г

086. Результаты восстановления кровоснабжения в зоне гибернации миокарда, имеющие доказательства:

А. Уменьшение симптомов сердечной недостаточности; Б. Увеличение фракции выброса левого желудочка; В. Снижение фракции выброса левого желудочка; Г. Увеличение толерантности к физическим нагрузкам; Д. Толерантность физических нагрузок не меняется; Е. Снижается риск развития инфаркта миокарда; Ж. Увеличивается выживаемость.

- а) верно В, Д
- б) верно А, В, Ж
- в) верно А, Б, Г
- г) верно Е, Ж

087. Гемодинамически значимое уменьшение внутреннего диаметра коронарной артерии 80%:

А. Правая коронарная артерия; Б. Ствол левой коронарной артерии; В. Передняя нисходящая ветвь левой коронарной артерии; Г. Огибающая ветвь левой коронарной артерии.

- а) верно А, Б
- б) верно А, Б, В, Г
- в) верно Б, В
- г) верно В, Г

088. Критерии диагностики острого инфаркта миокарда правого желудочка:

А. Наличие остро возникших клинических симптомов (боль в груди, удушье или другие ощущения); Б. Появление на ЭКГ зубца Q в V1 - V3 в сочетании с монофазной кривой; В. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 и отрицательного T; Г. Появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на 3 мм в V3 - V4 справа от грудины; Д. Нормальная или ЭКГ без динамических изменений; Е. Повышение, а затем снижение в характерные сроки кардиоспецифического фермента (МВ - КФК или тропонина).

- а) верно Б, В
- б) верно А, Г, Е
- в) верно А, Д, Е
- г) верно А, Б, В

089. Гуморальные факторы, способствующие возникновению разрывов атеросклеротической бляшки:

А. Повышение содержания катехоламинов; Б. Повышение содержания вазопрессина; В. Высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности; Г. Усиление турбулентности тока крови в области бляшки.

- а) верно Б, Г
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно А, В

090. Выбор препарата (промедола) для купирования болевого синдрома у больных с острым коронарным синдромом:

А. Выраженный болевой синдром; Б. Болевой синдром в сочетании с отеком легких; В. Болевой синдром у больного с дыхательной недостаточностью; Г. Болевой синдром у больного с инфарктом миокарда правого желудочка; Д. Выраженный болевой синдром, сочетающийся с возбуждением; Е. Болевой синдром у лица старческого возраста; Ж. Болевой синдром у больного глаукомой, с затруднениями мочеиспускания в связи с аденомой простаты.

- а) верно А, В, Г
- б) верно А, Б, Д
- в) верно Б, Е, Ж
- г) верно В, Г, Е, Ж

091. Препаратами второго выбора (из бета-блокаторов) для лечения больных с острым коронарным синдромом с помощью их внутривенного введения являются:

А. Неселективные бета-блокаторы с вазодилатирующим действием; Б. Кардиоселективные бета-блокаторы с вазодилатирующим действием; В. Высоко кардиоселективные препараты без дополнительных свойств; Г. Умеренно кардиоселективные препараты без дополнительных свойств; Д. Бета-блокаторы, обладающие внутренним симпатомиметическим действием; Е. Неселективные препараты без дополнительных свойств; Ж. Препараты короткого действия; З. Препараты длительного действия.

- а) верно В, Ж
- б) верно Г, З
- в) верно А, Б, Д
- г) верно А, В, Е

092. Эффективность тромболитиков при остром коронарном синдроме доказана:

А. У больных с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях; Б. У больных с острым коронарным синдромом и возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса; В. У больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST; Г. У больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания; Д. У больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания; Е. У больных острым инфарктом миокарда и кардиогенным шоком в сроки до 6 часов от начала заболевания.

- а) верно А, Б, Г, Е
- б) верно А, В, Е
- в) верно В, Д
- г) верно Б, Д, Е

093. Терапия нефракционированным гепарином у больных с острым коронарным синдромом:

А. Не вызывает лизиса тромба; Б. В комбинации с тканевым активатором улучшает восстановление проходимости коронарной артерии спустя несколько часов от начала терапии; В. В комбинации со стрептокиназой не улучшает восстановление проходимости коронарной артерии; Г. Достоверно не снижает риска реокклюзии коронарной артерии; Д. Уменьшает риск развития внутрисердечного тромбоза и тромбоэмболии; Е. Длительная терапия в комбинации с аспирином обеспечивает более значительное снижение риска развития инфаркта миокарда, чем только терапия аспирином у больных нестабильной стенокардией после выписки из стационара; Ж. В комбинации с аспирином обеспечивает наиболее благоприятные результаты в ранние сроки применения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST; З. Частично активированное тромбопластиновое время на терапии, превышающее 90 сек., значительно увеличивает риск развития геморрагического инсульта.

- а) верно А, Б, В, Г, Д, З
- б) верно А, Д, Ж
- в) верно А, Е
- г) верно А, В, Е, Ж

094. Показания для urgentных вмешательств (ангиопластика, АКШ, реконструктивные вмешательства) у больных инфарктом миокарда:

А. Рецидивирующая желудочковая тахикардия; Б. Ранняя постинфарктная стенокардия; В. Рецидивирующая ишемия миокарда; Г. Кардиогенный шок.

- а) верно А, Б, В
- б) верно А, Г
- в) верно Б, В
- г) верно Г

095. Использование амлодипина у больных острым коронарным синдромом:

А. Для урежения желудочкового ритма у больных фибрилляцией предсердий, имеющих противопоказания для бета-блокаторов, без признаков сердечной недостаточности; Б. Рецидивирующие приступы стенокардии, не контролируемые нитратами, при наличии противопоказаний для бета-блокаторов, без застоя крови в легких; В. Ранняя постинфарктная стенокардия, не контролируемая бета-блокаторами и требующая комбинированной терапии с ними; Г. Препарат в качестве монотерапии без бета-блокаторов может увеличить риск смерти в ранние сроки заболевания.

- а) верно Г
- б) верно В, Г
- в) верно А
- г) верно Б

096. Причиной гипотонии при инфаркте миокарда является нарушение насосной функции сердца в результате:

А. Поражения миокарда - 10 - 15 % от массы левого желудочка; Б. Поражения миокарда более 30% от массы миокарда левого желудочка; В. Внутрисердечные разрывы встречаются у 10 % больных; Г. Внутрисердечные разрывы не встречаются у больных кардиогенным шоком; Д. Выраженная митральная недостаточность; Е. Афоническая регургитация крови через левое АВ отверстие III - IV ст.; Ж. Гиповолемия; З. Инфузия нитроглицерина; И. Вазо-вагальная реакция.

- а) верно А, Г
- б) верно Б, В, Д, Е
- в) верно Ж, З, И
- г) верно Е, Ж, И

097. Выбор терапии у больных кардиогенным шоком при инфаркте миокарда, если давление заклинивания в легочных артериях менее 12 мм.рт.ст.:

А. Инфузия добутамина при систолическом АД ниже 70 мм.рт.ст.; Б. Инфузия допамина при систолическом АД около 70 мм.рт.ст.; В. Инфузия норадреналина при систолическом АД 80 мм.рт.ст.; Г. Инфузия реополиглюкина до 1,5 - 2 л в сутки; Д. Инфузия реополиглюкина в дозе 600 - 800 мл в сутки; Е. Присоединение добутамина к инфузии реополиглюкина в случае недостаточного повышения АД; Ж. Присоединение нитропруссиды к инфузии добутамина при нарастании застоя крови в легких на фоне подъема АД до 90 - 100 мм.рт.ст..

- а) верно Б, Ж
- б) верно А, В
- в) верно Г, Е
- г) верно Д, Е

098. Влияние тромболитиков при лечении больных инфарктом миокарда на летальность:

А. Летальность снижается примерно в одинаковой степени при использовании всех тромболитиков; Б. Летальность в значительно большей степени снижается при лечении активаторами плазминогена; В. Частота эффективного тромболитизиса наибольшая при использовании стрептокиназы; Г. Наибольшее влияние на лизис тромба оказывает время начала терапии; Д. Геморрагические инсульты достоверно чаще возникают при терапии стрептокиназой; Е. Геморрагические инсульты достоверно чаще возникают при терапии активаторами

плазминогена; Ж. Геморрагические инсульты чаще возникают у молодых; З. Геморрагические инсульты чаще возникают у лиц старше 75 лет.

