

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **КАРДИОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.36 Кардиология  
*код, наименование*

Кафедра: факультетской и поликлинической терапии

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Кардиология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Кардиология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Кардиология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз.	Ситуационные задачи Тестовые задания
		Раздел 2. Заболевания аорты, периферических сосудов. ТЭЛА.	
		Раздел 3. Артериальная гипертензия	
		Раздел 4. Нарушения ритма и проводимости	
		Раздел 5. Пороки сердца	
		Раздел 6. Некоронарогенные заболевания миокарда	
		Раздел 7. Сердечная недостаточность	
		Раздел 8. Сердечно-сосудистая патология у особых категорий пациентов	
		Раздел 9. Сердечно-легочная реанимация	

	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов в экзаменационных билетах
--	---------------	-------------------	---

#### 4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз.

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>
<p>1. К КАТЕГОРИИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ:</p> <p>А. Переживший два СС события в течение 2 лет</p> <p>Б. Перенесший повторный ИМ</p> <p>В. При сочетании ИБС и уровня ОХС более 8 ммоль/л</p> <p>Г. При сочетании ИБС, СД и курения</p>
<p>2. К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ:</p> <p>А. бляшка &gt;50% при УЗ исследовании или при СКГ &gt; 2 эпикардиальных артерий со стенозами &gt;50%</p> <p>Б. бляшка &gt;45% при УЗ исследовании или при СКГ &gt; 2 эпикардиальных артерий со стенозами &gt;45%</p> <p>В. бляшка &gt;40 % при УЗ исследовании или при СКГ &gt; 2 эпикардиальных артерий со стенозами &gt;40%</p> <p>Г. любые верифицированные атеросклеротические бляшки</p>
<p>3. К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ:</p> <p>А. СД1 типа длительностью &gt;20 лет</p> <p>Б. СД1 типа длительностью &gt;10 лет</p> <p>В. СД1 типа у пациента после 40 лет</p> <p>Г. СД2 типа у пациента после 40 лет</p>
<p>4. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ЦЕЛЕВОЙ ХС ЛНП СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2019 ГОДА:</p> <p>А. 3,0 ммоль/л</p> <p>Б. 2,0 ммоль/л</p> <p>В. 1,8 ммоль/л</p> <p>Г. 1,4 ммоль/л</p>
<p>5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА СТАТИНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ПРИ УСЛОВИИ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ:</p> <p>А. Аторвастатин 80 мг в сутки</p> <p>Б. Аторвастатин 20 мг в сутки</p> <p>В. Розувастатин 10 мг в сутки</p> <p>Г. Розувастатин 80 мг в сутки</p> <p>Д. Аторвастатин 40 мг +эзетимиб 10 мг</p>
<p>6. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНА В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХС ЛНП У ПАЦИЕНТА С ИБС:</p>

<p>А. Добавить эзетимиб 10 мг в сутки</p> <p>Б. Добавить фенофибрат 145 мг в сутки</p> <p>В. Перейти на другой статин в максимальной дозе</p> <p>Г. Добавить омега 3- ПНЖК</p>
<p>7. ПРИ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ (УМЕРЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ ХС ЛНП, НИЗКИЙ ХС ЛВП, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТГ) У ПАЦИЕНТА С СД 2 ТИПА ПОСЛЕ ЧКВ ОПТИМАЛЬНО:</p> <p>А. Сочетание статина и фенофибрата</p> <p>Б. Сочетание статина и эзетимиба</p> <p>В. Сочетание статина, эзетимиба и эволокумаба</p> <p>Г. Фенофибрат и никотиновая кислота</p>
<p>8. ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ СТАТИНОВ В ЛЮБЫХ ДОЗАХ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСЛЕ СМЕНЫ ПРЕПАРАТА) СЛЕДУЕТ РАССМОТРЕТЬ</p> <p>А. назначение эзетимиба, далее рассмотреть добавление ингибиторов PCSK9</p> <p>Б. Фенофибрат</p> <p>В. Сочетание эзетимиба и эволокумаба</p> <p>Г. Фенофибрат и никотиновая кислота</p>
<p>9. ЧТО, ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА, ПРИНИМАЮЩЕГО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗАЛСЯ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ (АЛТ <math>&lt;3 \times</math> ULN)?</p> <p>А. Продолжать терапию и повторно проверить ферменты печени через 4–6 недель</p> <p>Б. Прекратить липидоснижающую терапию или уменьшите дозу статина</p> <p>В. Прекратить терапию, возобновление терапии может быть рассмотрено после того, как АЛТ нормализовался.</p> <p>Г. Добавить к терапии урсодезоксихолевую кислоту</p>
<p>10. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИМ НА ФОНЕ НАЧАЛА СТАТИНОТЕРАПИИ ПОВЫСИЛСЯ УРОВЕНЬ КФК <math>&lt; 4</math> НОРМ, МЫШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ:</p> <p>А. Продолжать прием статинов (пациент должен быть предупрежден, чтобы сообщить о симптомах).</p> <p>Б. Прекратить липидоснижающую терапию или уменьшить дозу статина</p> <p>В. Прекратить терапию, возобновление терапии может быть рассмотрено после того, как уровень КФК нормализовался.</p> <p>Г. Использовать флувастатин, как статин с наименьшим процентом развития миопатий</p>
<p>11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХСНЛПВП И АРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>для лиц с гиперТГ-емией, метаболическим синдромом или низким уровнем ХС ЛПНП</p> <p>А. для лиц с низким уровнем ХС ЛВП и высоким общим ХС</p> <p>Б. для лиц с высоким уровнем ХС ЛПНП и высоким общим ХС</p> <p>В. для лиц с установленным диагнозом ССЗ</p>
<p>12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ LP(A) РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>А. для лиц с гиперТГ-емией, метаболическим синдромом или низким уровнем ХС ЛПНП</p> <p>Б. для лиц с низким уровнем ХС ЛВП и высоким общим ХС</p> <p>В. для лиц с высоким уровнем ХС ЛПНП и высоким общим ХС</p> <p>Г. следует определять по крайней мере однажды у каждого взрослого, особенно у пациентов с отягощенным семейным анамнезом</p>
<p>13. ПАЦИЕНТКЕ 29 ЛЕТ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА С УРОВНЕМ ХС ЛНП 7,5 ММОЛЬ/Л, ИМЕЮЩЕЙ ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО ССЗ ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,8 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 2,5 ммоль/л</p>

<p>В. Начало статинотерапии после проведения ДНК диагностики и верификации семейной ГХС</p> <p>Г. Начало статинотерапии при наличии дополнительных факторов риска</p>
<p>14. ПАЦИЕНТУ 49 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОВТОРНЫЙ ИМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ АТОРВАСТАТИН 20 МГ В СУТКИ, С УРОВНЕМ ХС ЛПНП 6,5 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,4 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,0 ммоль/л</p> <p>В. Начало комбинированной терапии статинами и эзетимибом</p> <p>Г. Начало комбинированной терапии статинами, эзетимибом и эволокумабом</p>
<p>15. ПАЦИЕНТУ 59 ЛЕТ С СД 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИМ, С УРОВНЕМ ОБЩЕГО ХС 6,4 ММОЛЬ/Л, ХС ЛПНП 2,5 ММОЛЬ/Л, ТГ 4,8 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,4 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,0 ммоль/л</p> <p>В. Начало комбинированной терапии статинами и эзетимибом</p> <p>Г. Начало комбинированной терапии статинами и фенофибратом</p>
<p>16. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА?</p> <p>а) верапамил</p> <p>б) нитронг</p> <p>в) <u>аспирин</u></p> <p>г) моксондин</p>
<p>17. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДАЮТ ХОРОШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРОМЕ:</p> <p>а) аспирина</p> <p>б) гепарина</p> <p>в) блокаторов кальциевых каналов</p> <p>г) <math>\beta</math>-блокаторов</p>
<p>18. ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ С ИМ ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q БОЛЬНЫЕ ИМ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q:</p> <p>а) имеют большую вероятность развития повторного инфаркта или стенокардии</p> <p>б) имеют лучший долгосрочный прогноз через 3 года</p> <p>в) составляют большинство с острыми инфарктами миокарда</p> <p>г) у них чаще развивается окклюзия коронарной артерии</p>
<p>19. САМЫМ КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Тропонин Т</p> <p>б) КФК МВ</p> <p>в) Миоглобин</p> <p>г) АСТ</p>
<p>20. В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ «ПОДЪЕМ ST» ПРИ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА?</p> <p>а) III, aVF, II;</p> <p>б) V<sub>1</sub>-V<sub>3</sub>; <math>\checkmark</math></p> <p>в) I, II AVL;</p> <p>г) V<sub>4</sub>-V<sub>5</sub>.</p>
<p>21. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:</p> <p>а) передне-перегородочной локализации,</p>

<p>б) нижней локализации,  в) боковой стенки  г) эффективность тромболитической терапии примерно одинакова при всех вариантах инфаркта миокарда.</p>
<p>22. СИМПТОМ ПАРДИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЭТО:  а) депрессия сегмента ST;  б) подъем сегмента ST выше изолинии;  в) «уширение» комплекса QRS;  г) глубокий отрицательный зубец T</p>
<p>23. ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИМ:  а) неселективные бета-адреноблокаторы;  б) сартаны,  в) нифедипин;  г) амлодипин, плендил;</p>
<p>24. ПОКАЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:  а) Динамика КК в первые 3 часа приступа,  б) Динамика КК в сроки 3-6 часов приступа с уровнем выше нормы,  в) Динамика КК в сроки 8-24 часа после начала болевого приступа с уровнем в 2 раза выше нормы  г) Стабильный уровень КК при значениях выше в 1,5 раза нормы</p>
<p>25. ЭФФЕКТИВНЫМ ТРОМБОЛИЗИС СЧИТАЕТСЯ В СЛУЧАЕ  а) формирования зубца Q в двух последовательных отведениях  б) снижения уровня КФК через 3 часа после введения препарата  в) снижения сегмента ST более чем на 50 % через 1,5 часа после введения препарата  г) увеличения АЧТВ в 2 раза</p>
<p>26. ТЕРМИН «РЕЦИДИВ» ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ ЕСЛИ  а) острый инфаркт миокарда развивается после 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда  б) острый инфаркт миокарда развивается в течение 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда  в) острый инфаркт миокарда развивается после 45 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда  г) острый инфаркт миокарда развивается после 2 месяцев, прошедших с момента первого инфаркта миокарда</p>
<p>27. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ ИСХОДОВ В БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНИЕ СРОКИ ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС  а) SCORE  б) CRUSADE  в) GRACE  г) CHADS2</p>
<p>28. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКС  а) 10 мг  б) 20 мг  в) 40 мг  г) 80 мг</p>
<p>29. СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРВОГО ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:</p>

<p>а) наличие симптомов ишемии и/или изменений на ЭКГ и/или повышения и/или закономерной динамики снижения кардиоспецифических ферментов (необходимо наличие 2 любых критериев из 3-х)</p> <p>б) повышение и/или закономерная динамика снижения кардиоспецифических ферментов в сочетании с симптомами ишемии и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии)</p> <p>в) наличие симптомов ишемии в сочетании с повышением и/или закономерной динамикой снижения кардиоспецифических ферментов и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии).</p> <p>г) клиника инфаркта миокарда и изменения на ЭКГ</p>
<p>30. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. Кардиогенный шок</p> <p>Б. Острая левожелудочковая недостаточность</p> <p>В. Острая аневризма левого желудочка</p> <p>Г. Нарушения сердечного ритма и проводимости</p>
<p>31. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ У</p> <p>А. 20 – 30% больных</p> <p>Б. 40 – 50% больных</p> <p>В. 60 – 70% больных</p> <p>Г. 80 – 90% больных</p>
<p>32. ПОЗДНИЕ РАЗРЫВЫ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЮТСЯ</p> <p>А. после 24 часов</p> <p>Б. после 72 часов</p> <p>В. после 5 суток</p> <p>Г. после 7 суток</p>
<p>33. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ ВИТАМИНА К ПРИ ПРИСТЕНОЧНОМ ТРОМБОЗЕ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БУДЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>А. Фрагментация тромба</p> <p>Б. Мобильный свободный участок</p> <p>В. Выраженная протрузия тромба</p> <p>Г. Однородность структуры тромба</p>
<p>34. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ СИМТОМ</p> <p>А. Казем – Бека</p> <p>Б. Ризваша</p> <p>В. Вернгейма</p> <p>Г. Криглера – Найяра</p>
<p>35. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА</p> <p>А. СИ &lt; 1,8 л/мин/м<sup>2</sup></p> <p>Б. СИ &lt; 1,2 л/мин/м<sup>2</sup></p> <p>В. КДД ЛЖ &gt; 10 мм.рт.ст.</p> <p>Г. КДД ЛЖ &gt; 12 мм.рт.ст.</p>
<p>36. НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ДОПАМИНА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А. 1 мкг/кг/мин</p> <p>Б. 3 мкг/кг/мин</p>

<p>В. 5 мкг/кг/мин Г. 20 мкг/кг/мин</p>
<p>37. ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИТИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ</p> <p>А. Диклофенак Б. Ацетилсалициловую кислоту В. Мелоксикам Г. Преднизолон</p>
<p>38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА ПРИ ИМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. Желудочковая экстрасистолия Б. Суправентрикулярная тахикардия В. Фибрилляция предсердий Г. Синусовая тахикардия</p>
<p>39. ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОПРАНОЛОЛ</p> <p>А. Вводится в/в капельно 1 мг/кг/мин Б. Вводится в/в капельно 3 мг/кг/мин В. Вводится в/в капельно 5 мг/кг/мин Г. Не рекомендуется</p>
<p>40. ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ, КРОМЕ</p> <p>А. Эозинофилия Б. Анемия В. Альфа-2-глобулинемия Г. Гаммаглобулинемия</p>
<p>41. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИМ</p> <p>А. Пропранолол Б. Пропафенон В. Дигоксин Г. Амиодарон</p>
<p>42. ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АРИТМИЙ НАЗНАЧАЮТ ПРИ</p> <p>А. Уровне калия в крови &lt;6 ммоль/л Б. Уровне калия в крови &lt;5 ммоль/л В. Уровне калия в крови &lt;4 ммоль/л Г. Уровне калия в крови &lt;3 ммоль/л</p>
<p>43. ДЛЯ РЕФЛЕКТОРНОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ РЕФЛЕКСА</p> <p>А. Розер-Нелатона Б. Бецольда-Яриша В. Гаккенбруха-Сикара Г. Дельбе-Пертеса</p>
<p>44. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РЕКОМЕНДОВАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>А. Бета-адреноблокаторы Б. Восстановление коронарного кровотока В. Определение уровня магния в крови Г. Лидокаин</p>
<p>45. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. Приступы возникают рано утром при пробуждении</p>