- а) верно А
- б) верно Б, В, Д, Е, Ж
- в) верно З
- г) верно Г

099. Преимущества и недостатки стрептокиназы при терапии инфаркта миокарда:

А. Относительно невысокая стоимость; Б. Высокая стоимость; В. Противопоказание для повторного введения в сроки спустя 5 дней и до 2 лет после первого введения; Г. Ограничений для повторного введения нет.

- а) верно А, Г
- б) верно А, В
- в) верно Б, В
- г) верно Б, Г

100. Обязательные требования при проведении терапии тромболитиками:

А. Возможность определения частично активированного тромбопластинового времени, тромбинового времени фибриногена; Б. Наличие ингибиторов фибринолиза; В. Наличие фибриногена; Г. Наличие протамина-сульфата; Д. Наличие донорской крови.

- а) верно А, Б, В, Г
- б) верно А, В, Д
- в) верно Б, Г
- г) верно Д

Эталоны ответов (вариант № 3)

1	а	26	б	51	Г	76	а
2	а	27	а	52	в	77	а
3	Г	28	Г	53	а	78	а
4	а	29	Г	54	а	79	в
5	а	30	в	55	в	80	б
6	Г	31	Г	56	а	81	в
7	а	32	в	57	в	82	б
8	Г	33	а	58	в	83	а
9	в	34	в	59	б	84	в
10	а	35	а	60	в	85	б
11	б	36	в	61	а	86	в
12	а	37	Г	62	в	87	б
13	Г	38	Г	63	в	88	б
14	б	39	Г	64	а	89	н
15	а	40	б	65	а	90	н
16	а	41	а	66	а	91	б
17	Г	42	Г	67	в	92	а
18	б	43	Г	68	а	93	а
19	в	44	Г	69	в	94	Г
20	а	45	в	70	б	95	б
21	Г	46	б	71	в	96	б
22	в	47	Г	72	в	97	Г
23	а	48	б	73	а	98	а

24	б	49	а	74	б	99	б
25	г	50	а	75	г	100	а

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задача 1.

Мужчина, 55 лет, обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 3 этаж и ходьбе до автобусной остановки (300 м).

Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 10 лет, но адекватной антигипертензивной терапии не получал, уровень АД не контролировал. Курит в течение 25 лет. Работает библиотекарем. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 160/95 мм рт ст; в биохимическом анализе крови выявлена гиперлипидемия.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,2 ммоль/л.

ЭКГ – выявлены признаки гипертрофии ЛЖ.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента?

Задача 2.

Мужчина, 60 лет, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе по ровной местности, сопровождающиеся одышкой.

Из анамнеза известно, что пациент страдает ИБС около 6 лет, 2 года назад перенес передне-перегородочный Q-инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин 100 мг, аторвастатин 20 мг и бисопролол 2,5 мг, однако за последние несколько месяцев отмечает ухудшение состояния и появление вышеуказанных жалоб. Семейный анамнез: мать – 89 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеки лодыжек.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АсаТ 23, АлаТ 28.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.

Задача 3.

Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные боли при ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением одышки, слабости и тревоги.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ (около 10 лет), курит (20лет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к терапевту 2 года назад было зарегистрировано АД 160/95; в биохимическом анализе крови – гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает сахарным диабетом, ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на верхушке сердца, аорте и каротидной артерии справа. ЧСС – 84 уд.в мин., АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при

пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков не регистрируется.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 61,8 мл/мин., АЛАТ – 32 ммоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп для лечения ИБС и АГ Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.
4. Показано ли данному пациенту проведение коронароангиографии?
5. Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента?

Задача 4.

Мужчина 47 лет. Вызвал СМП по поводу появившихся сжимающих и жгучих болей за грудиной в течение ≈ 3 часов с иррадиацией в эпигастральную область, тошноту, слабость. При осмотре: бледен, кожа влажная. В легких хрипов не выслушивается, ЧД – 19 в 1'. Тоны сердца ритмичные ЧСС – 74 в 1', АД 110/80 мм.рт.ст. На снятой ЭКГ синусовый ритм, элевация ST_{II,III, aVF}, небольшая депрессия ST_{V1-V3}. После введения больному морфина в/в и приема нитроглицерина сублингвально, состояние пациента резко ухудшилось. Появилась артериальная гипотензия АД – 70/40 мм.рт.ст., ЧСС – 98 в 1', набухание яремных вен. Выраженная бледность кожных покровов, в легких хрипов не выслушивается ЧД – 21 в 1'.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Дайте обоснованное предположение относительно ухудшения состояния больного.
3. Какая диагностика на догоспитальном этапе позволит верифицировать причину ухудшения состояния?
4. Что ожидается на ЭКГ?
5. Лечебная тактика в условиях стационара?

Задача 5.

Юноша 16 лет. Был госпитализирован в БИН с диагнозом: ОКС. Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазм на коже век впервые был проведен анализ атерогенных липидов в крови, который показал высокий уровень общего холестерина. В течение 3-х недель беспокоят приступы загрудинных сжимающих болей при физических нагрузках.

При осмотре: границы сердца не расширены, тоны ясные, патологических шумов нет, ритм правильный, ЧСС – 68 в 1', АД – 120/70 мм.рт.ст.

При обследовании в отделении по данным КАГ выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии на 70%, стеноз огибающей коронарной артерии на 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%.

В крови общий холестерин 21,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП 13,1 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Тактика лечения больного?
4. Что входит в оценку профиля безопасности проводимой терапии при диспансерном наблюдении?

Задача 6.

Мужчина, 62 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на сжимающие боли за грудиной, одышку, возникающие при быстрой ходьбе на дистанцию 500 метров или при подъеме по лестнице на 3 этаж, купируемые в течение 3-5 минут приемом нитроглицерина, повышение АД до 180/105 мм рт.ст., перебои в работе сердца. Из анамнеза известно, что пациент страдает артериальной гипертензией около 10 лет, 2 года назад перенес передне-перегородочный не-Q-инфаркт миокарда, вышеуказанные жалобы возникли около 6 месяцев назад, толерантность к физическим нагрузкам снижалась постепенно. Постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту (тромбо-асс) 100 мг, торвакард (аторис) 10 мг, каптоприл 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Вес 96 кг, рост 172 см, ИМТ- 32, 44 кг/ м², окружность талии 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. Левая граница сердца ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 185/110 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС ЛПНП- 4,85 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,8 ммоль/л; креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 85 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Скорректируйте медикаментозную терапию пациенту
4. Назовите группы состояния здоровья населения при проведении диспансеризации и к какой группе относится данный пациент?

Задача 7.

Мужчина 34 лет, обратился с жалобами на периодические давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), ночью, чаще в предутренние часы, физическую нагрузку переносит хорошо. Боли плохо купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы отмечает около 2-х лет. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиомагнил 75 мг на ночь, однако, жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия. Лабораторно в крови: холестерин 4,9 ммоль\л, триглицериды 1,2 ммоль\л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Внесите коррекцию в проводимую медикаментозную терапию, если она необходима

Задача 8.

У больной 52 лет диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась аритмия. На мониторе появляются парные и групповые желудочковые экстрасистолы. В отведениях I, AVL, V 1-3 зубцы QS и подъем ST. В отведении II, III, avF депрессия ST.

Задание

1. Какой локализации и стадии инфаркт миокарда?
2. Развитие какого вида аритмий возможно у больной?
3. Тактика лечения больной?

Задача 9.

Мужчина 62 лет, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. При осмотре пульс 66 в мин., артериальное давление 180/100 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Задание.

1. Определите стадию гипертонической болезни и категорию риска сердечно-сосудистых осложнений.
2. Определите целевой уровень АД.
3. Какая терапия показана пациенту?
4. Назначьте лечение.

Задача 10.