<p>Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге, интенсивной физической нагрузке</p> <p>В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе</p> <p>Г. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе</p>
<p>46. СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА – ЭТО:</p> <p>А. серии кратковременных ангинозных болей вне связи с нагрузкой, часто в ранние утренние часы, купирующиеся нитроглицерином и сопровождающиеся преходящим подъемом сегмента ST на ЭКГ</p> <p>Б. нетипичная клиника стенокардии, возникающая при физической нагрузке, прием нитропрепаратов не приносит облегчения, отсутствуют изменения на ЭКГ</p> <p>В. микроваскулярная форма ИБС, для которой не характерно атеросклеротическое поражение коронарных артерий</p> <p>Г. вариант безболевого ишемии миокарда</p>
<p>47. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. Дигидропиридиновые антагонисты кальция</p> <p>Б. Недигидропиридиновые антагонисты кальция</p> <p>В. Селективные бета-адреноблокаторы</p> <p>Г. Статины</p>
<p>48. ДЛЯ X-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:</p> <p>А. Отсутствие атеросклеротического поражения коронарных сосудов по данным СКГ</p> <p>Б. Микрососудистая дисфункция интрамиокардиальных отделов коронарных артерий</p> <p>В. У данной категории пациентов возможно выявление ишемии миокарда во время выполнения стресс-теста</p> <p>Г. Ангинозные приступы в покое, часто в ночные часы и в редких случаях связан с физической, приступы имеют тенденцию возникать регулярно в определенное время</p>
<p>49. ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ «НЕМОЙ» ИШЕМИИ МОГУТ БЫТЬ:</p> <p>А. высокий порог болевой чувствительности</p> <p>Б. повреждение рецепторов миокарда и афферентных путей (например, после инфаркта миокарда при возникновении ишемии в зоне рубцов)</p> <p>В. наличие сопутствующих заболеваний, так как сахарный диабет, что может быть обусловлено периферической невропатией.</p> <p>Г. все перечисленное верно</p>
<p>50. К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. Хроническая болезнь почек 4-5 стадии</p> <p>Б. Сахарный диабет тяжелого течения</p> <p>В. Неконтролируемая артериальная гипертензия</p> <p>Г. Острый коронарный синдром</p>
<p>51. К ГРУППАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПОКАЗАННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. антиагреганты, пролонгированные нитраты, селективные бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, гиполипидемические препараты</p> <p>Б. антикоагулянты, гиполипидемические препараты, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, метаболические препараты (триметазидин)</p> <p>В. антиагреганты, антикоагулянты, неселективные бета-адреноблокаторы, дигидропиридиновые антагонисты кальция, короткодействующие нитраты, ингибиторы АПФ</p> <p>Г. статины, антикоагулянты, неселективные бета-адреноблокаторы, недигидропиридиновые антагонисты кальция, дигидропиридиновые антагонисты</p>

кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина, метаболические препараты (АТФ, неотон, рибоксин, кокарбоксилаза), антиоксиданты (лизивит - С и др.)
52. К ПРОЛОНГИРОВАННЫМ НИТРАТАМ ОТНОСИТСЯ: А. Нифедипин Б. Нитроминт В. Эфокс-лонг Г. Нитрокор
Раздел 2. Заболевания аорты, периферических сосудов. ТЭЛА.
53. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА СЛУЖИТ А. когда-либо перенесенный геморрагический инсульт Б. ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев В. транзиторная ишемическая атака в течение последних 3 месяцев Г. инсульт неизвестного характера в анамнезе
54. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТЭЛА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ: А. варфарин Б. дабигатран В. ривароксабан Г. апиксабан
55. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО Д-ДИМЕР ТЕСТА А. подтверждает диагноз ТЭЛА Б. исключает диагноз ТЭЛА В. не имеет диагностического значения
56. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ А. ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей Б. эхокардиографическое исследование В. высокочувствительный Д-димер тест Г. тропониновый тест
57. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТЭЛА СЛУЖАТ ВСЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ: А. снижение фракции выброса правого желудочка Б. диастолический размер правого желудочка более 30 мм В. соотношение размеров правого и левого желудочков более 1 Г. систолическое сглаживание межжелудочковой перегородки
58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЮТСЯ: А. аортит сифилитического, гигантоклеточного, микотического характера; Б. аутоиммунные заболевания (неспецифический аортоартериит); В. атеросклероз; Г. врожденные системные заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса — Данлоса)
59. ВОЗМОЖНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ НЕМЕДЛЕННО РАССМАТРИВАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С : А. болями в животе и / или в пояснице, Б. пульсирующим образованием в брюшной полости В. гипотензией Г. со всеми тремя признаками

<p>60. ПАЦИЕНТАМ С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО И ИНТЕРРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ БРЮШНОЙ АОРТЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ:</p> <p>А. диаметре более 4,5 см у женщин и более 5,0 см у мужчин Б. диаметре более 5,0 см у женщин и более 4,0 см у мужчин В. диаметре более 4,0 см у женщин и более 5,0 см у мужчин Г. диаметре более 5,5 см у женщин и более 5,0 см у мужчин</p>
<p>61. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ</p> <p>А. рекомендуется у пациентов с низким или средним риском сердечно-легочных осложнений Б. рекомендуется у пациентов с высоким риском сердечно-легочных осложнений В. увеличивает продолжительность пребывания в стационаре по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами Г. увеличивает число ранних осложнений</p>
<p>62. НАЛИЧИЕ КАКИХ ФАКТОРОВ ИСКЛЮЧАЕТ РЕКОНСТРУКЦИЮ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ ИЛИ ОТКЛАДЫВАЕТ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЕ:</p> <p>А. Перенесенный инфаркт миокарда (&gt; 1 мес) Б. Стенокардия I-II КФК В. Острый коронарный синдром Г. Хроническая сердечная недостаточность 2 ФК</p>
<p>63. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОРАЖАЮТСЯ СОСУДЫ СРЕДНЕГО КАЛИБРА, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. узелковый полиартериит, Б. гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона), В. гранулематоз с полиангиитом, Г. все вышеперечисленное</p>
<p>64. ПРИ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЕ ИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СИМПТОМОВ И УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОХОДИМОЙ ДИСТАНЦИИ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ А (КЛАСС I) ИМЕЕТ:</p> <p>А. пентоксифиллин Б. цилостазол В. сулодексид Г. актовегин</p>
<p>65. ИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ РЕКОМЕНДОВАНЫ</p> <p>А. Антикоагулянты Б. Простагландины В. Регионарный катетерный тромболитис Г. Все вышеперечисленное</p>
<p>66. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОРАЖАЮТСЯ КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона), Б. болезнь Такаясу, В. синдром Бехчета; Г. все вышеперечисленное</p>

67. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ (БОЛЕЗНИ ХОРТОНА) НЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

- А. Затылочная артерия
- Б. Аорта
- В. Верхнечелюстная артерия
- Г. Почечная артерия

Раздел 3. Артериальная гипертензия

68. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:

- а) кратковременные эпизоды потери сознания
- б) нарушения сердечного ритма и проводимости
- в) наличие периферических отеков
- г) боль в теменной и затылочной областях

69. ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- а) стеноза почечной артерии, тромбоза почечной артерии
- б) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
- в) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
- г) правильно все

70. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРАНАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР:

- а) изолированного диастолического
- б) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
- в) кризового
- г) изолированного систолического

71. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- а) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- б) тиазидные диуретики
- в) антагонисты кальция
- г) все перечисленное

72. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

- а) снижение удельного веса
- б) лейкоцитурия
- в) микрогематурия
- г) повышение удельного веса

73. ПРИ АГ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:

- а) ретропневмоперитонеум
- б) обзорный снимок брюшной полости
- в) компьютерная томография
- г) мр-томография

74. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ:

- а) патология почек
- б) поражение почечных артерий
- в) феохромоцитомы
- г) все перечисленное

75. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- а) ишемии внутренних органов ниже места сужения
- б) тромбоза вен нижних конечностей
- в) недостаточности мозгового кровообращения

г) присоединения атеросклероза магистральных артерий
76. БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, ВСЕ КРОМЕ: а) верапамил, б) нифедипин, в) кордипин, г) атенолол
77. К ИАПФ ОТНОСИТСЯ: а) моксонидин б) метопролол в) эналаприл г) ариффон
78. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ: а) антагонистов кальция б) неселективных $\beta$ -блокаторов в) иАПФ г) препаратов центрального действия
79. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ? а) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст. б) систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст. в) систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст. г) систолическое давление - ниже 130 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.
80. ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ, ПРИ КОТОРЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ИЛИ В ЖИВОТЕ И СПИНЕ С ЧАСТИЧНОЙ ИРРАДИАЦИЕЙ В БОК И ПАХОВЫЕ ОБЛАСТИ: а) острое нарушение мозгового кровообращения, б) острая сердечная недостаточность, в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты
81. ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ К ТЕРАПЕВТУ ПО ПОВОДУ ВНЕЗАПНЫХ ПОДЪЕМОВ АД ДО 200/110 ММ.РТ.СТ. ПРИСТУПЫ ДЛЯТСЯ ОТ 20 МИНУТ ДО ОДНОГО ЧАСА. НА УЗИ УВЕЛИЧЕН ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК, АНАЛИЗ МОЧИ В НОРМЕ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИАГНОЗОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН? а) феохромоцитома б) гипернефроидный рак в) гипертонический криз г) первичный альдостеронизм
82. КАКУЮ ГРУППУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ: а) ингибиторы АПФ б) бета-адреноблокаторы в) альфа-адреноблокаторы г) калийсберегающие диуретики
Раздел 4. Нарушения ритма и проводимости
83. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ?

<p>А. Верошпирон          Б. Бисопролол          В. Изосорбида динитрат          Г. Аторвастатин</p>
<p>84. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?          А. Тромбоэмболический синдром          Б. Гипертонический криз          В. Инфаркт миокарда          Г. ХСН</p>
<p>6. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КВАДРИГЕМЕНИИ?          А. наличия нескольких одинаковых экстрасистол подряд          Б. чередование экстрасистолы с каждым синусовым импульсом          В. появления экстрасистолы после 2 нормальных импульсов          Г. появления экстрасистолы после 3 нормальных импульсов</p>
<p>6. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ?          А. появление на ЭКГ длинных пауз, превышающих обычные интервалы R-R в несколько раз          Б. деформация зубца Р          В. отсутствие зубца Р          Г. удлинение интервала Р-Q</p>
<p>7. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ?          А. периодичность выпадения сердечного сокращения          Б. стабильное удлинение интервала Р-Q          В. наличие периода Самойлова-Венкебаха          Г. постепенное увеличение интервала Р-Q</p>
<p>88. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ I)?          А. стабильное удлинение интервала Р-Q;          Б. постепенное увеличение интервала Р-Q с последующим выпадением сердечного комплекса;          В. увеличение продолжительности зубца Р          Г. периодичность выпадения сердечного сокращен</p>
<p>89. ЧТО <u>НЕ</u> ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ БЛОКАДЫ?          А. зубец Р не изменен          Б. деформация зубца Р          В. деформация комплекса QRS          Г. уширение желудочкового комплекса</p>
<p>90. ЧТО <u>НЕ</u> ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ?          А. отсутствие зубцов Р          Б. наличия множественных беспорядочных, различных по величине, форме и продолжительности предсердных волн мерцания f          В. интервалы R-R одинаковые          Г. интервалы R-R различные</p>
<p>91. КОГДА ОБЫЧНО <u>НЕ</u> ТРЕБУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ?          А. при желудочковой тахикардии</p>

<p>Б. при желудочковой экстрасистолии  В. при наджелудочковой тахикардии  Г. при предсердной экстрасистолии</p>
<p>92. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?</p> <p>А. отсутствие зубца Р  Б. укорочение интервала PQ  В. наличие преждевременных комплексов QRS  Г. Одинаковые интервалы R-R</p>
<p>93. ЭКТОПИЧЕСКИМ РИТМОМ НАЗЫВАЮТ РИТМ С ЧАСТОТОЙ</p> <p>А. менее 60 ударов в минуту  Б. менее 90 ударов в минуту  В. более 100 ударов в минуту  Г. более 120 ударов в минуту</p>
<p>94. ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НЕ ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. блокада пучка Гиса  Б. сино-аурикулярная блокада II-III степени  В. синдром тахи-бради аритмии  Г. остановка синусового узла</p>
<p>95. ЭКГ- ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. удлинение комплекса QRS до 0,10-0,11 сек  Б. Высокий положительный зубец Т в отведениях V1-2  В. патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях V5-6  Г. прогрессирующее уменьшение амплитуды зубца R от V1 кV6</p>
<p>96. ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. измененная форма QRS  Б. полная компенсаторная пауза  В. неполная компенсаторная пауза  Г. локализация в отведениях V1-6</p>
<p>97. КОМПЕНСАТОРНОЙ ПАУЗОЙ НАЗЫВАЮТ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ</p> <p>А. экстрасистолой и последующим нормальным сокращением  Б. нормальным сокращением и последующей экстрасистолой  В. двумя экстрасистолами  Г. группой экстрасистол и нормальным сокращением</p>
<p>Раздел 5. Пороки сердца</p>
<p>98. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭХО-КГ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА, ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:</p> <p>А площадь отверстия  Б средний градиент давления  В площадь регургитации  Г фракция выброса</p>
<p>99. КЛИНИКА МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ</p> <p>А менее 4 см<sup>2</sup>;  Б менее 3 см<sup>2</sup>;  В менее 2,5 см<sup>2</sup>;  Г менее 1 см<sup>2</sup></p>
<p>100. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p>

<p>А инфекционный эндокардит  Б ревматический кардит  В атеросклероз  Г травма</p>
<p>101. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ  А инфаркт миокарда  Б образование внутрисердечных тромбов  В фибрилляция и трепетание предсердий  Г тромбоэмболии в артерии большого круга кровообращения</p>
<p>102. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ  А отклонение эос вправо, р-mitrale, увеличение амплитуды г в v1,2 и s в v5,6  Б вертикальное положение эос, р-mitrale, увеличение амплитуды г в v5,6 и s в v1,2  В горизонтальное положение эос, р-mitrale, увеличение амплитуды г в v1,2 и s в v5,6  Г отклонение эос вправо, увеличение амплитуды г в v5,6 и s в v1,2</p>
<p>103. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ  А площадь митрального отверстия менее 3 см<sup>2</sup>  Б площадь митрального отверстия менее 1,5 см<sup>2</sup>  В площадь митрального отверстия менее 2 см<sup>2</sup>  Г Митральная регургитация I ст.</p>
<p>104. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  А митральная регургитация II ст  Б площадь митрального отверстия менее 3 см<sup>2</sup>  В выраженная дисфункция левого желудочка и застойная сердечная недостаточность  Г выраженная дилатация левого желудочка</p>
<p>105. ХАРАКТЕРНЫЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ШУМЫ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  А систолический шум на верхушке с иррадиацией в подмышечную область  Б диастолический шум на верхушке  В систолический шум на аорте  Г акцент II тона над легочной артерией</p>
<p>106. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  А увеличение амплитуды зубцов г в v1,2, s в v5,6  Б увеличение амплитуды зубцов г в v5,6, s в v1,2  В высокий остроконечный зубец р  Г расширение комплекса QRS</p>
<p>107. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРИОБРЕТЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1.РЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ 2. АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ 3. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ 4. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ 5. МИОКАРДИТ  А верно 1,2  Б верно 1,2,3  В верно 1,2,3,4  Г верно 1,2,3,4,5</p>
<p>108. АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ШУМЫ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ  А ослабление 2 т над аортой, систолический шум в точке Боткина, систолическое дрожание на аорте</p>



<p>Б ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке</p> <p>В ослабление 1 и 2 тонов, диастолический шум в точке Боткина</p> <p>Г акцент 2 тона на аорте, систолический шум в точке Боткина</p>
<p>109. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>А обморочные состояния</p> <p>Б типичные приступы стенокардии</p> <p>В приступы сердечной астмы</p> <p>Г высокое пульсовое давление.</p>
<p>110. БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>А атеросклерозом коронарных артерий</p> <p>Б относительной коронарной недостаточностью</p> <p>В тромбозом коронарных артерий</p>
<p>111. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ</p> <p>А признаки ишемии</p> <p>Б вертикальное положение эос</p> <p>В р-пульмонале</p> <p>Г признаки гипертрофии левого желудочка</p>
<p>112. ПАЦИЕНТУ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМ КЛАПАНОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ</p> <p>А аспирин</p> <p>Б варфарин</p> <p>В ривараксабан</p> <p>Г фраксипарин</p>

Раздел 6. Некоронарогенные заболевания миокарда

<p>113. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) аденовирусы</p> <p>б) вирус Коксаки</p> <p>в) парвовирус В19</p> <p>г) всё перечисленное</p>
<p>114. ОСОБЕННОСТЬЮ ДИФТЕРИЙНОГО МИОКАРДИТА СЧИТАЮТ</p> <p>а) нарушения проводимости</p> <p>б) быстрое развитие ХСН</p> <p>в) наличие панкардита</p> <p>г) инфаркто-подобные изменения на ЭКГ</p>
<p>115. К НЕБЛАГОПРИЯТНОМУ ФОНУ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ</p> <p>а) наличие резервуаров инфекции</p> <p>б) аллергический фон</p> <p>в) воздействие токсических веществ</p> <p>г) всё перечисленное</p>
<p>116. К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ИНФЕКЦИИ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ МИОКАРДИТ ОТНОСЯТ</p> <p>а) ожирение</p> <p>б) синдром нарушения питания (мальнутриция)</p> <p>в) наличие АГ</p> <p>г) всё перечисленное</p>
<p>117. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а) декомпенсационный</li> <li>б) малосимптомный</li> <li>в) аритмический</li> <li>г) всё перечисленное</li> </ul>
<p>118. ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД МИОКАРДИТА В СРЕДНЕМ ДЛИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) один день</li> <li>б) один месяц</li> <li>в) 1-2 недели</li> <li>г) 6 месяцев</li> </ul>
<p>119. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ночные поты</li> <li>б) кровохарканье</li> <li>в) одышку</li> <li>г) повышение АД</li> </ul>
<p>120. МИОКАРДИТ ВЫЗВАННЫЙ ПАРВОВИРУСОМ В19 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) быстрым переходом процесса на перикард</li> <li>б) поражением эндотелия коронарных сосудов</li> <li>в) появлением ритма галопа</li> <li>г) высокой лихорадкой</li> </ul>
<p>121. ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ МИОКАРДИТЕ С РАЗВИТИЕМ ОЛЖН К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) гептрал</li> <li>б) моксонидин</li> <li>в) левосимендан</li> <li>г) сальбутамол</li> </ul>
<p>122. ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА ПРИ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ ВКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) преднизолон</li> <li>б) азатиоприн</li> <li>в) циклоспорин</li> <li>г) всё перечисленное</li> </ul>
<p>123. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИКАРДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) неопластический</li> <li>б) постинфарктный</li> <li>в) туберкулёзный</li> <li>г) постперикардитомный</li> </ul>
<p>124. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ СВЯЗАН</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) с наличием повышенной температуры</li> <li>б) с уровнем АД</li> <li>в) с положением тела</li> <li>г) со всем перечисленным</li> </ul>
<p>125. КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) горизонтальный подъём сегмента ST</li> <li>б) наличие желудочковой экстрасистолии</li> <li>в) возникновение полной поперечной блокады</li> <li>г) появление синдрома удлинённого QT</li> </ul>
<p>126. УМЕРЕННЫМ ВЫПОТОМ (ЭХО-НЕГАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО В ЗАДНЕЙ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ БОРОЗДЕ) ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) выпот до 10 мм</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>б) выпот 10-20 мм</li> <li>в) выпот более 20 мм</li> <li>г) выпот более 30 мм</li> </ul>
<p>127. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) НПВС</li> <li>б) колхицин</li> <li>в) глюкокортикоиды</li> <li>г) всё перечисленное</li> </ul>
<p>128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. грамм-отрицательная микрофлора;</li> <li>б. грибы;</li> <li>в. хламидии, риккетсии.</li> <li>г. грамм-положительная микрофлора;.</li> </ul>
<p>129. САМЫМ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. повышение t;</li> <li>б. геморрагический синдром;</li> <li>в. кардиомегалия;</li> <li>г. признаки порока сердца.</li> </ul>
<p>130. ПРИ ЭХО-КГ ДОСТОВЕРНОЙ СЧИТАЕТСЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАЦИЙ::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. более 1 мм;</li> <li>б. более 5мм;</li> <li>в. более 2 мм;</li> <li>г. более 3 мм.</li> </ul>
<p>131. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ЭхоКГ-признаки абсцесса миокарда;</li> <li>б. ремиттирующая лихорадка;</li> <li>в. новый шум регургитации;</li> <li>г. тромбозэмболический инсульт головного мозга.</li> </ul>
<p>132. К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. субфебрилитет;</li> <li>б. острофазовые маркеры воспаления;</li> <li>в. сосудистые феномены;</li> <li>г. наличие нового шума регургитации при аускультации.</li> </ul>
<p>133. ВЫСОКИЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЭ СВЯЗАН С НАЛИЧИЕМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. вегетаций с высокой плотностью;</li> <li>б. стрептококковой этиологии болезни;</li> <li>в. быстрой деструкции клапана;</li> <li>г. больших вегетаций размером более 10 мм.</li> </ul>
<p>134. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбозэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности;</li> <li>б. поражение митрального клапана с формированием диастолического шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем;</li> </ul>

<p>в. частое поражение аортального клапана с формированием грубого систолического шума во втором межреберье справа от грудины, проводящегося на сосуды шеи, с симптомами коронарной и церебральной ишемии;</p> <p>г. развитие дилатации всех камер сердца со снижением его систолической и диастолической функции, появлением тяжелой сердечной недостаточности и тромбоземболическим синдромом.</p>
<p>135. СИМПТОМ ЛУКИНА-ЛИБМАНА ЭТО:</p> <p>а. петехии с белым центром на глазном дне рядом с диском зрительного нерва;</p> <p>б. петехии на конъюнктиве нижнего века;</p> <p>в. эритематоидные безболезненные высыпания на ладонях и подошвах;</p> <p>г. узелкообразные кожные высыпания.</p>
<p>136. ПРИ ЗАБОРЕ КРОВИ НА ГЕМОКУЛЬТУРУ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА ИЭ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ:</p> <p>а. одномоментно производится забор не менее 50 мл крови;</p> <p>б. производится минимум пятикратный забор крови;</p> <p>в. забор крови производится из разных вен;</p> <p>г. забор крови может производиться из установленного катетера</p>
<p>137. ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ - ЭТО:</p> <p>а. ИЭ у больного, перенесшего инфаркт миокарда;</p> <p>б. ИЭ у больного с пороком сердца;</p> <p>в. ИЭ у больного с иммунодефицитом;</p> <p>г. ИЭ у больного с сепсисом.</p>
<p>138. ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. неэффективность консервативного лечения первичного инфекционного эндокардита в течение 10 дней;</p> <p>б. антибиотикорезистентность повторно выделенной гемокультуры возбудителя;</p> <p>в. повторные тромбоземболии;</p> <p>г. протезный инфекционный эндокардит.</p>
<p>139. ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:</p> <p>а. дефектом межжелудочковой перегородки;</p> <p>б. дефектом межпредсердной перегородки;</p> <p>в. митральным стенозом;</p> <p>г. пролабированием митрального клапана без регургитации.</p>
<p>140. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а. 2-4 недели;</p> <p>б. 8-10 недель;</p> <p>в. 4-6 недель;</p> <p>г. более 10 недель.</p>
<p>141. ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а. пенициллинов или цефалоспоринов;</p> <p>б. макролидов;</p> <p>в. аминогликозидов;</p> <p>г. фторхинолонов.</p>

<p>142. В СОСТАВ ВЕГЕТАЦИЙ НЕ ВХОДЯТ:</p> <p>а. форменные элементы крови;</p> <p>б. фибрин;</p> <p>в. колонии микроорганизмов;</p> <p>г. иммунные комплексы.</p>
<p>Раздел 7. Сердечная недостаточность</p>
<p>143. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХСН:</p> <p>а. ишемическая болезнь сердца;</p> <p>б. артериальная гипертензия;</p> <p>в. миокардит;</p> <p>г. фибрилляция предсердий.</p>
<p>144. НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ ХСН ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. повышением уровня кортизола;</p> <p>б. гиперфункцией щитовидной железы;</p> <p>в. активацией САС и РААС;</p> <p>г. активацией САС.</p>
<p>145. ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОБРАЗОВАНИЯ ОТЕКОВ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. ухудшение дренажной функции лимфатической системы;</p> <p>б. уменьшение содержания альбуминов плазмы и снижение коллоидно-осмотического давления;</p> <p>в. увеличение задержки <math>\text{Na}^+</math> и жидкости; увеличение транскапиллярного градиента давления</p>
<p>146. КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. одышка, слабость и отеки нижних конечностей;</p> <p>б. боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка;</p> <p>в. гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия;</p> <p>г. приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение.</p>
<p>147. В ПОКОЕ ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИЛИ ПО МАЛОМУ ИЛИ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ К КАКОЙ СТАДИИ ХСН ОТНОСЯТСЯ ДАННЫЕ ПРИЗНАКИ:</p> <p>а. I стадия;</p> <p>б. ПА стадия;</p> <p>в. III стадия;</p> <p>г. ПБ стадия.</p>
<p>148. ПРИЗНАКИ ХСН ПБ СТАДИИ:</p> <p>а. в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и по большому кругу;</p> <p>б. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке;</p> <p>в. при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу;</p> <p>г. дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах.</p>
<p>149. ПРИЗНАКИ ХСН III СТАДИИ:</p> <p>а. в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и большому кругу;</p> <p>б. при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу;</p> <p>в. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке;</p>

г. дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах.
150. ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ II ФК: а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке; б. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; в. развитие обмороков при обычной физической нагрузке; г. появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке.
151. ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ IV ФК: а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; б. наличие проявлений ХСН в покое; в. развитие обмороков при небольшой физической нагрузке; г. появление боли в ногах при небольшой физической нагрузке.
152. ПРЕПАРАТЫ, ЗАМЕДЛЯЮЩИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН: а. диуретики и спиронолактон; б. сердечные гликозиды; в. ингибиторы АПФ и б-адреноблокаторы; г. антиагреганты и непрямые антикоагулянты.
153. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: а. фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН; б. синусовая тахикардия; в. низкое АД; г. диастолическая дисфункция левого желудочка.
154. ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. блокады сердца; б. синусовая брадикардия; в. признаки гипотрофии отделов сердца; г. признаки гипертрофии отделов сердца;
155. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДАЕТСЯ: а. появление никтурии; б. олигурия; в. полидипсия; г. анурия.
156. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОДЫШКИ, УТОМЛЯЕМОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ ТОЛЬКО ПРИ НАГРУЗКЕ. ИМЕЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ СНИЖЕНА. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО СТРАЖЕСКО – ВАСИЛЕНКО: а. IIА стадия; б. I стадия; в. IIБ стадия; г. III стадия.
157. ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБЪЕМОМ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: а. стенозе митрального отверстия; б. незаращении овального отверстия;

- в. стенозе аортального отверстия;  
г. недостаточности аортального клапана

Раздел 8. Сердечно-сосудистая патология у особых категорий пациентов

158. ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А – метаболизм не изменяется  
Б – усиление всасывания  
В – замедление выведения  
Г – ничего из вышеперечисленного

159. ОДНИМ ИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А – монотерапия  
Б – начало лечения с больших доз  
В – быстрое снижение артериального давления  
Г – медленное титрование дозы, начиная с минимальных

160. ЧТО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ?

- А – высокая температура  
Б – выраженные стенокардические боли  
В – пониженное артериальное давление  
Г – склонность к высоким цифрам артериального давления

161. ЧТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- А – отсутствие коморбидности  
Б – многососудистое поражение коронарных артерий  
В – редкое возникновение побочных эффектов от лечения  
Г – редко наблюдается одышка

162. В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- А – высокая вероятность сочетанной патологии  
Б – частый отказ от лечения  
В – невозможность применения фиксированных комбинаций  
Г – высокая комплаентность

163. ФАРМАКОКИНЕТИКА ДИУРЕТИКОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- А – не изменяется с возрастом  
Б – увеличение периода полувыведения  
В – усиление выведения  
Г – нет правильного ответа

164. ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

- А – выраженная боль за грудиной  
Б – часто встречается атипичная форма инфаркта миокарда  
В – сопровождается высокими цифрами АД  
Г – протекает без осложнений

165. ОСОБЕННОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ:

- А – лекарственные средства выводятся в неизменном виде  
Б – боль при глотании  
В – частое возникновение побочных эффектов  
Г – предпочтение монотерапии

166. ПРИЧИНЫ ЗАМЕДЛЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ:

- А – увеличение рН желудочного сока  
Б – замедление эвакуации из желудка  
В – снижение моторики кишечника и скорости его опорожнения  
Г – все варианты верны

167. ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

<p>А — начинать лечение с небольших доз препарата Б — медленно повышать дозировку В — следить за возможным появлением побочного действия Г — все верно</p>
<p>168. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫМ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <p>А. Клофелин Б. Престариум В. Микардис Г. Метилдопа</p>
<p>169. БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. ЭХО-КГ Б. Компьютерная томография В. Магнитно-резонансная томография Г. Рентгенография грудной клетки</p>
<p>170. ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:</p> <p>А. Лейкоцитоза Б. Протеинурии В. Гиперлипидемия Г. Повышение уровня печеночных трансаминаз</p>
<p>171. ВАРИАНТОМ НОРМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. Уменьшение сердечного выброса Б. Снижение объема циркулирующей крови В. Выслушивается систолический шум на верхушке Г. Гипертрофия правых отделов сердца</p>
<p>172. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. Приступы ангинозных болей Б. Акроциноз В. Неправильное сердцебиение Г. Одышка</p>
<p>173. ВАРИАНТОМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. Увеличение всех камер сердца Б. Дилатация левого желудочка. В. Снижение фракции выброса Г. Повышение давления в легочной артерии</p>
<p>174. ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности, которое нормализуется после 6 недели беременности Б. Повышение цифр АД в течение всей беременности более 140/90 мм.рт.ст. В. При самоконтроле АД 135/80 мм.рт.ст. с 1й недели беременности Г. Повышение цифр САД на 40 мм.рт.ст после 12 недели</p>
<p>175. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>А. Атенолол Б. Варфарин В. Хлортиазид Г. Хинидин</p>