Мужчина 40 лет пришел на мед. осмотр. Рост 178 см. Вес 70 кг. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. I тон на верхушке средней громкости. ЧСС=Ps= 90 в минуту, ритмичный. Хорошего наполнения, не напряжен, одинаковый на обеих руках. АД после 2-х кратного измерения 155/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: курит с 20 лет, отец перенес инфаркт миокарда в 53 года.

Задание

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Рекомендации по лечению.

Задача 11.

Мужчина, 60 лет, пришел к врачу поликлиники для проведения планового контрольного визита. В последнее время чувствует себя удовлетворительно, жалобы отсутствуют. Однако больной озабочен возможными проблемами со здоровьем в будущем, так как имеет отягощенный по сердечно-сосудистым заболеваниям семейный анамнез (недавно от острого сердечного приступа у него скончался брат 50 лет, мать страдала сахарным диабетом 2 типа и умерла от инфаркта миокарда в возрасте 64 лет). Больной страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет, в связи с чем регулярно принимает лозартан в дозе 100 мг/сут. По словам пациента, ежедневно контролирует АД дома, и оно не превышает уровня 130/80 мм рт (хотя до начала гипотензивной терапии обычно держалось на уровне 160-165/100-105 мм.рт.ст). 4 года назад перенес ТИА.

Из анамнеза также известно, что пациент страдает сахарным диабетом 2 типа, в связи с чем старается строго соблюдать рекомендации врача в отношении диеты, режима и контроля гликемии дома, а также принимает метформин в дозе 1000 мг/сут. Диагноз был установлен около 3-х лет назад, когда в ходе диспансеризации у него выявилось повышение уровня глюкозы натощак до 7,0 ммоль/л. Состоит на диспансерном учете, посещал занятия «Школы диабета». Две недели назад проходил контрольное обследование у эндокринолога. В то время уровень гликированного гемоглобина у него составил 6,0%, анализ мочи на микроальбуминурию дал отрицательный результат. Был осмотрен окулистом в плановом порядке около 2-х месяцев назад; выявлена препролиферативная диабетическая ретинопатия с обеих сторон.

Больной курит более 30 лет, в последние полгода сократил количество выкуриваемых за сутки сигарет с целой пачки до ее половины.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В анализах: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,4 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л. АсАТ 18 МЕ/л, АлАТ 14 МЕ/л, общий билирубин 15 мкмоль/л.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Какую дополнительную медикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациенту?
4. Каковы цели лечения?

Задача 12.

Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе. Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт. ст., АД на нижних конечностях 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат в норме, патологических токов не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения.

Задача 13.

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание

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

Задача 14.

Женщина, 35 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на головные боли и повышение цифр АД до 150/95 мм рт ст.

Из анамнеза известно, что пациентка курит около 10 лет по несколько сигарет в день, с 30 лет отмечает периодическое повышение цифр АД до 150-160/90-100 мм рт ст, которое купирует приемом капотена. Постоянно ничего не принимает. Семейный анамнез: мать – 69 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ. В настоящее время первая беременность 12 недель. При наступлении беременности резкого повышения цифр АД и ухудшения состояния не отмечает.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Биохимические анализы крови в норме, расчетная СКФ 69 мл/мин/1,73 м2.

Микроальбуминурия отрицательная.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали.

Задача 15.

В приемный покой обратилась женщина 30 лет с жалобами на головную боль, повышенную утомляемость, снижение остроты зрения, повышение АД.

Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 18-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение гипотензивных средств (каптоприл 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, индапамид 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В области брюшной аорты выслушивается систолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,3 г/л , лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет.

Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: кровоизлияния на сетчатке и отек соска зрительного нерва.

При УЗИ брюшной полости и почек - разница между длинами почек 2,5 см.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и предположите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано пациентам с данной патологией , применение каких групп гипотензивных средств противопоказано при двустороннем стенозе почечных артерий?

Задача 16.

Мужчина 75 лет. Доставлен в стационар бригадой СМП с улицы, где, со слов окружающих, потерял сознание, были судороги конечностей, непроизвольное мочеиспускание. Врачом СМП зафиксированы ЧСС 26 в 1', АД 80/40 мм.рт.ст. При поступлении в стационар, после оказания неотложной помощи, пациент в сознании, ЧСС 38 в 1', АД 100/70 мм.рт.ст. Из анамнеза известно, что год назад перенес инфаркт миокарда, рекомендуемые препараты принимал нерегулярно. В течение последней недели отмечал эпизоды головокружения в сочетании с резкой слабостью, за медицинской помощью не обращался. На снятой ЭКГ зубец Р отсутствует, регистрируются волны (f), интервал RR – 2310 мс, ритм правильный, диффузные реполяризационные нарушения.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать потерю сознания?
3. Какая неотложная помощь показана при данном ургентном состоянии?
4. Выберите тактику кардиохирургического лечения.
5. Какое фармакологическое лечение показано больному?

Задача 17.

Мужчина, 50 лет обратился к врачу с жалобами на тяжесть в затылочной области, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие ежедневно, чаще вечером, в покое, после приема пищи или умеренного количества алкоголя, продолжительностью около 2 часов, сопровождающиеся чувством страха, тревоги, чувством нехватки воздуха. Приступы купируются самостоятельно. Впервые эпизод учащенного аритмичного сердцебиения возник 6 лет назад, после употребления алкоголя, приступ купирован врачами скорой помощи внутривенным введением антиаритмических препаратов. В течение последних 5 лет стал отмечать повышение артериального давления до 160/100 мм. рт ст. Постоянной гипотензивной терапии не

принимал. Приступы аритмии до настоящего времени были редкими, ухудшение около месяца в виде ежедневного рецидивирования пароксизмов, сопровождающиеся повышением артериального давления. *Объективно:* в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 16 в мин. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- верхний край 3 ребра. При аускультации тоны сердца ритмичные, патологических шумов не выслушивается. ЧСС-90 уд в мин, АД 158/90 мм рт. ст.

Лабораторно: общий анализ мочи, общий анализ крови без патологии.

По ЭКГ снятой во время пароксизма - отсутствие зубца Р, наличие волн f в отведениях V2, II, III, aVF.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного инструментального обследования пациента.
3. Какие лабораторные исследования следует провести данному пациенту?
4. Дальнейшая тактика лечения?

Задача 18.

Мужчина 73 лет. В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические л/у не увеличены безболезненные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца аритмичны ЧСС \approx 50 уд\мин, приглушены. АД 160\70 мм рт ст. D=S. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. ИМТ – 32 кг/м².

В анализах: глюкоза крови натощак - 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 7.0 ммоль/л, ТГ – 4.5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3.5 ммоль/л; креатинин – 95мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 68,3 мл/мин, мочевиная кислота – 290 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
4. Дальнейшая лечебная тактика?

Задача 19.

Пациент Б., 74 года, жалуется на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебой в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около трех лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад начали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин, с небольшим эффектом. Кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые - после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадины и ушибы). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя -по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 70 в минуту, ритм неправильный, АД -130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В анализах крови: гемоглобин - 13,7 г%, эритроциты - 4,2 млн, лейкоциты - 7,5 тыс., тромбоциты - 243 тыс., СОЭ - 11 мм/ч, общий белок - 6,9 г%, альбумин - 4,2 г%, креатинин - 1,2 мг%, азот мочевины -18 мг%, общий билирубин - 0,8 мг%, триглицериды -169 мг/дл, общий холестерин - 328 мг/дл, ЛНП -197 - мг/дл, глюкоза -113 мг%.

В анализе мочи: рН - 6, удельный вес - 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - единичные в препарате.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем - 42-117 в минуту (ср. 58 в минуту), ЧСС - ночью 35-64 в минуту (ср. 50 в минуту). Желудочковая политопная экстрасистолия - всего 2130, в том числе 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с, 13 эпизодов АВ блокады II степени 1-го типа

(периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов - повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какое мероприятие является первоочередным в данной клинической ситуации и какого клинического эффекта можно от него ожидать?
3. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить пациенту в плановом порядке?
4. Какова оптимальная тактика лечения больного на данный момент и в последующем?

Задача 20.