<p>176. В КЛИНИКЕ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫХОДИТ:</p> <p>А. Гиперемия лица, шеи Б. Приступы стенокардии В. Одышка Г. Повышение САД мм.рт.ст., снижение ДАД</p>
<p>177. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ:</p> <p>А. При перкуссии выявляется расширение границ вправо Б. Повышение ДАД на 25-30мм.рт.ст В. При аускультации выслушивается систолический шум на верхушке Г. При пальпации определяется пульсация восходящего и брюшного отдела аорты</p>
<p>Раздел 9. Сердечно-легочная реанимация</p>
<p>178. ВЫБЕРИТЕ РИТМ СЕРДЦА, ТРЕБУЮЩИЙ НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА:</p> <p>А) суправентрикулярная тахикардия; Б) электромеханическая диссоциация; В) асистолия; Г) фибрилляция желудочков.</p>
<p>179. ВЫБЕРИТЕ ЭФФЕКТИВНУЮ ГЛУБИНУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР.</p> <p>А) 1-2 см; Б) 3-4 см; В) 5-6 см; Г) 6-7 см.</p>
<p>180. С КАКОЙ ЧАСТОТОЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>А) 60-80/мин; Б) 80-100/мин; В) 100-120/мин; Г) 120-140/мин.</p>
<p>181. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИИ:ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР:</p> <p>А) 15:2; Б) 20:2; В) 30:2; Г) 30:3.</p>
<p>182. ВЫБЕРИТЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:</p> <p>А) 100-200 мл; Б) 300-400 мл; В) 500-600 мл; Г) 800-1000 мл.</p>
<p>183. ВЫБЕРИТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ ПОСЛЕ ПЕРВОГО НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА?</p> <p>А) сразу же нанести второй разряд; Б) проверить пульс на магистральной артерии; В) проверить ритм по кардиомонитору; Г) немедленно возобновить СЛР.</p>
<p>184. ВЫБЕРИТЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СЛР:</p>

<p>А) внутривенный или внутрикостный;          Б) внутривенный или внутрисердечный;          В) внутривенный или внутримышечный;          Г) внутрисердечный или внутримышечный.</p>
<p>185. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ КАКОГО ПО СЧЁТУ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ВОЗМОЖНО ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ?</p> <p>А) после 1-го;          Б) после 2-го;          В) после 3-го;          Г) после 4-го.</p>
<p>186. ВЫБЕРИТЕ РИТМЫ СЕРДЦА, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА:</p> <p>А) асистолия и электромеханическая диссоциация;          Б) асистолия и желудочковая тахикардия с широкими комплексами;          В) фибрилляция желудочков и электромеханическая диссоциация;          Г) фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия с широкими комплексами.</p>
<p>187. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ СТОИТ ВВОДИТЬ АДРЕНАЛИН ПРИ АСИСТОЛИИ?</p> <p>А) каждую минуту;          Б) каждые 3-5 минут;          В) каждые 10 минут;          Г) каждые 15 минут.</p>

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

## А ВОПРОСЫ

слабости при незначительной физической нагрузке, ноющих длительных болей в области сердца, перебоев в работе с подъемом температуры, болями в горле при глотании. К врачам не обращался, лечился самостоятельно настоями. Однако отмечает частые аллергические реакции на пищевые продукты (апельсины, мёд, шоколад). Работает в течение 10 лет. Рост – 178 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски, однако на коже предплечий имеется красноватая зудящая сыпь. Сердце не жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. ЧДД 22 в мин. Границы сердца расширены в поперечном размере. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируются варикозные узлы на внутренней поверхности нижних конечностей (голени).

Лабораторные данные: гемоглобин – 120 г/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-79 ммоль/л., АСАТ-87 ммоль/л, СОЭ-31 мм/час, эозинофилия.

Рентгенологическое обследование: лёгочный вариант, митральная регургитация, ХСН IIб ст., III ФК. Хронический гайморит вне обострения.

Формы глаукомы.

анамнеза (хронический гайморит, наличие кардиомегалии, митральной регургитации, варикозной болезни вен, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, митральной регургитации, «синдроме перуаров инфекции» (хронический гайморит), неблагоприятного аллергического статуса и эозинофилии, «воспалительных»

или обозначена неверно.

ования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для опре  
ки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина, ИЛ-10 (при возмож  
и возможности (в специализированном центре) биопсии миокарда (для уточнения этио-морфологического фактор

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до макс  
тельных» доз).

иями застоя жидкости. При неэффективности терапии (сохранение Фракции выброса менее 35%) и при наличии

и.  
в) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперии); минимальных доз д  
азисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован.

а, однако выбор не обоснован.

ерное.

ие антагонистов минералокортикоидных рецепторов или юперии. Не указано возможное проведение РСТ (при нали

**глюкокортикоиды и комбинация рамиприла 5мг/сутки, метопролола сукцинат в дозе 100 мг/сутки, эплеренон  
и (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). Купирован болевой синдром, экстрасистолы – едини  
Дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.**

нений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), торасемид – только «по потребности», продолжить дина  
образена консультация ЛОР-врача и врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия  
итмолога (проведение РСТ) в настоящее время не показана.

а неверно.

## ВА ВОПРОСЫ

слабости при умеренной физической нагрузке, иногда - колющих болей в области верхушки сердца, потливости.  
подробный эпикриз). Появление указанных жалоб связывает с перенесённой «простудой», которая прошла без актив  
й субфебрилитет и указанные выше жалобы. Принимала самостоятельно настои трав, БАДы. Не курит, алкоголем

окружность талии – 78 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание жёсткое, хрипы не выслуш  
ный акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке сердца. АД – 110/7  
по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет.

тощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ - 72 ммоль/л., АСАТ-67 ммоль/л, СОЭ 28 мм/час, нейтрофилёз, эозинофилия.

симптомный вариант, митральная регургитация, ХСН I ст., II ФК. Постмиокардитический (1999г.) кардиосклероз.

верно оценена стадия ХСН, или неверно оценено наличие коморбидной патологии.

Н (слабость, одышка, тенденция к тахикардии, жёсткое дыхание в лёгких), наличии незначительной кардиомегалии (ишем) с сохранением субфебрилитета к вечеру, неблагоприятного аллергического статуса, «воспалительных» измен

рования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для опре  
нки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина, ИЛ-10 (при возм  
а ( в специализированном центре).

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

та Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до макси  
тельных» доз).

кортикоиды.

в) включает добавление ивабрадина, минимальных доз дигоксина (после обсуждения данных ЭХОКГ и суточного  
азисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован.

а, однако выбор не обоснован.

ерное.

ие антагонистов минералокортикоидных рецепторов и АРНИ. Не указано возможное назначение глюкокортикоидов

*одита: (комбинация периндоприла 2,5мг/сутки, карведилола 3,125 два раза в сутки, эплеренона 25 мг/сутки) в  
лгии, активна (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). По ЭКГ-монитору нарушений ритма не  
ор.*

без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз препаратов по уровню АД и ЧСС), продолжить диету. Консультация врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, ди

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

ные боли, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, а также - ночью («иногда приходилось садиться на кровати

ния со стойким подъёмом температуры, упорным кашлем. К врачам не обращался, лечился самостоятельно аспирином. Автомобильной катастрофе 5 лет назад) отрицает. Работает фрезеровщиком на заводе.

рост - 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Регистрируется незначительный акроцианоз губ и ундуляции. ЧСС - 104 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные. Тахикардия. Мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 4см. Селезенка не увеличена. Симптом

гемоглобин - 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак - 4,2 ммоль/л, АЛАТ-82 ммоль/л., АСАТ-77 ммоль/л, СРБ значимо повышен, СОЭ

верно оценена стадия ХСН.

в легких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, резкого прогрессирования течения (с самолечением), указаний в анамнезе на травму грудной клетки (при автокатастрофе), «воспалительный

обследования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для выявления её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина (сопутствующий миокардиальный маркер), МРТ сердца, а также (в профильном отделении) - пункции миокарда (как с лечебной, так и с диагностической целью).

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

дита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимальных» доз).

ями застоя жидкости.

пия, глюкокортикоиды.

ов и уточнения этиологического фактора) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы

и базисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован. Указана возможность направления бол

га, однако выбор не обоснован.

ерное.

ие антагонистов минералокортикоидных рецепторов или юпериио. Не указана консультация кардиоторакального хир

***ибупрофен, АБ-терапия, глюкокортикоиды и комбинация рамиприла 5мг/сутки, метопролола сулцинат в доз по краю рёберной дуги, активен (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). Купирован болевой синглий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.***

ений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), торасемид – только «по потребности», продолжить динамичесАСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP (при воз

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## **ВА ВОПРОСЫ**

шцах при ходьбе на 150-200м., появление которых заставляет уменьшить темп ходьбы или иногда остановиться. Кр

2014г. ему выполнена операция АКШ по поводу рефрактерной стенокардии и 3-х сосудистого поражения миокар,уплексного сканирования артерий нижних конечностей выявлен стеноз общей бедренной артерии справа 45% и слеенсии). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме указанных выше) отри

ии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается на верхушке, акцент II тона над аортой и здесь же систолический «скребущий» шумок. В проекции каротидных аичена. Селезенка 5не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижженена.

– 0,9 ммоль/л; ХСЛПНП- 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-32 ммоль/л., АСАТ-47 ммоль/л.

ший атеросклероз нижних конечностей, каротидный атеросклероз, умеренный аортосклероз. Митральная регургитация

верно оценена стадия ХСН или вид АГ.

мультифокального атеросклероза: систолический шум на аорте, каротидных артериях, наличие синдрома «перемежающих приступов». Признаки ХСН выражены незначительно, однако не исключается её недооценка с учётом шадящей ходьбы за последние 6 месяцев. ЭП требует оценки когнитивных нарушений (тест Мини-ког) и консультации невролога.

обоснования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, КФК, ОАК, фибриногена (при необходимости); дуплексное сканирование сосудов БЦС для оценки степени стенозирования каротидных артерий; рентгенография грудной клетки (при необходимости).

Тактика ведения больного (как диагностической, так и лечебной)

Обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

Рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Лечение с возможным добавлением эзетимиба при недостижении целевого уровня ХСЛПНП (не исключается применение максимально переносимых «доказательных» доз), антагонисты кальция, дезагреганты. Лечение в соответствии с ангиохирургом.

Обоснование выбора лечения атеросклероза нижних конечностей как компонента мультифокального атеросклероза. Выбор правильно обоснован. Указана необходимость консультации ангиохирурга.

Обоснование выбора лечения атеросклероза, однако выбор не обоснован.

Верное.

Обоснование выбора лечения атеросклероза с эзетимиба и дезагрегантов. Не указана консультация ангиохирурга.

Лечение артерий на фоне ПИКС, ХСН, АГ: эзипрес (5мг рамиприла/10мг амлодипина), небиволол, ко-плавикс, аспирин (работает в саду), ХСЛПНП 1,4 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Лечение с возможным добавлением эзетимиба при недостижении целевого уровня ХСЛПНП (не исключается применение максимально переносимых «доказательных» доз), продолжить динамическое наблюдение с проведением УЗ-исследования артерий нижних конечностей (через 3 месяца), консультация ангиохирурга (при необходимости), определение NTproBNP (при возможности). С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии повторная консультация кардиолога.

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

справа при дыхании, умеренную одышку смешанного характера, кратковременное «потемнение в глазах», сердцебиение. Наблюдается у кардиолога, но лекарства принимает не всегда регулярно. От проведения РСТ и установки ИКВД «не потерял сознание», отметил холодный липкий пот, усиление одышки, а также ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки. Усилилась одышка и стали нарастать отёки ног «пошёл в поликлинику».

отрицает (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает.

вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 108 см. Аускультативно в легких хрипы умеренно расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные с ЧСС 80 ударов в мин. При аускультации сердца слышны шумы в эпигастральной области. Печень на 5см выступает из-под края рёберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

СОЭ 28 мм/час., холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, фибриноген 6,7г/л.

лёгкого. ДКМП с митрально-трикуспидальной регургитацией. ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз.

верно оценена стадия ХСН.

сердечной недостаточности (цианоз, ундуляция шейных вен, тахикардия, ортопноэ, усиление отёков ног, увеличение печени, «серые» ногти, потеря сознания»), появления холодного липкого пота, усиления одышки. Инфаркт-пневмония заподозрена вследствие повышения СОЭ. Обращает внимание гемоконцентрация (повышение ПТИ, гемоглобина, фибриногена).

а (первоочередно), кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, тропонина, КФК, проведение ЭХО-КГ (для исключения угрожающих нарушений ритма); мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием (для исключения угрожающих нарушений ритма).

местной тактики ведения больного (как диагностической: проведение ангиопульмонографии?, так и лечебной – хи



Обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

и бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

ием после дополнительного обследования тромболитической терапии (или гепаринотерапии), О<sub>2</sub>-ингаляций и бета-адреноблокаторов, антиагреганты, АБ-терапия, стандартная терапия ХСН (ИАПФ или АРНИ, бета-блокаторы с вазодилатирующими свойствами).

с инфаркт-пневмонией. Выбор правильно обоснован. Указана необходимость после проведения ЭХОКГ и МСКТ органов грудной клетки.

Однако выбор не обоснован.

верное.

не НОАК. Не указана консультация карди-ангиохирурга.

состояние основного заболевания (ДКМП) остаётся средней тяжести. Дома продолжает приём прадаксы, карведилола. Пациент отказался. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Продолжить постоянное динамическое наблюдение с проведением ЭХОКГ, МСКТ органов грудной клетки (при необходимости), контроль кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP..

а неверно.

венопортальной системы с целью постановки диагноза

венопортальной системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВАШИ ВОПРОСЫ

пациента с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом, резким похудением, данных объективного осмотра (АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кризисы, купированные препаратами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимал.

Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кризисы, купированные препаратами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимал.

3 степени, риск 2, неконтролируемая АГ. Феохромоцитома. Кризовая форма.

стадии и/или степень, риск артериальной гипертонии;

пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом, резким похудением), данных объективного осмотра (АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кризисы, купированные препаратами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимал.

органов, III степень на основании цифр АД 220/130 мм рт.ст., риск 2, т.к. 3 степень АГ+ факторы риска (отягощенный анамнез)

нных категорий.

рий дано неверно.

к, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, определение метанефрина и нормметанефрина для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок левого желудочка; офтальмопатии; УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

а  $\alpha$ -адреноблокаторами (доксазозин).

ве дополнительного препарата для дальнейшего улучшения контроля АД у пациентов, которым уже были назначены  $\beta$ -адреноблокаторы и только после предварительного применения  $\alpha$ -адреноблокаторов. Применение  $\beta$ -адреноблокаторов без предварительного назначения  $\alpha$ -адреноблокаторов не обосновано.

нован.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов, тактика определена неверно.

нная, АГ, обусловленная поражением крупных артериальных сосудов).

ГНОЗ

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость при физической нагрузке. II ФК. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке.

В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке.

кровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. Частота сердечных сокращений - 94 уд/мин. Ритм синусовый. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединной линии. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Размеры селезенки - 4,6x10x12/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %. Глюкоза отсутствует; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Количественный размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки

сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК.

IIА стадия и функциональный класс ХСН;

при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость); анамнеза заболел в губ, частота дыхания - 20 в мин, при аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет, ЧСС 94 уд/мин); данных ЭКГ (интервал QTc - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта). Гемодинамические изменения левых отделов сердца, имеется застой в МКК.

в покое жалоб нет, однако обычная физическая нагрузка приводит к усталости, тахикардии, одышке.

Факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, семейный анамнез

в различных категориях.

Результаты даны неверно.

Назначение NT-проВМР с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.

Обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

Выбор терапии. Обоснуйте свой выбор.

Начать АРНИ в дозе 100 мг x 2 раза в день не ранее, чем

достигнуты оптимальные дозы (до оптимальной 200 мг x 2 раза в день) Валсартан + Сакубитрил

с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС),

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

м

правильно поставлены баллы.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

ным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующую иде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купир и неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь.

Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покр е отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. расстройств нет.

окрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ - моль/л, ТпГ-0,2 нг/мл.

Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4 (очень высокого риска). Неконтролируемая АГ. Целевой уровень АД <

ы стадии и/или степень, риск артериальной гипертонии;

увшийся приступ загрудинных болей, не купируемый нитроглицерином), анамнеза заболевания (страдает стенокар

твуют.

ического состояния), степень повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (190/110 мм рт.с.)

нных категорий.

рий дано неверно.

ие для одного или двух клинических признака обследования дано не верно.

итуации. Обоснуйте свой выбор.

ая при этом некоторый безнитратный интервал).  
нисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС

ьной медицины и Рекомендации ESC по ведению

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

гин) – в высоких дозах (80 мг) под контролем липидного профиля и трансаминаз.

основания даны не полностью.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

**ВА ВОПРОСЫ**

бы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, учатившиеся в течение последнего

сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином. Го

частились.  
 ьной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивает  
 отный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голеней.

приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НПБ, ФК IV.

ны стадии и/или ФК;

ия (больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при  
 окса поставлен на основании жалоб (приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, учас  
 ным мочеиспусканием, в последний месяц аналогичные приступы участились), объективного осмотра (выражен  
 он. ЧСС - 34 удара в минуту.), данных ЭКГ.

ердца, застойные явления в обоих кругах кровообращения

явления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активност

нных категорий.

рий дано неверно.

не указана степень блокады.

ороками, является наиболее эффективным?

вка «эндокардиальной») установкой электрода.

стику?

кардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии

ые состояния.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## НА ВОПРОСЫ

приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночн

3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы  
чение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективн

генокардией.

2,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1  
елезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 м  
в в минуту. ЭОС не отклонена.

я ПБ тип по Фредриксону.

упущена или неверно оценен тип дислипидемии;

ракторный для стенокардии по локализации.

ики болевого приступа: загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, возникающие в ночные и ранние утренние

о холестерина за счет ХС-ЛПНП и ТГ.

факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейн

нных категорий.

рий дано неверно.

ой ишемии миокарда, их характера (особо обратить внимание на возможность появления эпизодов элевации сегм  
ной ишемии при приступе, могут свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе заболевания;

астолической и систолической функции миокарда и состояния клапанного аппарата сердца;

ности к физической нагрузке. У части пациентов свазоспастическая стенокардия развивается на фоне атеросклеро

вным диагностическим критерием вазоспастической стенокардии является верифицированный при КАГ спазм кор

Обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ной терапии. Обоснуйте свой выбор.

купирования ангинозных приступов. (Нитроглицерин и Изосорбидадинитрат).

тики приступов вазоспастической стенокардии. (Амлодипин) Прогностическое действие АСК, статинов, ингибиторов АПФ и целесообразно применение статинов. Целями лечения является уровень ХС-ЛНП < 1,8 или уменьшение уровня ХС-ЛНП. Рекомендации по диагностике и лечению ИБС. Последних рекомендаций Европейского общества кардиологов и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ИБС.

Выбор не обоснован.

В схеме не хватает двух и более препаратов.

о пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

е 1,5 года, затем ежегодно. Контроль АСТ, АЛТ, глюкозы 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений при возобновлении приступов за грудиной болей. Ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления стеноза. Алгоритм неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента.

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

сосудистой системы с целью постановки диагноза

сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## НА ВОПРОСЫ

ль, снижение аппетита, слабость в мышцах конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей,

ись подъемы температуры до 37,5°C, постепенно появилась и усилилась общая слабость, снизился аппетит, появились «ночные приступы», по поводу чего принимала эпизодически кетонал. Пациентка не работает. Имеет двоих детей. Наследственная предрасположенность снижена, астенична, кожа и видимые слизистые бледные, гипотермия пальцев кистей, лимфоузлы и щитовидная железа увеличены. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные. Пульс на правой лучевой артерии, выраженное ослабление пульса на левой лучевой артерии. ЧСС=88 уд/мин. Верхние конечности не пальпируются. Периферических отеков нет.

сосудов верхних конечностей.

бо не полностью указана предполагаемая локализация поражения сосудов.

обследования в возрасте до 40 лет; перемежающаяся хромота конечностей (слабость и дискомфорт в мышцах конечностей); расширение грудной аорты и брюшным отделом аорты. Кроме этого имеется синдром общевоспалительных реакций (лихорадка, астения, похудение).



щего отдела аорты, клапанного аппарата, определения давления в легочной артерии; консультация ревматолога; контроль процесса в стенке сосудов, размера сосудов; ангиография аорты, сосудов верхних конечностей для оценки состояния в стенке сосудов, визуализировать аневризмы, в том числе расслаивающие, участки кальцификации, сформированного уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации, уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью у

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ной терапии. Обоснуйте свой выбор.

назначение преднизолона из расчета 1 мг/кг массы тела в сутки, не более 60 мг/сут; а также в режиме пульс-терап

х изменений в артериях

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

*пациентов с данным заболеванием*

вуют более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## **ВА ВОПРОСЫ**

ви затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивности валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут в первичный сосудистый центр составила 1,5 часа.

х 10 лет отмечает повышение артериального давления с максимальными цифрами 190/110 мм рт.ст., регулярно ангиокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

вы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 170/100

элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Неконтролируемая АГ. Целевое АД  $\leq 130/80$ .

на стадии артериальной гипертонии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указана форма ИБС.

янувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, в отведениях II, III, aVF определяется элевация сегмента ST на 1,5 мм.

го на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания. Степень артериальной гипертензии установлена на основании уровня АД. Степень риска ССО поставлена на основании

нных категорий.

рий дано неверно.

, предпочтительно тропонины Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение креатинина и расчет СКФ для выбора дозировок ряда лекарств, а также оценки риска ишемических осложнений. Степень артериальной гипертензии установлена на основании уровня АД. Степень риска ССО поставлена на основании

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ия пациента в стационаре

ть; у ранее регулярно не принимавших первая доза 325 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз в сутки до начала реперфузионного вмешательства в нагрузочной дозе для снижения суммарного риска ишемических осложнений.

м 70-100 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать частичное активированное время свертывания в пределах нормы.

положительным прогностическим эффектом.

и непереносимости ИАПФ) для предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначать аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20 мг в сутки. Степень артериальной гипертензии установлена на основании уровня АД. Степень риска ССО поставлена на основании

льной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

### **а и ее сроки**

ардиопротективной терапии и мероприятий по повышению приверженности пациентов.

ния.

нее 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

### **А ВОПРОСЫ**

ци (КСП) с жалобами на давящие боли в области сердца, сопровождающиеся ощущением удушья, чувством нехватки воздуха. При быстрой ходьбе отмечает появление одышки, чувство сдавления за грудиной, в связи с чем прекращал движение. АД до 160/90, сопровождающееся сдавлением за грудиной, в связи с чем дополнительно принимал капотен. В день поступления самостоятельно принял капотен и валидол без существенного эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжил принимать препараты в течение 15 минут. Ближайший сосудистый центр находится в 100 км от данного стационара.

умерли в пожилом возрасте от инфаркта миокарда.

вы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 68 в мин., АД – 160/90 мм рт.ст.

я сегмента ST в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 на 2мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого

я, риск 4. Целевое АД  $\leq 130/80$ .

ны стадии артериальной гипертонии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указана форма ИБС.

атагнувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью. В отведении V6 определяется элевация сегмента ST на 2 мм.

и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон.

ого на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания III, ОКС. Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на проводимую терапию. Наличие сопутствующей патологии у пациента.

нных категорий.

рий дано неверно.

, предпочтительно тропонины Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение креатинина и расчет СКФ для выбора дозировок ряда лекарств, а также оценки риска ишемических событий миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолического давления.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ния пациента в стационаре

при ЧКВ в пределах 120 минут необходимо использовать тромболитическую терапию (ТЛТ) во время транспортировки (до 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч).

при невозможности незамедлительного перевода пациента в учреждение, реализующее ЧКВ в круглосуточном режиме (например, в сельской местности); у ранее регулярно не принимавших первая доза 250 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз в сутки. Во время ТЛТ для снижения суммарного риска ишемических событий - рекомендуется клопидогрел нагрузочная доза 300 мг через 15 мин п/к живота в дозе 1 мг/кг 2 раза/сут.

с эффектом.

с ОКС

с целью купирования болевого синдрома, снижения пред- и постнагрузки, устранения симптомов сердечной недостаточности, предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначение с первых суток с титрованием дозы аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20 мг в сутки. Рекомендации Европейской ассоциации кардиологов и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

**на и ее сроки**

кардиопротективной терапии и мероприятий по повышению приверженности пациентов.

ния.

более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## НА ВОПРОСЫ

рудной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика  
около 10 лет, эпизодически принимал каптоприл. Курит в течение 25 лет. Работает библиотекарем. Во время последн

вы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны серд  
и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

6,6 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП

таки гипертрофии ЛЖ.

2, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевое АД  $\leq 130/80$ .

ны стадии и/или степень артериальной гипертензии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функци

грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное течение ИБС установлено исходя из д

сть физической нагрузки (боль появляется при ходьбе более, чем на 200 м и подъеме по лестнице более, чем на 1  
того на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установлении

О поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний.

о профиля пациента.

нных категорий.

рий дано неверно.

велозргометрия или тредмил-тест), с целью определения уровня толерантности к физической нагрузке, суточного м  
кой функции; консультация кардиолога; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки налич  
мишени почек; исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью определения возможности назначения

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ной терапии. Обоснуйте свой выбор.

ельно в защитной форме).

гин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.

нисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС

ьной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

га 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, экг и нагрузочные пробы – 2 раза в год, липидный профиль – 1 раз в год

а)

остепенно наращиваемая, под контролем ЧСС – 50-75% от пороговой).

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

ди (КСП) с жалобами ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, головокружение, умеренную головную боль в з...  
ет появление одышки, учащенного сердцебиения, похудела на 10 кг, стала раздражительной, беспокойной, после...  
три часа назад на работе, когда после психоэмоционального стресса появилась головная боль, ощущение удушья, чув...

15 лет. Родители ее живы, у отца гипертоническая болезнь, у матери сахарный диабет, перенесла инфаркт миокард...  
ратура тела 37,0°C, кожные покровы бледные, влажные. Небольшой экзофтальм с обеих сторон. Периферические...  
в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент I...  
а выслушивается. Дизурических расстройств нет.

амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с систолической перегрузкой. Нарушение процесс...

твенность, курение, ГЛЖ, риск 4 (очень высокий). Целевое АД  $\leq 130/80$ .

ы стадии артериальной гипертензии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указаны осложнения заболевания.

й на повышение АД, данных анамнеза (отмечает повышение АД в течение 5 лет);  
шеней (гипертрофия миокарда левого желудочка).

шенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на осн  
нтки.

ии уровня АД с появлением симптоматики со стороны органов мишеней. ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения

тегорий.

е необходимость специфического обследования пациентки и его объем.

анализов

-

общий

анализ

нки состояния почек как органа-мишени, исключения вторичной почечной гипертензии, для оптимального подбора  
некроза сердечной мышцы в связи с наличием признаков ОЛЖН; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стено  
жных сопутствующих состояний сердца (нарушение функции клапанов, перикардит);

том числе как возможной причины вторичной артериальной гипертензии.

ен быть скринирован на наличие вторичной артериальной гипертензии. Наличие в клинике таких симптомов, как п

– определение уровня гормонов ТТГ, Т4, Т3.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ощи в данном случае

целью устранения симптомов сердечной недостаточности и снижения АД – под контролем АД.

рункции ЛЖ, СН и смерти.

немии.

ьной медицины и последние российские рекомендации по диагностике и лечению гипертонической болезни.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

ние САД ниже 140 мм рт. ст.

евые значения или не соблюдены сроки проведения.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## ВА ВОПРОСЫ

более за грудиной, связанные с ходьбой более 200 м, при подъеме по лестнице на 1 пролет. Боль иррадирует в левую руку, усилилась до 3-6 раз в неделю, возникают при ходьбе менее 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет, сопровождаются одышкой. Известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 8 лет (во время приема в поликлинике регистрировалось АД 160/90 мм рт. ст. в сутки. 1 месяц назад при обследовании в поликлинике HbA1c 8,5%, в анализе мочи белок 1 г/л. Курил по 20 сигарет в день).

Пациент: мужчина, возраст 65 лет, масса тела 105 кг, рост 180 см. Кожные покровы обычной окраски. Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Гемоглобин – 120 г/л; эритроциты – 4,5 тыс./мм<sup>3</sup>; лейкоциты – 6,6 тыс.; п/я – 1%; с/я – 67%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч. Креатинин – 0,14 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, общий билирубин – 15 мг/дл.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 72 уд/мин, PQ-интервал 160 мс, длительность QTc 380 мс. Нарушение процессов реполяризации в виде депрессии ST на 1,5 мм и отрицательных T в V4-V6.

Диагноз: гипертоническая болезнь III стадии, II степени. Неконтролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%.

Укажите стадию и/или степень артериальной гипертонии; неверно указана форма ИБС; неправильно определен тип гиперлипидемии.

Укажите, являются ли боли за грудиной при физической нагрузке, снимающиеся нитропрепаратами через 1-2 мин. течением прогрессирующей стенокардии (с учетом данных ЭКГ (отсутствие стойкой элевации сегмента ST) и биохимических показателей тропонина T), что с учетом данных ЭКГ (отсутствие стойкой элевации сегмента ST) и биохимических показателей тропонина T).