Пациентка М., 52 года, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часа и заканчиваются спонтанно (также внезапно). Частоту пульса во время приступа самостоятельно определить не удается. Подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, при ЭхоКГ отклонения от нормы не выявлены. Медикаментозную терапию не получала. Последний приступ возник три дня назад, на фоне глубокого вдоха не купировался, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80/60 мм рт. ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС - 74 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

В анализах крови: гемоглобин - 12,7 г%, эритроциты - 3,9 млн, лейкоциты - 5,6 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,8 г%, креатинин - 1,0 мг%, азот мочевины - 15 мг%, общий билирубин -1,0 мг%, глюкоза - 102 мг%.

В анализе мочи: рН - 5, удельный вес - 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

ЭКГ: Интервал P-QR меньше 0,12 сек. В составе комплекса QRS имеется дополнительная волна возбуждения.

ЭхоКГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зоны гипокинеза не выявлены. Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта утолщена.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Запланируйте дальнейшее обследование?
3. Каков прогноз заболевания у данной больной?

Задача 21.

Пациент Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1,5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, проходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин, без существенного эффекта. Данное состояние сохранялось в течение суток, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида, без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. Через пять дней госпитализирован в клинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧД - 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 136 в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +0,5 см по правой среднеключичной линии. Щитовидная железа не пальпируется.

В анализах крови: гемоглобин - 14,2 г%, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 5,5 тыс. (п/я - 1%), нейтрофилы - 54%, лимфоциты - 29%, тромбоциты - 214 тыс., СОЭ - 7 мм/ч, общий белок - 6,3 г%, альбумин - 4,0 г%, креатинин - 1,1 мг%, азот мочевины - 16 мг%, общий билирубин - 1,1 мг%, ГГТ - 16 ед/л, глюкоза - 98 мг%, общий холестерин - 198 мг/дл, триглицериды - 134 мг/дл.

В анализе мочи: рН - 5,5, удельный вес - 1019, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты и лейкоциты - единичные в поле зрения.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий, ЧСЖ 102 в мин

ЭхоКГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, зоны гипо- и акинеза не выявлены. Клапаны и аорта не изменены.

Задание

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Охарактеризуйте этиологию диагностированного заболевания.
3. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения?
4. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?

Задача 22.

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39⁰С, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней.

Анализ крови: Нв 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч.

ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях.

Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план дифференциальной диагностики
3. Какова врачебная тактика?

Задача 23.

Больной Н, 26 лет, обратился к врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 суток, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 39 С, озноб, потливость, слабость. Из анамнеза известно, что около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб беспокоили повышение температуры до 38-38,5 °С, жидкий стул до 6 раз в сутки в течение 2-х дней. За медицинской помощью не обращался.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - треть межреберье. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. На снятой ЭКГ- «распространенный» подъем сегмента ST на 1,5 мм(в отведениях I, II, ,AVL V2-V6), депрессия PR.

Задание

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторно – инструментальные исследования необходимо провести?
3. Укажите группы препаратов для лечения данного заболевания и их режим дозирования.
4. Определите прогноз данного заболевания и варианты его развития?

Задача 24.

Мужчина, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 39-40 градусов, ознобами, одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, их припухлость, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки.

Из анамнеза известно, что во время зимней рыбалки провалился под лед. Впоследствии чувствовал себя хорошо, но через 2 недели почувствовал общую слабость, недомогание, а еще через 3 дня началась лихорадка с повышением температуры до 39 градусов, появились боли в области левого голеностопного и правого коленного суставов, без припухания. Начал лечение ампициллином самостоятельно, отметил улучшение состояния и нормализацию температуры к 3му дню, после чего прекратил антибиотикотерапию. Через 2 суток вернулась лихорадка (температура до 40 градусов) с ознобами и обильной потливостью. Не смотря на возобновление ампициллина, клиника сохранилась и пациент обратился в больницу.

При осмотре: кожные покровы специфической окраски («кофе с молоком»). Снижение массы тела на 15 кг за месяц (рост 180 см, вес 70 кг). Под ногтевыми пластинами определяются линейные геморрагии. В области голеней обильные геморрагические высыпания по типу пурпуры. В переходной складке конъюнктивы глаз единичные точечные геморрагии. Отмечается пастозность голеней и дефигурация левого голеностопного и правого коленного суставов. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, верхушечный толчок сильный, опущен до 7 межреберья по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. В зоне Боткина-Эрба выслушивается громкий, нежный протодиастолический шум убывающего характера, связанный со II тоном резко ослаблен. Пульс скорый, большой, скачущий. Артериальное давление 130/40 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное над базальными отделами легких. При пальпации живота определяется мягкий, слегка болезненный край печени. Селезенка увеличена, и ее нижний полюс хорошо пальпируется в левом подреберье в положении на левом боку. Мочевыделение свободное, моча темная.

В анализах: ОАК – Нb – 99 г/л, лейкоциты – $3,16 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофилы до 20%), СОЭ – 66 мм.рт.ст. ОАМ – эритроциты – до 20-30 в п/зр., белок до 1 г/л, единичные цилиндры. Суточный белок – 6 г/л. Биохимический анализ крови: билирубин – 12,1 мкмоль/л, креатинин – 181 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, РФ (+), антинуклеарный фактор (+), ЦИК – 150 опт.ед., антитела к кардиолипину в титре 1:10, антистрептолизин-О в титре 1:150.

Задание

1. Сформулируйте полностью предварительный диагноз.
2. Какие синдромы Вы можете выделить у данного больного для постановки предположенного Вами диагноза?
3. Что дополнительно Вы бы назначили из лабораторных и инструментальных методов диагностики?

Задача 25.

Мужчина 49 лет экстренно госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, выраженную потливость, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 9 кг за последние 2 месяца. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем и курит по 1 пачке в день. Около 2 месяцев назад лечился у стоматолога - экстракция зуба. Через 10 дней после чего появились температура до 37,6°C и повышенная потливость. К врачу не обращался, три недели лечился «народными средствами», на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, усилилась потливость, боли в мышцах и суставах. Обратился в поликлинику по месту жительства. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 3 дня после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом, одышку, резкую слабость. Вызвал врача на дом. Рекомендована госпитализация.

При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, вынужденное положение - ортопноэ. Температура тела - 39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонных поверхностях - геморрагические пятна $d=3$ мм, безболезненные. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы над 1/3 обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в V точке - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих лучевых артериях. ЧСС - 110 в минуту. АД - 125/60 мм рт. ст. Видимая пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Отеков нет.

В анализах: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, нейтрофилы: палочки - 8%, сегменты - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%, тромбоциты – 155×10^{12} /л, СОЭ - 38 мм/ч.; общий билирубин - 44 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, РФ +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭХОКГ: ФВ = 41%, толщина ЗС ЛЖ и МЖП = 10 мм. Расширение полости ЛЖ: КДР ЛЖ = 58 мм, размер ЛП = 55 мм. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 10×8 мм. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назовите основные принципы лечения больного и есть ли показания к хирургическому лечению

Задача 26.

Пациент, 44 лет обратился с жалобами на повышение температуры до 37,8°C, слабость, озноб. Вчера после переохлаждения появилась боль в левой половине грудной клетки при дыхании, движении, кашле.

Объективно: незначительная бледность и влажность кожи. ЧСС - 82/мин, сердечные тоны приглушены, систолический шум в области перкуторной абсолютной тупости сердца, АД - 110/70 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST до 2 мм в большинстве отведений, за исключением V1, aVR, в которых отмечается депрессия сегмента ST на 1 мм.

В крови: лейкоциты - 10,0x10⁹ /л, СОЭ - 12 мм/час.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Препараты каких групп лекарственных средств рекомендованы пациенту?
4. Какие хирургические методы лечения применяются? Показания.

Задача 27.

Больной А., 56 лет, жалуется на одышку и сердцебиение, возникающие при ходьбе средним темпом по ровной местности более 150 метров и подъеме на 2 этаж, на отеки ног по вечерам, изредка беспокоит сухой кашель при принятии горизонтального положения. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда (2 года назад).