Укажите степень риска ССО на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 8 лет); степень АГ установленной гипертонической болезни (расчетная СКФ по СКД-ЕPI 51, альбуминурия А2).. Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (табачный стаж 40 лет, ожирение I степени, гипертрофия ЛЖ); сопутствующих заболеваний: сахарного диабета 2 типа (целевой уровень HbA1c < 7%, целевой уровень глюкозы натощак < 5,6 ммоль/л, целевой уровень глюкозы через 2 часа после приема пищи < 10 ммоль/л, целевой уровень гликированного гемоглобина < 7%); ассоциированных заболеваний: ИБС, ХБП С3а А2). Целевое АД < 130/80 мм рт. ст.

Укажите категорию риска.

Укажите, дано неверно.

Укажите, целесообразно ли использовать высокочувствительный метод. ЭКГ должна быть повторно зарегистрирована для уточнения диагноза.

Укажите, целесообразно ли использовать высокочувствительный метод. ЭКГ должна быть повторно зарегистрирована для уточнения диагноза. Если пациент относится к нескольким группам риска, определяемым на основании клинической оценки, изменений ЭКГ, определения уровня тропонина T, наличия сердечной недостаточности, наличие девиации сегмента ST. Факторы риска (повышение тропонина, депрессия ST, наличие девиации сегмента ST) и согласия пациента может проведена в следующие сроки: отсроченная - 72 ч, неотложная (<120 мин), ранняя (<24 ч).





синуса). Если вагусные приемы неэффективны, переходят к в/в введению антиаритмических препаратов: — Аденозин при пароксизмальной ЭИТ при гемодинамической нестабильности, когда вагусные пробы и аденозин неэффективны.

гам второй линии при купировании ПАВУРТ у беременных (класс рекомендаций IIb, уровень доказательства C), т. е.

ческой целью возможно назначение  $\beta$ -АБ (метопролол) после 20 – й недели беременности. Наблюдение кардиолога

на отказ от вредных привычек

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

## А ВОПРОСЫ

ских нагрузках, учащенное сердцебиение, отеки ног. Проживает в сельской местности, за медицинской помощью не обращается. При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз лица, губ. Обращает внимание ритмичное покачивание шеи. Границы сердца расширены влево, вверх и вправо. Тоны глухие, ритмичные. Диастолический шум над всеми торакальными участками, диффузные реполяризационные нарушения.

клапана, недостаточность аортального клапана, недостаточность клапана легочной артерии. НИБ

по указана стадия сердечной недостаточности.

сердечной недостаточности, аускультативной картины (диастолический шум на митральном клапане), данных ЭКГ (синусовый ритм, учащенный ритм, блокада правой ножки пучка Гиса, пляска каротид), аускультативной картины (диастолический шум на аортальном клапане). Диагноз недостаточности клапана легочной артерии (шум Грехема - Стилла). Стадия хронической сердечной недостаточности по Ст

форм

решения вопроса о необходимости и безопасности назначения статинов. Определение скорости клубочковой фильтрации с помощью сканирующей ультразвуковой доплерокардиографии для определения выраженности систолической и диастолической дисфункции, характера и степени нарушения гемодинамики. Для определения функционального класса ХСН.

лечено лечение хронической сердечной недостаточности. Рекомендованы иАПФ (при непереносимости – сартаны или бета-блокаторы). Для уменьшения застойных явлений предпочтительнее назначение петлевых диуретиков (торасемид).

казания назначения препаратов

коррекцию, исходя из гемодинамически значимых нарушений. Показанием к чрезкожной митральной комиссуротомии является выраженная дилатация ЛЖ (КДР ЛЖ > 70 мм или КСР ЛЖ > 50 мм). Для коррекции порока следует определить после проведения ЭХОКГ.

сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза

сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

патологии при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных особенностей

## А ВОПРОСЫ

– II этаж, периодически перебои и боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой. Ранее за медицинской помощью не обращался. Кожа, видимые слизистые без особенностей. При аускультации, в легких хрипов не выслушивается. ЧД 70 в мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет. Изменений от нормы не выявлено.

ЭКГ: синусовый ритм. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Патологические зубцы Q в отведениях II, III, aVF. Регургитация на митральном клапане I ст., толщина задней стенки ЛЖ – 24 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 12 мм.

ЭКГ: синусовый ритм. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Патологические зубцы Q в отведениях II, III, aVF. Регургитация на митральном клапане I ст., толщина задней стенки ЛЖ – 24 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 12 мм.

сердечной недостаточности

возраст,отягощенная наследственность, отсутствие модифицируемых факторов риска ССЗ (ожирение, АГ, СД). Данные мулирован на основании клинической картины (одышка при нагрузках средней интенсивности и данных ЭХОКГ)

ояний.

(фибрилляция и трепетание предсердий, желудочковые аритмии) и определения показаний к имплантации ИКД.

ости к физическим нагрузкам, степени ХСН и стратификации риска ВСС.

назначения некоторых методов исследования

дупреждения прогрессирования гипертрофии ЛЖ.

/сут., ателолол до 200 мг/сут., бисопролол до 20 мг/сут.) Они доказали хороший симптоматический эффект в отно  
вном, способностью этих препаратов уменьшать

епаратов (амиодарон, соталол) или имплантации ИКД следует принять после проведения суточного ЭКГ – мониторинг

е решения

ные визиты (через 6, 9, 12 месяцев, при необходимости чаще) к врачу для оценки переносимости, эффективности и бе  
ание ЭКГ рекомендуется проводить ежегодно. При наличии отрицательной клинической динамики (тяжелая одышка  
лений (динамический градиент давления ВТ ЛЖ в покое и в условиях физиологической провокации более 50 мм р  
льная миэктомия, ЧТАСА)

направления на интервенционное лечение

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## А ВОПРОСЫ

жалобами на приступообразные загрудинные боли, сжимающего характера на фоне физических (подъем на 3-4 этаж  
т около 3 – х недель. Ранее в анамнезе только ОРВИ. Курит 1 пачку / сут. в течение 20 лет. При осмотре: нормостени  
– 68 в мин. АД – 125/85 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.

ализе крови: глюкоза – 5,8 ммоль/л, общий ХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 3,2 ммоль/л, креатинин – 81 мкмоль/л

ST и инверсии T не выявляется.

руемые нагрузками), анамнез заболевания (менее 1 месяца), анамнеза жизни (курение), дислипидемии. Низкий риск  
 иятных событий

, сопровождающимся кардиалгией).  
 стики с заболеваниями, сопровождающимся торакалгией)  
 , выявление асимптомных нарушений ритма)

толерантности к физическим нагрузкам.

ования некоторых методов исследования.

ых дозах ацетилсалициловой кислоты (325 мг) и клопидогреля (300мг), затем по 100 мг и 75 мг соответственно. В д  
 лективные БАБ (бисопролол 2,5 – 10 мг/сут., метопролол 25 – 100 мг/сут.) титруются с малых доз, учитывая нор  
 ые цифры АД.

епаратов

одно. Раз в год рекомендована динамика ЭКГ, ЭХОКГ, суточного мониторирования ЭКГ. Рекомендован отказ  
 12 мес.), статинов с контролем через 3 мес. липидного профиля, трансаминаз, общего КФК. Терапию БАБ и ИАПФ

торных осмотров, дозы препаратов.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## А ВОПРОСЫ

мающего характера за грудиной, возникающие при интенсивных силовых нагрузках в тренажерном зале. Боли длятся  
 ОРВИ. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена. При осмотре: гиперстеник. Кожные покровы  
 0 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет. В клинических анализах крови и мочи отклоне

фии левого желудочка.

р.  
 дифференциальной диагностики с заболеваниями, сопровождающимися кардиалгией. Суточное мониторирование ЭКГ на нагрузкам и оценки коронарного резерва. По результатам нагрузочных тестов принять решение о проведении КАГ.

дополнительных методов исследования

центрическая гипертрофия левого желудочка (ТЗСЛЖ – 13 мм, ТМЖП – 14 мм). По данным суточного мониторирования ЭКГ на нагрузках – положительный результат (двойное произведение = 310, мощность последней ступени нагрузки – 125 Вт) с умеренной тахикардией.

на фоне высокоинтенсивных нагрузок), анамнеза более месяца, наличия дислипидемии. Данные ЭХОКГ исключают наличие ИБС. КФК стенокардии подтвержден ВЭП (двойное произведение >278; мощность последней ступени нагрузки > 125 Вт).

дополнительных методов исследования

лечению, поэтому больной ведется консервативно. Вопрос о хирургическом лечении ИБС ставится на фоне неэффективности (аторвастатин 40 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут) с контролем липидограммы, трансаминаз и общего КФК через 3 месяца. ВЭП на фоне терапии, т.к. является гемодинамически незначимой и потенциально безопасной.

о терапевта. Частота посещений ЛПУ должна быть не реже 4 - 6 раз в течение первого года с момента установки диагноза. Регулярный физикальный осмотр, регистрируют 12-канальную ЭКГ покоя. Выполняется общеклинический и биохимический анализ крови по показаниям с контролем выполнения врачебных предписаний и своевременное выявление признаков изменения (обострения) течения заболевания. Лечение проводится по схеме: статины и бета-блокаторы.

мониторирования некоторых элементов.

сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза

сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

профилактики при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных рекомендаций.

## ВОПРОСЫ

высокие значения холестерина, выявленные при подготовке к ЭКО.

миокарда в возрасте 48 лет, несколько лет назад - операции стентирования КА и аорто- коронарное шунтирование, имеются чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определяется.

ХС-ЛПВП – 1,51 ммоль/л, ТГ – 1,13 ммоль/л

семейный характер.

липид Clinic Network) для диагностики геСГХС у взрослых (18 лет и старше). Диагноз ставится на основании суммы баллов; у женщин <60 лет) ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, атеротромботический ишемический инсульт, ТИА) наличие «вероятная» геСГХС позволяет устанавливать соответствующий клинический диагноз

ЭХО-КГ для оценки состояния миокарда и аортального клапана (возможно начальные дегенеративные изменения) определение уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ), общей КФК с целью определения возможности назначения и контроля

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

контролем липидного профиля и трансаминаз.

уровня ХС ЛНП 1,8 ммоль/л- как пациентке высокого СС риска (наличие геСГХС без дополнительных факторов)

обор не обоснован.

в схеме не хватает двух и более препаратов.

должны быть прекращены на весь срок беременности и за 3 месяца до планирующейся беременности

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## ВА ВОПРОСЫ

ный анамнез, принимает статины, беспокоит мышечная слабость, боли в мышцах (бедро, плечи)

гирование ПНА, прошел программу реабилитации, приступил к труду, стенокардии нет; уровень ОХС до ИМ около

нице, состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везику

делах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определ

П – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 5,34 ммоль/л, общая КФК- 340 МЕ/л, Аст, Алт- норма

ертоническая болезнь 3 ст 1 степени, риск 4.

липидемии.

ительного повышения общего и ХС ЛНП при относительно нормальных значениях ТГ, диагноз статиновой миопат

вочных; для подтверждения характера миопатии- отмена статина на 2-3 недели, полное исчезновение симптомов

в т.ч. субклинического, что провоцирует развитие миопатий)

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.



контролем общей КФК, липидного профиля и трансаминаз. Пациенту необходимо снижение ХС ЛНП на 75-80%,  
 достижение уровня ХС ЛНП 1,4 ммоль/л)

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

ячии симптомов прекратить прием статинов и следить за нормализацией уровня КФК, а затем снова начать при  
 и альтернативный препарат. При сохранении симптомов и повышенной КФК на меньших дозах других статинов-

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## А ВОПРОСЫ

ющую при подъеме на второй этаж, ходьбе на расстояние около 500 метров, особенно при ускорении темпа ходьбы,  
 й, принимает 3-х компонентную схему лечения (амлодипин, индапамид, периндоприл), максимальные значения-170  
 х дыхание несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, ЧД – 15 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм  
 ность голеней и стоп

ти ЛП, концентрическая ГЛЖ, Е/А 0,60, IVRT 45мс, ФВ 57%, умеренная легочная гипертензия (СрдЛА 40 мм рт ст)

й ФВ (57%), стадия Пб, ФК III.

твенно максимальным значениям АД, форма ХСН и ФК- на основании наличия характерных симптомов (одышка  
 л после нагрузок) и клинических признаков (пастозность стоп, голеней), учитывая наличие ГЛЖ, признаков диаст

рентгенография органов грудной клетки, общий и биохимический анализы крови с электролитами, оценкой фун

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

памид, амлодипин и ИАПФ, при этом не достигнут необходимый диапазон АД (120-130/70-80 мм рт ст), имеются показания госпитализаций) являются диуретики. Данной пациентке показано применение торасемида с целью уменьшения отеков. Показано применение спиронолактона в малых дозах. Применение ИАПФ и амлодипина необходимо сохранить; к лечению добавлено лечение статинами. Актуально при СНсФВ. Вероятно, необходимо назначение статинов.

Выбор не обоснован.

В схеме не хватает двух и более препаратов.

массы тела для использования гибкого режима приема диуретиков.

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза

сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

профилактики при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных рекомендаций

## НА ВОПРОСЫ

одышка, слабость, перебои в работе сердца, эпизоды учащенного сердцебиения.

Основной болезнью сердца, сформировался порок- выраженная недостаточность МК, 15 лет назад выполнена хирургическая коррекция митрального порока. Развившийся после физического напряжения.

клинической картины: бледность, небольшая бледность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, громкие, в III точке выслушивается систолический шум. Печень в норме. ЭКГ: синусовый ритм, частота 68, PR-интервал 160 мс, QRS-комплекс узкоQRS, длительность 88 мс, QT-интервал 380 мс. Наблюдается полиморфная желудочковая экстрасистолия, преимущественно днем, 7 эпизодов неустойчивой суправентрикулярной тахикардии в дневные часы (более 300), в дневные часы- эпизод АВ диссоциации с максимальной паузой между желудочковыми сокращениями.

лечения: лечение митральной недостаточности, протезирование МК механическим протезом (дата), нарушение ритма и проводимости.

ы 3 степени на основании эпизода АВ диссоциации с максимальной паузой между желудочковыми сокращениями (коп и МЭС на фоне АВ- блокады 3 степени)

ОВОДИМОСТИ

можно расценивать как экстренное (в анамнезе- синкопальное состояние, пауза на фоне полной АВ блокады в дн

асценено как экстренное

ое

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

г.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## ВА ВОПРОСЫ

диной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика  
ь головные боли.

еской болезнью, постоянно принимает ко-ренитек, уровень АД все эти годы был в диапазоне от 150/70 до 180/70  
-36,8 С. Кожные покровы чистые, небольшая бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, хрипы  
в точке Боткина-Эрба, ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 160/40 мм рт.ст. Определяется пульс Корригена. Усилена пульса

– 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л, глюкоза крови -5,4 ммоль/л, креатинин -80 мкмоль/л.

зубца во I,II, V5,V6.