При осмотре: кожный покров обычной окраски, слабо выраженный акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 20 в 1 мин в покое. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии, локализованный. Тоны сердца тихие, ритм правильный, тихий систолический шум в области верхушки и в зоне Боткина, ЧСС – 102 удара в мин. АД – 130 и 85 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги. Пастозность голеней.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какие препараты необходимо назначить в качестве базисной терапии?

Задача 28.

Больной К., 70 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы с жалобами на выраженное чувство нехватки воздуха, резко усиливающееся в горизонтальном положении. В анамнезе у больной ревматизм с 20 летнего возраста, сочетанный митральный порок. При осмотре: больной занимает вынужденное положение – сидя, с опущенными ногами. Кожный покров бледный, выраженный акроцианоз. Одышка в покое: ЧД – 32 в 1 мин. При аускультации легких – жесткое дыхание, множественные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца тихие, ритм правильный, интенсивный систолический шум в зоне верхушки сердца, ЧСС – 118 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Отеки голеней.

Задание

1. Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение.

Задача 29.

Больная М., 46 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при прохождении 500 м по ровной поверхности обычным темпом, на периодическое чувство «замирания» сердца, на отеки нижних конечностей по вечерам. Указанные симптомы отмечает на протяжении трех последних лет. Обратилась за медицинской помощью в связи с неоднократными синкопальными состояниями в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что отец больной умер в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: кожный покров бледно-розовый. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца – в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной

линии. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум в зоне верхушки сердца и зоне Боткина. ЧСС – 86 в 1 мин. АД – 190/95 мм.рт. ст. Печень у края реберной дуги, пастозность голеней.

ЭКГ: ритм синусовый. Синусовая тахикардия. Признаки гипертрофии ЛЖ.

По данным ЭхоКГ: КДР 5,6см, КСР 2,9см. ФВ ЛЖ 54%. Толщина межжелудочковой перегородки – 27 мм, задней стенки левого желудочка – 18 мм. Передне-систолическое движение ПМС с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

Задание

1. Установите диагноз.
2. Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?
3. Назначьте обследование.

Задача 30.

Больная А., пенсионерка, 70 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при выходе из теплого помещения на холодный воздух, подъеме на 1 этаж, длящиеся в покое в течение 5-10 минут, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 1-2 минуты, одышку при физической нагрузке, сухость во рту.

Из анамнеза заболевания: повышение АД до 180/100 мм. рт.ст. в течение 20 лет, сопровождающееся головокружением. Лекарственные препараты принимает не регулярно. Боли указанного характера отмечает в течение 15 лет. Перенесла инфаркт миокарда 10 лет назад. Отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-цианотичные, чистые, умеренно влажные. Пастозность стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких жесткое дыхание, влажные хрипы в н/о легких, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 88 уд/мин. Акцент II тона над аортой. Негромкий систолический шум на верхушке. АД 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

ОАК: эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$; гем – $120 \times 10^{12}г/л$; лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$; э – 3; п/я – 4; с/я – 56; л – 28; м – 9. СОЭ - 12 мм/час.

ОАМ: отн. плотность - 1017; белок - 0,33 г/л, глюкозы – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр..

Б/х ан. кр.: Общий холестерин – 8,9 ммоль/л; сахар крови – 11,2 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,011 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Выделите синдромы, выделите ведущий.
3. Каков механизм развития болевого синдрома?
4. Оцените результаты биохимического анализа крови.

Задача 31.

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски.

Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 удара в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 22%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.

ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40% (норма - 50-70%). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

Задание

1. Сформулируйте диагноз. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Назначьте лечение.

Задача 32.

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота.

Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план дифференциальной диагностики
3. Какова врачебная тактика.?

Задача 33.

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст.

На ЭКГ: зубцы P не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Врачебная тактика?

Задача 34.

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку.

Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт. ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание.

Задание

1. Лечебная тактика?
2. Какое состояние развилось у пациента?

Задача 35.

Мужчина 49 лет был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких – дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5-ый день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

Задание

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Тактика лечения?

Задача 36.

У больного Г. 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в постоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились: резкая одышка смешанного характера, боли в грудной клетке.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати, кожные покровы умеренной влажности, цианоз. Дыхание поверхностное, одышка до 30 в одну минуту, при аускультации большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация во II межреберье слева. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: акцент второго тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край плотный умеренно болезненный.

Задание

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения

Задача 37.

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель.

Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В лёгких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в лёгких. Печень не

пальпируется, отёков нет. Температура тела нормальная.

ЭКГ: RV4-V6, RV4<RV5>RV6, R aVL (>11мм), RV5+SV2=41мм

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
3. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Задача 38.

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами головокружение, обмороки, часто сочетающиеся с ноющими болями в области сердца; сердцебиением, одышкой, связанными с умеренной физической нагрузкой. Боли в области сердца не купируются нитроглицерином, после приема нитроглицерина возникает головокружение, отмечал эпизод обморока. В анамнезе - ОРВИ, ангина. Наследственность: отец умер внезапно в возрасте 45 лет.

При объективном обследовании обращает внимание интенсивный систолический шум у левого края грудины в 3 межреберье.

Лабораторно: общий анализ крови, кардиоспецифические ферменты, белки острой фазы и маркеры воспаления - без патологии.

ЭКГ - высокие зубцы R в I-м стандартном и левых прекардиальных отведениях в сочетании со снижением интервала S-T и глубокими отрицательными зубцами T в отведениях II, III, aVF, V4-V6, частая желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ - асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки до 3 см. Отмечается переднее систолическое движение передней створки митрального клапана; касание передней створки митрального клапана с межжелудочковой перегородкой в диастолу; среднее систолическое прикрытие створок аортального клапана; уменьшение размеров полости левого желудочка, расстояния от межжелудочковой перегородки до передней створки митрального клапана в начале систолы; обструкция путей оттока из левого желудочка - градиент давления 70 мм. рт ст, увеличение левого предсердия до 5 см.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента и консультаций специалистов для уточнения нозологической формы заболевания (этиологии).
3. Какое медикаментозное лечение необходимо назначить пациенту?

Задача 39.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. Периферические л/у не увеличены, безболезненные. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. ЧД = 20 в мин. АД = 110/70 мм рт. ст. D=S. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин - 7,8 ммоль/л, ТГ - 4,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 5,2 ммоль/л; глюкоза натощак - 5,2 ммоль/л; креатинин - 98 мкмоль/л,

СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 68,1 мл/мин.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Дальнейшая лечебная тактика?

Задача 40.

32-летний больной на приеме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Задание

1. Поставьте наиболее предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача 41.

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приемом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки.

Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения.

Задача 42.

Больная М., 46 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при прохождении 500 м по ровной поверхности обычным темпом, на периодическое чувство «замирания» сердца, на отеки нижних конечностей по вечерам. Указанные симптомы отмечает на протяжении трех последних лет. Обратилась за медицинской помощью в связи с неоднократными синкопальными состояниями в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что отец больной умер в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: кожный покров бледно-розовый. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца – в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум в зоне верхушки сердца и зоне Боткина. ЧСС – 86 в 1 мин. АД – 190/95 мм.рт. ст. Печень у края реберной дуги, пастозность голеней.

ЭКГ: ритм синусовый. Синусовая тахикардия. Признаки гипертрофии ЛЖ.

По данным ЭхоКГ: КДР 5,6см, КСР 2,9см. ФВ ЛЖ 54%. Толщина межжелудочковой перегородки – 27 мм, задней стенки левого желудочка – 18 мм. Передне-систолическое движение ПМС с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Врачебная тактика?

Задача 43.

Осмотрен пациент, мужчина 39 лет. В течение 5 лет он отмечал небольшую одышку, которая беспокоила при умеренной физической нагрузке, периодические сердцебиения. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда он заболел ОРЗ, и на фоне высокой температуры и кашля появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, возникли частые сердцебиения. В анамнезе - хронический тонзиллит, в 18 лет была проведена тонзиллэктомия. Вредные привычки отрицает.