расширение левого желудочка и тени аорты,

ая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск ССО 4. Недостаточность аортального клапана III ст. (субкомпенс

ы стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функци

больного на сжимающие боли за грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное  
 сть физической нагрузки (боль появляется при ходьбе до 100 м и подъеме по лестнице менее 1 пролета).  
 повышение АД, данных анамнеза (20 лет стажа АГ), неконтролируемая АГ поставлена на основании цифр АД, за  
 мишенной (миокард), наличии ССЗ. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гипертрофии ЛЖ, ИБС,  
 о профиля пациента.

нных категорий.

рий дано неверно.

намнезе), суточное ЭКГ-МТ (пробу с физической нагрузкой невозможно провести из-за болей в коленных суставах  
 ; для определения степени недостаточности АК, определения КДО ЛЖ, исследование уровня трансаминаз (АС  
 ешения вопроса о необходимости хирургического лечения недостаточности АК.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ной терапии. Обоснуйте свой выбор.

гин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.

но использовать комбинированный препарат, например Эксфорж 5/80.

ьной медицины и рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС, ГБ и недостаточности АК.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

та 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, регистрация ЭХО-КГ 1 раз в год.

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## НА ВОПРОСЫ

ые жгучие боли за грудиной с иррадиацией в спину, длительностью до нескольких дней, не купирующиеся приемом  
 , АД повышается до 200/120 мм. рт. ст., периодически наблюдался у врача, но последнее посещения было 2,5 года на  
 тельно ничего не принимал, потом присоединился сухой кашель. Около недели боли усилились, принимал нитрогл  
 покровы немного бледные, пастозность голеней, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный нито  
 справа от грудины во II - III межреберье , АД -180/80 мм.рт.ст. PS -70 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%.

р.

стерин – 7,8ммоль/л, ТГ- 2,6 ммоль/л.

офия ЛЖ. Н 0. Гиперлипидемия тип IIb. Целевое АД<130/80/.Подозрение на аневризму восходящего отдела аорты

ы стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функци

го на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет); Стадия АГ у  
 данным анамнеза и анализируя цифры АД, выявленные на приеме). Степень риска ССО поставлена на основании н  
 о профиля пациента.

лобы пациента, данных анамнеза (длительный стаж ГБ), данных объективного осмотра, изменений на ЭКГ.

нных категорий.

рий дано неверно.

расширение сосудистого пучка вправо и выбухание правой стенки восходящей аорты (лучше выявляется во второй  
 ь размеры и обнаружить аневризму.

вризмы аорты (определяет увеличение диаметра аорты).

и пациента.

гипертонической офтальмопатии;

орости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ечение.

татин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.

нии с гипотиазидом.

од контролем ЧСС.

ьной медицины и национальные рекомендации по диагностике и лечению АГ, Аневризме аорты.

бор не обоснован.

о в схеме не хватает двух и более препаратов.

га 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, экг, липидный профиль – 1 раз в год

психотерапевта или нарколога)

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

от более 2 обязательных пунктов

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## НА ВОПРОСЫ

шку, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, выраженную потливость, головокружение при небольшой физи

осле чего появились температура до 37,6°C и повышенная потливость. К врачу не обращался, три недели лечился «к

йкоцитоз -  $14 \times 10^9/\text{л}$ , увеличение СОЭ до 24 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявл  
ость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 3 дня после завершения приема антибиотиков вновь отметил п

пноэ. Температура тела - 39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажн

24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относ  
При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмыш

берье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметр  
4×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезн

3%, сегменты - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%, тромбоциты –  $155 \times 10^{12}/л$ , СОЭ - 38 мм/ч, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

КДР ЛЖ = 58 мм, размер ЛП = 55 мм. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1

о клапана. Недостаточность аортального клапана 3 ст., относительная недостаточность митрального клапана 2 ст.,

ны активность и топика ИЭ, условия возникновения; неверно оценены поражения АК и МК, тяжесть ХСН по ФВ,

ольшой (синдром клапанных изменений – новая регургитация аортального клапана по ЭХОКГ) и 2 малых (у данно  
иммунологические феномены – положительный РФ, спленомегалия, гепатит, нефрит). Активный – персистирующая  
артерий, аускультации сердца и ЭХОКГ. ХСН - клинические (одышка) и данные ЭХОКГ (промежуточная ФВ=41-4  
ение размеров и болезненность печени, повышение билирубина в 2 раза, тромбоцитопения, альбуминемия. Нефрит

ой из нозологических форм дано неверно.

ескому лечению

вы парентеральных и бактерицидные антибиотиков, культуры возбудителей должны сохраняться до выздоровления  
гликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорректируемая прогрессирующая СН; не контро  
для левых отделов м более 20 мм для правых отделов сердца (на данный момент нет показаний к хирургическому ле  
ны верные группы препаратов, указано отсутствие показаний для вмешательства хирурга.

ия к хирургическому лечению указаны верно

ому вмешательству указаны неверно.

р, группы препаратов указаны неверно.

оперированные пороки сердца, перенесённый инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, про  
гомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование  
части носоглотки, на верхних дыхательных путях и пищеводе рекомендуют: - Амоксициллин 2 г за 1 час до процеду  
Амоксициллин 2 г перорально за 1 час до процедуры или Ванкомиин: 1 г внутривенно капельно за 1-2 часа до про

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

**ВА ВОПРОСЫ**

БС, стенокардия напряжения 3 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 2013 году), коронаросклероз (коронаро  
преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт

С влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка.

0%).

/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К<sup>+</sup> – 4,0 ммоль/л.

пролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в ден

циента.

ий ХСН IIБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия – сочетан

а.

а клинических данных (уменьшение отёков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.

ерно.

риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.

ск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, ре

заны неверно.

ности и безопасности назначения Варфарина.

и формой фибрилляции предсердий = 2-3.

говать о развитии побочных эффектов на фоне приема статинов?

Т, АЛАТ) для выявления поражения печени и контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Ув

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## ВА ВОПРОСЫ

и ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением од



ет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к врачу: ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.

Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

– 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 61,8 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

стадии, II степени, риск ССО 4. Умеренный аортосклероз. Каротидный атеросклероз справа. Митральная регургитация II степени.

на стадии ХСН, ХБП, АГ и ФК стенокардии, неверно оценен риск ССО.

грудинные боли при ходьбе (проходят в покое) и сопровождаются одышкой, слабостью и чувством страха, данные анамнеза атеросклероза (систолический шум на аорте и каротидной артерии справа), наличия ХБП. Стадия АГ и степень риска ССО. В анамнезу АГ,

ания ЭКГ и АД для оценки наличия ишемических изменений и суточного профиля АД; снятие ЭКГ; проведение ЭКГ с нагрузкой (тестирование сосудов БЦС) и почек для оценки их поражения.

активной коронароангиографией (после дообследования и оценки эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии).

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

(последний – с учётом наличия ХСН, АГ, ХБП). Данные группы препаратов являются «золотым» стандартом при лечении АГ.

обоснован.

о не обоснован.

ерное.

ме ингибиторов АПФ и статинов.

*бисопролола в дозе 5 мг/сутки, кардиомагнила в дозе 150 мг/сутки, рамиприла 10мг/сутки + розувастатин 20 мг/сутки, аспирин 100 мг/сутки, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 1,1 ммоль/л.*

ление, обсудить с больным конкретный план борьбы с никотиновой зависимостью, а также уточнить его физическую активность по Тредмил-индексу и угрожаемых нарушений ритма, а также наличия Сохранённой Фракции Выброса проведения.

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## ВА ВОПРОСЫ

физической нагрузке (однократно было падение), периодически – перебои в работе сердца. Иногда – непродолжительные боли в области сердца по 2-х лет. К врачам не обращался. Продолжал заниматься физическим трудом (работает слесарем). Не курит, наследственная предрасположенность к атеросклерозу. Питание. Кожные покровы чистые, бледные. В лёгких – везикулярное дыхание с жёстким оттенком, единичные сухие хрипы. ЧСС 58уд/мин. Грубый (резкий) «скребуший» систолический шум во II-ом межреберье справа от грудины, приглушённый в III-ом. Диурез в норме. Отёков нет.

ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ – 32 ммоль/л. На ЭКГ – синусовая брадикардия с

ие (anamnestически). Стенокардитический синдром. ХСН Iст., ПФК.

на стадия ХСН .

вокращения при физической нагрузке (однократное падение), непродолжительные за грудиной боли при ходьбе, обусловленные ишемией миокарда. Предположены по клиническим данным.

ЭКГ для оценки наличия конкретных нарушений ритма, ишемических изменений и подтверждения поражения аорты и коронарных артерий. Проведение МСКТ коронарных артерий с последующей селективной коронароангиографией.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

кую тактику пред – и постоперационного лечения Вы бы избрали? Обоснуйте свой выбор.

ана (баллонная вальвулопластика-TAVI), при невозможности – протезирование аортального клапана в условиях ис  
 ы дозе и с крайней осторожностью - ингибитор АПФ (последний – с учётом наличия ХСН).

выбор не обоснован.

ерное.

*загрудинных болей больной не отмечает. Одышка и экстрасистолия значительно уменьшились. Гемодинамика ста*

ить с больным его физическую активность. Ведение Дневника АД и ЧСС приветствуется.

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальн

## А ВОПРОСЫ

и в работе сердца, приступы сердцебиений, колющие боли в области верхушки сердца в покое, повышенную утомля  
 в школе (9-11 классах), особенно после «нервных нагрузок», принимал валериану (пустырник) с незначительным эф  
 нез спокоен – «родители здоровы». Не курит, алкоголь не употребляет, спортом не занимался. Частые вирусные р  
 ь талии – 72 см. Астеническое телосложение. Кожные покровы чистые, обычной окраски, имеется гипергидроз ла  
 в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, тенденция к тахикардии (ЧСС 84 уд.в мин.); по левому краю грудины реги  
 при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по по  
 трциты–5,64x10<sup>12</sup>/л. СОЭ 2мм/час. Глюкоза 4,3 ммоль/л., в остальном – без особенностей.

стая экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия неутонченного характера (редкие приступы).

ии или неверно оценен характер нарушений ритма.

(см. данные осмотра), кардиалгий, наличии митральной регургитации (аускультативно) и нарушений ритма. Клини

характер нарушений ритма).

ирования (для уточнения характера нарушений ритма, исключения признаков дисфункции синусового узла и т. п.); определение магния и калия крови (при возможности).  
 едения ЧПЭКС и ЭФИ сердца.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

трального клапана с нарушениями ритма. Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обс  
 и включает: препараты магния/калия, бета-адреноблокаторы, сартаны (под строгим контролем уровня АД), сед

Выбор правильно обоснован.

рма, однако выбор не обоснован.

ерное.

е препаратов магния. Не перечислены немедикаментозные методы лечения ПМК.

*ушениями ритма: (комбинация магнерота 500мг x 3 раза в сутки, небиволола 2,5 мг/сутки и регулярного посе  
 ремя наблюдения не было, АД колеблется в пределах 110-115/70 мм рт.ст., магний крови – 1,0 ммоль/л. Начал з*

ыми нарушениями ритма небивололом в поддерживающих дозах, рекомендовать динамическое наблюдение с прове  
 том значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация инвазивного аритмолога и кардиоох

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## ВА ВОПРОСЫ

известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазм на коже век впервые  
 щих болей при физических нагрузках. При осмотре: границы сердца не расширены, тоны ясные, патологических шумов  
 й артерии на 70%, стеноз огибающей коронарной артерии на 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%. И

ых артерий (трехсосудистое поражение). Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (II а тип).

риступов стенокардии не более месяца. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий установлен на основании  
 ных липидограммы.

вление заболевания (ген ЛНП рецептора, ген апопротеина apoB - 100 и ген фермента-конвертазы рецептора ЛНП –

ответственные за развитие заболевания.

о лечения показан при многососудистом поражении коронарных артерий.

/сут, Аторвастатин 20-80 мг/сут, Розувастатин 20-40 мг/сут) в сочетании с эзетимибом в дозе 10 мг/сут.

кой коррекции

ном наблюдении

нтов (КФК). Больному также рекомендуется немедленно сообщать врачу обо всех необычных изменениях в своем

утствуют лабораторные или клинические признаки побочных эффектов (миопатии, рабдомиолиза).

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

### ВА ВОПРОСЫ

течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 200/110 мм.рт.ст. Применение гипотиазида перенос  
гделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи – относительная плотность – 1002-1008.

диагноза?

и, хирургическое удаление опухоли

правильно обоснован.

не обоснован

ести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

кается или снижается мало.

ной повышено, однако отсутствует существенная гипокалиемия.

я повышается продукция альдостерона - лишение натрия в пище не приводит к уменьшению его выделения мочой.

о повышается после введения вазопрессина; гипертония и гипокалиемия отсутствуют.

льция, снижен уровень фосфора.

ологий, но обоснование дано верно лишь 1.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза



увеличение дозы лозартана, этиотропная терапия, подготовка к оперативному лечению.

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

#### НА ВОПРОСЫ

твует себя удовлетворительно. Однако в течение длительного периода времени у него имеются жалобы на утомляем последние годы, на фоне проводимого лечения, АД держится на уровне 130-135/75-80 мм рт, однако ранее оно достигало надеется на восстановление ритма, однако, несмотря на проводимую терапию, фибрилляция предсердий сохраняется а, гликемию корригирует с помощью диеты. Состоит на диспансерном учете, посещал занятия «Школы диабета». П

кровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмич их сторон.

щак – 5,3 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации 80 мл/мин. На снятой ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС возраст 65 -74 года, гипертензия).

одарон 200 мг/сут, варфарин (текущая доза 5 мг, последнее измерение МНО 3 месяца назад (2,2)), аторвастатин 40 мг

о типу длительно персистирующей фибрилляции предсердий.

ны стадии и/или риск артериальной гипертонии; неверно оценен вариант фибрилляции предсердий; неверно оцене

неза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет, для поддержания нормальных показателей АД регулярно

а при отсутствии осложнений со стороны органов мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличи ном обследовании и по ЭКГ. Длительно-персистирующий вариант подтверждается тем, что имеется непрерывно т

ие года состоит на диспансерном учете в связи с данным заболеванием). Тяжесть диабета установлена на основани

синдрома.



5 мм рт.ст. У пациента данный целевой уровень был достигнут, что подтверждается результатами контроля АД дома.

ли указан неточно.

о выполнено 10 измерений МНО. Результаты составили 2,6; 2,3; 2,8; 3,4; 2,5; 4,0; 3,2; 2,7; 3,1; 2,2. Достаточно ли эффект

енного окна» (МНО 2 – 3). Следовательно, у данного пациента только 60% значений МНО находятся в терапевтическом диапазоне (>70%). Терапия не варфарином не достигла поставленной терапевтической цели.

2DS2VAsc показана терапия оральными антикоагулянтами (ОАК). Данный пациент имеет 3 балла по шкале CHA2DS2-VASc. Принимает препараты, влияющие на метаболизм варфарина - амиодарон, корвалол). Для больного был бы оптимальным прием ОАК.