Объективно: выявляются ортопноэ, акроцианоз, ИМТ – 21 кг/м², ЧД = 22 в мин. ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 32 в мин. АД = 105/60 мм рт. ст. Температура тела 37,5С. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Выслушивается акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах и в аксиллярных областях. Живот мягкий, при пальпации выявляется легкая болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выявляется умеренная отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 35 мм/час, лейкоциты 12100, С-реактивный белок – 24 мг/л. По ЭКГ выявляется фибрилляция предсердий с ЧСС 76- 150 в минуту.

По ЭХОКГ выявляется расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-V отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. *Д-ЭХОКГ:* высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-V отверстие. Ток регургитации через правое А-V отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана. Систематического лечения ранее не получал, нерегулярно, с частотой 3-4 раза в месяц, использовал корвалол по 30 капель при усилении сердцебиений.

После осмотра было назначено следующее лечение: лозартан в дозе 50 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, варфарин 5 мг/сут под контролем МНО. Запланирована хирургическая коррекция порока сердца после стабилизации состояния больного. При осмотре на следующий день отмечено уменьшение выраженности жалоб на одышку и сердцебиения, ЧСС 110 – 130 в минуту, дефицит пульса уменьшился до 25 в минуту. В остальном – без динамики.

Задание

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Эффективна ли назначенная терапия?
3. Дальнейшая тактика лечения?

Задача 44.

Молодой мужчина, 28 лет, с жалобами на возникающие периодически боли в области сердца различного характера: колющие, ноющие, изредка давящие, достаточно длительные, как правило, связанные с эмоциональным перенапряжением; сердцебиение; головные боли преимущественно в утренние часы; нестабильное АД с колебаниями от 140/80 до 180/90 мм рт. ст., беспокоящее около 5-ти лет, провоцируемые часто метеофакторами; общую немотивированную слабость преимущественно в утренние часы; повышенную потливость, зябкость, плохой сон, снижение работоспособности и памяти; снижение переносимости как физических, так и психоэмоциональных нагрузок, апатию. *Из анамнеза:* нездоров с детства: на фоне общей слабости и эмоциональной неустойчивости периодически беспокоили неприятные ощущения в области сердца, чувство тяжести в голове, пониженное АДс постепенным переходом (примерно к 16-ти годам) к повышению до 140/90 мм рт. ст. По заключению врача – диагноз: ВСД.

Перенесённые заболевания: менингит, сотрясение головного мозга, хронический пиелонефрит, нефроптоз, ушивание паховой грыжи, миопия II ст., сколиоз (после 12-ти лет), плоскостопие, варикозное расширение вен нижних конечностей. Наследственная отягощённость: по АГ (у матери). Профессия: программист.

При осмотре: состояние удовлетворительное, астенического телосложения, пониженного питания ИМТ – 18,1 кг/м² (рост – 189 см, вес – 65 кг), ОТ – 81 см; гипотрофия мышц. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной растяжимости и влажности, истончённые с просвечиваем сосудистой сети, варикозное расширение вен нижних конечностей, сколиотическое искривление позвоночника, крыловидные лопатки. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 дых/мин. Границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ясные с ЧСС – 80 уд./мин., систолический щелчок, систолический шум на верхушке, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Из дополнительных данных: общие анализы крови мочи без особенностей; липидный спектр: ОХ - 4,8 ммоль/л; ТГ – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,38 ммоль/л;КА - 1,7; глюкоза крови натощак – 5,3 ммоль/л; креатинин - 75 мкмоль/л;

СКФ – 97 мл/мин; альбуминурия – 15 мг/л;

ЭКГ: единичные экстрасистолы, удлинение интервала QT

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

3. Тактика ведения пациента?

Задача 45.

Больная Н., сторож, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купирующиеся самопроизвольно постепенно через 30-40 мин. (проба с нитроглицерином отрицательная); головные боли, обмороки, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически кашель, чаще в горизонтальном положении.

Анамнез заболевания: в детстве частые ангины. До 40 лет считала себя здоровой. 10 лет назад стала отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные загрудинные боли. За медицинской помощью не обращалась, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха при быстрой, а затем и при спокойной ходьбе, 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 мин. Ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/88 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см снаружи от СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины в 4-м межреберье, верхняя – второе межреберье, левая – на 2 см снаружи от левой СКЛ. Во всех точках выслушиваются 2 тона, приглушены, ритм правильный, 100 в мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, расщепление II тона на основании сердца; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область и в область Боткина–Эрба. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

ОАК: Нб – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; СОЭ – 7 мм/ч; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%.

ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпит. – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.

Б/х ан. кр.: Билирубин общий 16,0 (прямой - 12,0; непрямо - 4,0) мкмоль/л, глюкоза – 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.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое наиболее информативное исследование необходимо назначить для верификации диагноза?
3. Оцените данные биохимического анализа крови.

Задача 46.

Больная И., 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, отеки нижних конечностей.

Анамнез: около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последнее ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Стали возникать боли в области сердца, давящего характера, возникающие при небольшой физической нагрузке.

Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется выраженный систолический шум на основании сердца. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

ЭХО-КГ: Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок. Резкий аортальный стеноз с G 118 мм рт.ст. Умеренная аортальная регургитация 2-3 степени. Врожденный двустворчатый клапан аорты: три комиссуры, сращены правая и некоронарная створки. Фиброз и кальциноз 3 степени аортального клапана. Умеренное расширение восходящей аорты. Небольшое расширение левого предсердия. Значительная гипертрофия стенок левого желудочка (до степени гипертрофической кардиомиопатии). Диастолическая функция левого желудочка: нарушена по псевдонормальному типу. Легочная гипертензия 1 степени. Давление в ПЖ 36 мм.рт.ст. Сократимость левого желудочка в пределах нормы. Фракция выброса левого желудочка: 74%.

Рентгенография Легочный рисунок не изменен. Корни легких: структурные, нормальных размеров. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце: Поперечник увеличен влево. Увеличена восходящая аорта. В проекции аортального клапана очаги средних размеров обызвествления. Гипертрофирован левый желудочек.

Задание

1. Клинический диагноз?
2. Основное направление терапии у данного пациента?
3. Тактика хирургического лечения?

Задача 47.

Больной К., 20 лет после автокатастрофы доставлен в реанимационное отделение с диагнозом: Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб сердца, легких и печени, закрытый перелом левого плеча и переломы VIII-IX ребер слева, травматический шок III степени тяжести.

Объективно: При поступлении состояние крайне тяжелое. Выражена тахикардия, артериальная гипотензия. Границы сердца умеренно расширены влево и вверх. I тон над верхушкой приглушен и ослаблен, II тон над легочной артерией акцентирован. Над областью сердца с максимумом над верхушкой выслушивается интенсивный систолический шум, "дующего" тембра, связанный с I тоном и занимающий 1/2 систолы.

Данные обследования:

ЭКГ: Атриовентрикулярная диссоциация, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, увеличение электрической активности левого желудочка. Депрессия сегмента ST, переходящая в "сглаженный", почти изоэлектрический зубец T, в отведениях V1-V3 выпуклый подъем сегмента ST с переходом в отрицательный зубец T.

ЭХО-КГ: Умеренное расширение левых полостей сердца, без гипертрофии его стенок. Гиперкинезия передней створки митрального клапана. Переднелатеральная папиллярная мышца выглядит "яркой". Выраженная митральная регургитация II-III степени. Вызван кардиохирург для консультации.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Рекомендации по дальнейшей тактике лечения?

Задача 48.

Ребёнок А, 3 лет направлен в кардиохирургический центр для консультации. Со слов родителей отмечается одышка при незначительной физической нагрузке. Ребёнок от первой, желанной беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре. При плановом медицинском осмотре выявлен систолический шум в III-IV межреберье слева, направлен в поликлинику по месту жительства.

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки п.Гиса.

Рентгенограмма органов грудной полости: отмечается кардиомегалия, повышенная прозрачность легочных полей.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Задача 49.

Больной Т., 59 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на стягивающие боли в икроножных мышцах левой ноги при ходьбе, усталость в обеих ногах, чувство онемения и зябкости в ногах в покое, головные боли, быструю утомляемость. Болен в течение года. Сначала беспокоили боли при длительной и быстрой ходьбе, затем при обычной. Заболевание прогрессировало. Боли в сердце больного никогда не беспокоили. Много лет страдает артериальной гипертонией с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт.ст. Из анамнеза выяснено, что пациент курит с 10 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 185 см, вес - 85 кг, ИМТ - 27,7 кг/м². Правильного телосложения. Кожа нормальной окраски и влажности, гиперкератоз стоп. Видимые слизистые цианотичные. Кожа левой стопы и голени бледная, холодная на ощупь, волосы на ней отсутствуют. Ногти ломкие, легко крошатся. Мышцы левой голени гипотрофичны. Диаметр левой голени на середине на 1,5 см меньше правой. Костно-суставная система без особенностей. Отеков нет. Система дыхания: периодически беспокоит сухой кашель с выделением небольшого количества бесцветной мокроты. Грудная клетка эмфизематозна. ЧД - 16 в минуту. При перкуссии звук с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Нижние границы легких опущены на I ребро. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/ мин. АД 140-150/70 мм рт.ст. В левой подколенной артерий пульсация резко ослаблена, а пульсация на а. dorsalis pedis и а. tibialis posterior не определяется. Справа пульсация на указанных сосудах сохранена.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, холестерин - 6,5 ммоль/л, триглицериды - 2,2 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,54 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин - 89 ммоль/л, глюкоза - 5,6 ммоль/л, мочевины - 382 мкмоль/л, АЛТ - 36 ЕД, АСТ - 28 ЕД.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 50.

У больного 45 лет в течение 7 лет отмечаются боли в левой нижней конечности при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 60—70 м. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, дистальнее - не определяется.

При ангиографии получено изображение магистральных артерий до верхней трети бедра.

Задание

1. Каков диагноз заболевания?
2. Какой объем операции показан больному?

Задание 51.

Мужчина 56 лет, в течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем. *Объективно:* акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210/130 мм рт ст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ. ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

Анализ крови: холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,86 ммоль/л (в остальном - без особенностей).

Анализ мочи: без особенностей.

Сцинтиграфия почек: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Задание

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Задача 52

Пациент 47 лет последние 6 лет отмечает боль в обеих нижних конечностях при ходьбе. Полгода назад отметил, что боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении 150-200 м, в это же время произошло снижение потенции. В последнее время стали возникать боли за грудиной при физической нагрузке.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 150 и 90 мм РТ. ст. Тоны сердца приглушены. Кожные покровы обеих конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

При рентгеноконтрастной ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры её ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали.

Коронарография: стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

Задание

1. Какой синдром имеется у больного?
2. Какова природа заболевания?
3. Нужна ли операция на аортоподвздошной зоне?

Задача 53.

Больной 62 года предъявляет жалобы на головные боли, понижение памяти и плаксивость, а также ноющие боли за грудиной постоянного характера, иррадиацию этих болей в верхнюю часть живота и шею, онемение ног и рук, боли в ногах при длительной ходьбе. *Из анамнеза:* вышеуказанные жалобы беспокоят в течении нескольких лет, но к врачу не обращался, в последнее время самочувствие стало ухудшаться. Больной курит и употребляет спиртные напитки в течении многих лет, любит жирную и острую пищу.

Объективно: состояние средней тяжести. На коже в области грудной клетки, голени и плечевого пояса определяются ксантомы. При пальпации – пульсация в югулярной ямке. При перкуссии – расширение границ сосудистого пучка до 7см. При аускультации- на аорте усиление второго тона, систолический шум. АД- 145/80мм р/ст.

Лабораторные показатели: уровень холестерина в крови – 8 ммоль/л.

Задание

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Задача 54.

Больной А., 32 года, обратился к участковому терапевту поликлиники с жалобами на головные боли ноющего характера, сердцебиение, боли в области сердца колющие, раздражительность, плохой сон, быструю утомляемость на работе. Пациент работает начальником цеха на кирпичном заводе. Отмечает, что работа сопряжена с психоэмоциональными перегрузками. В течение 2-х лет не был в отпуске.

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, ЧД 25 в мин. Сердце - тоны ритмичные, ясные PS 100 в мин. АД 135/85 мм рт. ст. В позе Ромберга - устойчив, тремор рук.

Задание

1. Установите клинический диагноз, обоснуйте.
2. Если необходимо, составьте план дополнительного обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача 55.

В клинику поступила больная 58 лет с жалобами на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, быстро проходящие от приёма нитроглицерина. Больная живёт в эндемической местности. С детства отмечает увеличение щитовидной железы. Регулярно принимает йодомарин. Год тому назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать слабость, появились отёки. Неоднократно обращалась к врачам, лечилась коронаролитиками, сердечными гликозидами, мочегонными. Эффекта не было.

Объективно: больная вялая, очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голени отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа увеличенная, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 уд вмин, АД 100/60 мм рт. ст. язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

Задание

1. Сформулировать наиболее вероятные диагнозы при данной клинике.
2. Наметить план для уточнения диагноза.
3. Тактика ведения данной больной?

Задача 56.

Пациентка К., 56 лет, бухгалтер, жалуется на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку смешанного характера при ходьбе в обычном темпе, шум в ушах, снижение аппетита, нарушение проглатывания сухой, твёрдой пищи. В течение 3 месяцев отмечает выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Около 2 недель назад появилось желание есть мел, сырой фарш.

Из анамнеза заболевания. Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней.

Объективно. Рост 165 см, вес 64 кг: Кожа бледная, сухая, шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные, заеды в углах рта. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без особенностей. ЧД 18 в минуту. В легких дыхании везикулярное, хрипов нет. На яремной вене справа выслушивается «шум волчка». АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке ослабление I тона, нежный систолический шум. Язык влажный, слегка обложен у корня беловатым налетом, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9,5 7 5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Нб – 69 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,76, ретикулоциты – 2%; лейкоц. – $5,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. В мазке: гипохромия эритроцитов +++, анизоцитоз (микроцитоз) ++, пойкилоцитоз ++.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм возникновения «шума волчка»?
3. Тактика ведения?

Задача 57.

Больной В., 26 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика ведения?

Задача 58.

У 72-летнего пациента резкое внезапное ухудшение состояния. Беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 200 мл/сут. В течение 3 лет стойкое повышение цифр АД до 180/100 мм рт.ст., максимально – 200/110 мм рт.ст. Принимал анаприлин, коринфар, арифон, и в течение последней недели дополнительно энап по 10 мг 2 раза в сутки. Семь лет назад перенес инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.

При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеичным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Над почечными артериями выслушивается систолический шум.

Нв 72 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. *Общий анализ мочи:* отн. плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,2 ммоль/л.

На ЭКГ рубцовые изменения задней стенки ЛЖ. Гипертрофия левого желудочка. При УЗИ брюшной полости обнаружены атеросклеротические бляшки в различных участках брюшной аорты. Размеры почек: правая – 4,0 x 3,0 см, левая – 8,1 x 3,6 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения.
3. Показана ли срочная ангиография почечных артерий и хирургическое лечение?

Задача 59.

Пациент 51 год. В анамнезе артериальная гипертония. Жалобы на боли в области сердца, подозрительные на стенокардию напряжения, длительный кашель с отделением мокроты. Курит, низкая физическая активность.

Объективно: АД 118/70 мм рт. ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, индекс массы тела 22,0 кг/м².

ЭКГ: без изменений.

Задание

1. Определите факторы риска, имеющиеся у данного пациента.
2. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск.
3. Определите группу здоровья.
4. Составьте план дальнейшего ведения пациента.

Задача 60.

Пациент 27 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют. Жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно: АД 160/90 мм рт. ст. (не принимает антигипертензивные препараты), ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м².

ЭКГ при первой диспансеризации (в 21 год) без изменений. Анализ мочи в норме.

Задание

1. Суммарный сердечно-сосудистый риск? Диагноз?
2. Группа здоровья?
3. Факторы риска?

Задача 61.

Пациент 48 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют. Жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно: АД 162/94 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м².

ЭКГ без изменений.

Задание

1. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск.
2. Определите группу здоровья.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 62.

Пациент, 60 лет, не работает. Диагноз – ожирение III степени, гипертоническая болезнь II стадии, ИБС, сахарный диабет II типа. Беспокоят одышка при ходьбе, особенно по лестнице, быстрая утомляемость, плохой сон. ИМТ – 41,5 кг/м², АД – 150/85 мм.рт.ст.; ЧСС – 80 уд./мин в покое, до 100 уд./мин при ходьбе в среднем темпе до 300 м. Клинический анализ крови в норме. Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,9 ммоль/л, холестерин – 8,0 ммоль/л. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Отмечаются подъемы систолического АД до 170 мм.рт.ст. и диастолического АД до 100мм.рт.ст. Принимает гипотензивные, противодиабетические препараты; диету не соблюдает, курит, физическая активность средняя (большую часть времени живет на даче, где работает на участке).

Задание

1. Составьте реабилитационную программу.
2. Рекомендуйте характер и интенсивность физической нагрузки.

Задача 63.

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной 17 физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, AVF.

Задание

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте программу вторичной профилактики и реабилитации.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№ задачи	Эталон ответа
1	Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II ФК. Артериальная гипертензия III стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гипертрофия ЛЖ. НО. Гиперлипидемия тип IIb.
2	ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, НК ПА (III ФК)
3	ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2. Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск ССО 4. Умеренный атеросклероз. Каротидный атеросклероз справа. Митральная регургитация. Ожирение 2ст., гиперлипидемия . ХСН I ст., II ФК. Хроническая болезнь почек II стадии
4	ОКС с подъемом ST.
5	ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (трехсосудистое поражение). Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (II а тип).
6	ИБС: стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный не Q-инфаркт миокарда). Н I (II ФК). Артериальная гипертензия III стадии, 3 степени, риск 4. ХБП С2 А1(стадия 2, микроальбуминурия 1 ст.) Ожирение 1 ст.
7	ИБС. Вазоспастическая стенокардия Принцметала. Желудочковая экстрасистолия. НО
8	Острый Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной стенки и высоких боковых отделов с подъемом сегмента ST. Установлен на основании появления патологических зубцов Q и комплекса QS в отведениях, показывающих передне-перегородочную стенку и высокие боковые отделы, подъем STв I,avL,V1-3 говорит об остром периоде, что подтверждается наличием депрессии ST вII, III, avF (это реципрокные изменения, характерные для острого периода).
9	Гипертоническая болезнь III стадии. Риск – очень высокий
10	Гипертоническая болезнь I стадия, I степени тяжести, риск-3
11	Артериальная гипертензия, III стадия , 2 степени, риск ССО 4. Сахарный диабет тип 2, целевой уровень HbA1c <6,5 %. Препролиферативная диабетическая ретинопатия слева и справа. Гиперлипидемия.
12	Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени. Риск – высокий
13	Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа
14	Артериальная гипертензия 2 степени, стадию надо уточнить, риск ССО 2. Беременность 12 недель.
15	Вазоренальная артериальная гипертензия (злокачественное течение). Степень АГ 3. Риск 4. Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии
16	ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Синдром Фредерика. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса (брадисистолический вариант)
17	Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Артериальная гипертензия III стадии, 2 степени, риск 4
18	Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение Iст смешанного генеза. Гиперлипидемия
19	ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I—II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, синдром Морганьи-Эдамса-Стокса.

	Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий
20	Синдром WPW
21	Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ХСН IIa стадии, II ФК
22	Острый диффузный гриппозный миокардит, смешанный (болевого, аритмический) вариант, желудочковая экстрасистолия, ХСН IIa
23	Острый фибринозный перикардит (вирусной этиологии)
24	Инфекционный эндокардит первичный стафилококковый(?), острое течение с поражением аортального клапана (недостаточность аортального клапана), сердечная недостаточность III ФК, с внесердечными проявлениями (диффузный гломерулонефрит, нефротический вариант; олигоартрит левого голеностопного и правого коленного суставов, анемия смешанного генеза), осложненный тромбоэмболией сосудов селезенки
25	Первичный активный ненозокоммиальный инфекционный эндокардит аортального клапана. Недостаточность аортального клапана III ст., относительная недостаточность митрального клапана II ст., ХСН с промежуточной фракцией выброса, IIa, 4 ФК (ОССН). Гепатит. Нефрит. Анемия 2 степени тяжести
26	Острый перикардит
27	ИБС. ПИКС. Стенокардия напряжения 2ФК. ХСН 2 ФК по NYHA
28	ХСН IIb-III ФКIII (NYHA)
29	ГКМП с обструкцией ВТЛЖ. ХСН IIa ФКII (NYHA)
30	ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКIII. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ от 2002г.). ХСН IIa, ФКIII. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет впервые выявленный.
31	ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН IIa стадии, II ФК(NYHA)
32	ИБС. Острый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. Кардиогенный шок I степени
33	ИБС. Острая стадия распространенного крупноочагового инфаркта миокарда. Пароксизмальная желудочковая тахикардия
34	Начать реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, электрическая дефибрилляция сердца (ЭДС). При неэффективности ЭДС – внутривенно адреналин, атропин. После каждого введения – 2 минуты непрямого массажа сердца и повторная ЭДС
35	Разрыв межжелудочковой перегородки
36	Тромбоэмболия легочной артерии.
37	Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск 4. Гипертонический криз, осложненный отеком легких
38	Асимметричная ГКМП, обструктивная форма, внутрижелудочковая обструкция II степени, стадия декомпенсации, НК IIa, NYHAIII, частая желудочковая экстрасистолия, синкопальные состояния (обмороки), вероятно, семейный вариант
39	Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК IIb ст. (III ФК. по NYHA). Гиперлипидемия
40	Гипертрофическая кардиомиопатия. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия
41	Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0
42	Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. Синкопальные состояния. Артериальная гипертензия 3 ст. СН 2 ФК по NYHA
43	Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием комбинированного митрального порока с преобладанием митральной недостаточности, с нарушением ритма по типу перманентной формы фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант, НК IIb ст., III ФК. по NYHA
44	Первичный миксоматозный пролапс митрального клапана (ПМК). Синдромы: гипотрофии, вегетативной дисфункции, артериальной гипертензии, аритмический, вертеброгенный, патологии стопы, патологии органа зрения, астеноневротический. Осложнения: митральная регургитация (MR)
45	ХРБС с формированием аортального стеноза, относительной недостаточности МК. ХСН IIa стадия ФК IV (NYHA)
46	Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок с преобладанием резкого стеноза. Умеренная недостаточность аортального клапана. Осложнение: кальциноз аортального клапана 3 степени. Медикаментозная стабилизация состояния направленная на борьбу с недостаточностью кровообращения. Хирургическое лечение протезирование аортального клапана.
47	Ушиб сердца. Острая митральная недостаточность (травматический отрыв хорды от переднелатеральной папиллярной мышцы), 2 степени
48	Аномалия Эбштейна

49	Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
50	Облитерирующий атеросклероз левой нижней конечности
51	Стенозирующий атеросклероз левой почечной артерии
52	Синдром Лериша
53	Атеросклероз, с преимущественным поражением аорты, сосудов головного мозга, сердца, периферических сосудов
54	Нейро-циркуляторная дистония
55	Эндемический зоб II ст. гипотиреоз, средней степени тяжести
56	Железодефицитная анемия
57	Хронический гломерулонефрит в стадии обострения
58	Острая почечная недостаточность, развившаяся на фоне ХПН
59	Факторы риска: гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 5% (высокий). Группа здоровья – 2
30	Суммарный сердечно-сосудистый риск – 4%. Артериальная гипертония 2 степени, ожирение 1 степени. Исключить наличие вторичной артериальной гипертонии, степень поражения органов-мишеней
61	Суммарный сердечно-сосудистый риск – 2% (низкий). Группа здоровья – 3
62	Программа кардиологической реабилитации с курсом ЛФК
63	Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную	Хорошо

	литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	
	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении.

	Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-5 ПК-6, ПК-8	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.

0	Решение неверное или отсутствует
---	----------------------------------

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	УК-1, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6,ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК12	отлично	14-15
		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: УК -1, УК – 2, УК – 3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 7, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 10, ПК-11, ПК12.