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных рекомендаций.

## ВА ВОПРОСЫ

боли, сердцебиений, иногда повышения АД до 160/100 мм рт.ст. (к вечеру), одышку при умеренной нагрузке. Пациентка сообщила, что больная и ранее часто отмечала повышения АД до 150/100 мм рт.ст. К врачам не обращалась - принимала анальгетики.

АД и указанные выше жалобы. К врачу не обращалась («очень много работы»). Принимала самостоятельно настои трав. Ист. ИФК. Болезнь (умер от инсульта в 55 лет).

Кровь чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД в покое 18 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. (стоя). Живот увеличен в объеме, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Глюкоза – 4,9 ммоль/л, АЛАТ - 35 ммоль/л., АСАТ-40 ммоль/л, гемоглобин 124 г/л, СОЭ 28 мм/час., креатинин, мочевина в норме.

Ист. ИФК. Беременность 24 недели.

ерно оценена стадия, степень или тип АГ у беременных.

50/100мм рт.ст. с эпизодическим самостоятельным приёмом антигипертензивных препаратов, признаков поражения (самолечением), отягощённой наследственности.

ия АД (СМАД), взятие общего анализа мочи, определение отношения «альбумин/креатинин», взятие анализа крови

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

и рекомендовали. Обоснуйте свой выбор.

ие метилдопы (класс рекомендаций I, уровень доказательства «B»).

льфаадреноблокатора (класс рекомендаций I, уровень доказательства «C»). При рефрактерности к метилдопе возм

Д, соблюдение немедикаментозных рекомендаций по стабилизации АД и, самое главное, регулярное наблюдение

недель. Выбор правильно обоснован.

и 24 недель, однако выбор не обоснован.

ерное.

ие метилдопы. Не указано регулярное проведение больной СКАД.

**тилдопа), проведения СМАД и СКАД, а также исключения заболеваний почек и вторичных АГ (по возможности не работает. Врача посещает регулярно. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор (с возможной минимизацией доз), продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больной исключение факторов риска АД, общий анализ мочи, креатинин сыворотки крови.**

а неверно.

чнососудистой системы с целью постановки диагноза

судистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ции при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных

## ВА ВОПРОСЫ

ительной физической нагрузке, сердцебиения и перебои в работе сердца, появление отёков ног, непродуктивный кашель. Лечился стационарно (имеются подробные выписки). Дома самостоятельно принимал эналаприл (утром) и метопролол (вечером). Одышки, появление отёков ног. К врачу не обратился – «думал пройдёт и надо было достроить дачу». Когда отёки появляются (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает. Мать умерла в 60 лет «от какого-то заболевания». Шейные вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 23 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 98 см. Аускультативно выслушиваются систолические шумы, аритмичные (частая экстрасистолия) с ЧСС 84 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум в эпигастриальной области. Печень на 5см выступает из-под края рёберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

ТГ – 1,7 ммоль/л, глюкоза натощак 5,2 ммоль/л. ПТИ 105%, фибриноген 6,1г/л., АЛАТ 34ммоль/л, АСАТ 37ммоль/л.

частой экстрасистолией; декомпенсация, ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз.

верно оценена стадия ХСН.

тотальной ХСН (цианоз, хрипы в лёгких, ундуляция шейных вен, тахикардия с экстрасистолией, одышка с ЧДД, повышение фибриногена).

уровней ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, креатинина, КФК, Д-димера, проведение ЭХО-КГ (для определения размеров камер сердца), а также проведение суточного ЭКГ-мониторирования (для уточнения вида и частоты экстрасистол), проведение УЗДГ вен нижних конечностей.

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

оценили пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

ного обследования.

амиприл или АРНИ с тщательной титрацией и под строгим контролем АД, бета-блокаторы, эплеренон, торасемид.

льтация инвазивного аритмолога для решения вопроса о проведении ресинхронизирующего вмешательства (РСТ).

к базисной терапии необходимо решение вопроса о назначении левосимендана (в/в).

ыбор правильно обоснован.

обоснован. Не указана возможность проведения РСТ и/или установки ИКД.

ерное.

ме дезагрегантов, ивабрадина.

ом основного заболевания (ДКМП) остаётся ближе к удовлетворительному. Дома продолжает приём кардиологических препаратов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

доз), продолжить постоянное динамическое наблюдение с проведением ЭХОКГ, ЭКГ-мониторирования, МСКТ коронарных артерий, динамика кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP

а неверно.

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Кардиология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<b><u>I семестр:</u></b>	УК-1
1) Атеросклероз, определение, этиология, патогенез, факторы риска клиническая классификация. Международная классификация гиперлипидемий. Современные нормативы содержания липидов различных классов в плазме крови. Дифференциальный подход к пациентам в зависимости от уровня атерогенных липидов, наличия факторов риска и сопутствующих заболеваний. Первичные и вторичные гиперлипидемии. Диагностическая и лечебная тактика.	УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4
2) Клинические проявления атеросклероза, понятие мультифокального атеросклероза, методы диагностики.	ОПК-5 ОПК-6
3) Классификация гиполипидемических препаратов, сравнительная эффективность. Особенности выбора гиполипидемического препарата в зависимости от типа ГЛП. Эфферентные и сорбционные методы лечения атеросклероза. Показания и противопоказания к ним. Эффективность методов.	ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10
4) Характеристика статинов как группы гиполипидемических препаратов. Принципы лечения, препараты и дозы.	ПК-1 ПК-2 ПК-3
5) Контроль эффективности и безопасности гиполипидемической терапии.	ПК-4 ПК-5
6) Хирургические методы лечения атеросклероза. Показания к ним. Немедикаментозное лечение атеросклероза. Возможности и уровень эффективности. Первичная и вторичная профилактика.	ПК-6 ПК-7

- 7) Понятие ишемической болезни сердца. Определение стенокардии (С). Современные представления об этиологии и патогенезе С. Факторы риска в развитии С. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики С. Понятие и критерии стабильного течения стенокардии. Формы и клиническая характеристика стабильной стенокардии. Понятие хронических коронарных синдромов. Примеры формулировки диагноза. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз стабильной стенокардии.
- 8) Понятие и критерии нестабильного течения стенокардии и ее прогностическая значимость. Формы и клиническая характеристика нестабильной стенокардии. Классификация по Braunwald. Примеры формулировки диагноза. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз нестабильной стенокардии.
- 9) Медикаментозная терапия стабильной стенокардии. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка. Методы реваскуляризации при СС (описание метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).
- 10) Медикаментозная терапия нестабильной стенокардии. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка. Методы экстренной реваскуляризации при ИС (описание метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).
- 11) Особенности диагностики и терапии вазоспастической и микроваскулярной стенокардии.
- 12) Инфаркт миокарда (ИМ). Современные представления об этиологии и патогенезе ИМ. Факторы риска в развитии ИМ. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики ИМ. Современная классификация ИМ (классификация ВОЗ, электрокардиографическая классификация, классификации по типам ИМ, по величине и глубине некроза, локализации, периодам и клиническим вариантам). Классификация НК при ИМ (по Killip) Примеры формулировки диагноза. Клиническая картина ИМ. Перечислить и описать клинические варианты начала ИМ.
- 13) Лабораторные и инструментальные методы диагностики ИМ. Ранние и поздние маркеры некроза миокарда (МНМ), их роль и значение в диагностике ИМ (уровни МНМ при различных соматических заболеваниях). Применение ЭКГ, ЭХО-КГ и СКГ в диагностике ИМ. Критерии диагноза ИМ. Дифференциальный диагноз ИМ.
- 14) Современные представления об ОКС без подъема сегмента ST и ОКС с подъемом сегмента ST. Тактика ведения больных.
- 15) ИМ правого желудочка. Особенности клиники, диагностики и лечения.
- 16) Медикаментозная терапия ИМ. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка.
- 17) Методы экстренной реваскуляризации при ИМ (описание метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).

- 18) Осложнения ИМ. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, неотложные мероприятия.
- II семестр:**
- 19) Аневризмы аорты. Классификация. Патологическая анатомия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение. Наблюдение кардиолога. Расслаивающаяся аневризма аорты. Этиология, факторы риска. Классификация. Диагностические мероприятия.  
Лечение (медикаментозное и хирургическое). Осложнения. Прогноз.
- 20) Тромботическая окклюзия периферических артерий. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Предоперационное и послеоперационное ведение пациентов с тромботической окклюзией периферических артерий. Осложнения, их коррекция и профилактика. Наблюдение кардиолога.
- 21) Эмболическая окклюзия периферических артерий. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Предоперационное и послеоперационное ведение пациентов с эмболической окклюзией периферических артерий. Осложнения, их коррекция и профилактика. Наблюдение кардиолога.
- 22) Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Инвазивные и неинвазивные методы исследования. Оперативное и эндоваскулярное лечение (при наличии и в отсутствие СД). Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Медикаментозное лечение (при наличии и в отсутствие СД). Осложнения, их профилактика и коррекция. Трофические язвы (клиника, медикаментозное и хирургическое лечение).
- 23) Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Гигантоклеточный артериит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Аортоартериит (болезнь Такаюсу). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения.
- 24) Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Этиология, факторы риска, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное лечение (препараты, условия назначения, дозировки). Контроль эффективности лечения. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Хирургическое лечение (методы, показания и противопоказания к ним). Наблюдение кардиолога.
- 25) Болезнь и синдром Рейно. Этиология, патогенез. Клиническая картина, методы диагностики. Лечение. Особенности ведения и наблюдения кардиолога.
- 26) Определение артериальной гипертензии (АГ). Понятие о гипертонической болезни (ГБ). Современные представления об этиологии и теории патогенеза эссенциальной АГ. Факторы риска в развитии ГБ. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики ГБ. Регуляция АД в норме. Современная классификация уровней АД (в т.ч. пороговые

<p>уровни по данным различных методов измерения). Стратификация сердечно-сосудистого риска у больных с АГ. Понятие об органах мишенях. Возможные варианты поражения. стадии АГ. Выявление субклинического поражения органов-мишеней. Лабораторно-инструментальные методы исследования при АГ (основные, дополнительные и углубленное исследование).</p> <p>27) Тактика ведения больных с АГ. Цели терапии. Немедикаментозное лечение. Классификация антигипертензивных препаратов. Рациональный выбор антигипертензивных препаратов в различных клинических ситуациях. Возможности моно- и комбинированной фармакотерапии. Рациональные комбинации. Терапия для коррекции факторов риска и сопутствующих заболеваний.</p> <p>28) Особенности лечения АГ в различных клинических ситуациях</p> <p>29) Вторичные артериальные гипертензии. Классификация. Особенности диагностики и ведения пациентов вторичной АГ различного генеза.</p> <p>30) Гипертонический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Классификация. Неотложные мероприятия.</p> <p>31) Понятие аритмии. Классификации аритмий. Патогенетические механизмы возникновения аритмий. Экстрасистолия. Определение. Классификации. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>32) Фибрилляция и трепетание предсердий. Определение, классификация, механизмы возникновения. Клиническая картина и прогностическая значимость. Медикаментозное восстановление ритма (принципы проведения, показания, противопоказания, используемые препараты и их дозировка). Немедикаментозное восстановление ритма (методы проведения, показания, противопоказания).</p> <p>33) Ургентные аритмии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы оказания неотложной помощи при ургентных аритмиях.</p> <p>34) Нарушения проводимости. АВ-блокада. СА-блокада. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>35) Нарушения проводимости. Блокады ножек пучка Гиса. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>36) Понятие СССУ. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>37) Приступ Морганьи-Адамса-Стокса. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз с другими синкопальными состояниями.</p> <p>38) Хирургические методы коррекции нарушений ритма и проводимости. Описание методов. Показания, противопоказания.</p> <p>39) Врожденные пороки сердца. Генез, классификация, методы диагностики, принципы лечения. Врожденные пороки сердца (ВПС), мультифакторная теория этиологии, патогенеза ВПС. Классификация ВПС, встречающихся у взрослых: ДМПП, ДМЖП, ОАП, КТМС и др.</p> <p>40) Врожденные пороки у взрослых: ДМПП, ДМЖП, ОАП, КТМС Особенности гемодинамики, клиники, консервативного и оперативного лечения. Прогноз МСЭ.</p>	
--	--

<p>41) Открытый артериальный проток, пороки развития аорты, легочной артерии Особенности гемодинамики, клиники, консервативного и оперативного лечения Течение заболевания МСЭ</p> <p>42) Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Поражение сердца ревматического генеза. Особенности лечения.</p> <p>43) Стеноз левого А-В отверстия (митральный стеноз). Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>44) Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>45) Стеноз устья аорты. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>46) Недостаточность аортального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>47) Стеноз трикуспидального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>48) Недостаточность трикуспидального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>49) Стеноз и/или недостаточность клапана легочной артерии. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>50) Пролабирование створок клапанов сердца. ПМК – наиболее частый вариант пролапса, первичный, вторичный ПМК. Этиопатогенез, методы диагностики, лечения. Критерии пролабирования. Пролапсы трикуспидального, аортального и пульмонального клапанов – более редкие варианты пролапсов. Методы диагностики, этиопатогенез. диагностика, лечение.</p> <p><b><u>III семестр:</u></b></p> <p>51) Гипертрофическая кардиомиопатия. Определение. Классификация. Роль генетических факторов в развитии ГКМП. Клиническая картина. Диагностика. Алгоритм ведения больных с ГКМП. Фармакологическое и хирургическое лечение.</p> <p>52) Дилатационная кардиомиопатия. Определение. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Возможности медикаментозного и хирургического лечения. Прогноз.</p> <p>53) Специфические кардиомиопатии. Классификация. Ишемическая и метаболическая КМП. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>54) Дистрофии миокарда. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>55) Миокардиты. Классификация, этиология, патогенез. Клиническая картина, течение миокардитов. Неинвазивная и инвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. Показания, противопоказания. Медикаментозное и немедикаментозное лечение.</p> <p>56) Перикардиты. Классификация, этиология, патогенез. Клиническая картина, течение перикардитов. Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований. Клиническая картина, течение перикардитов. Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований.</p>	
---	--



- 57) Перикардиты. Клиническая картина, течение перикардитов. Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований. Лечение.
- 58) Опухоли сердца. Классификация. Первичные доброкачественные опухоли сердца (миксомы, рабдомиомы, фибромы, тератомы). Клиника, диагностика, лечение.
- 59) Опухоли сердца. Классификация. Злокачественные новообразования сердца (саркомы). Клиника, диагностика, лечение.
- 60) Инфекционный эндокардит (ИЭ). Определение. Факторы риска развития ИЭ. Возможности профилактики. Классификации ИЭ. Клиническая диагностика ИЭ. Лабораторная диагностика ИЭ. Визуализирующие инструментальные методы в диагностике ИЭ. Микробиологическая диагностика ИЭ. Диагностические критерии ИЭ. Критерии Duke и модифицированные критерии ЕОК 2015.
- 61) Антибиотикотерапия при ИЭ. Общие принципы применения. Антибактериальное лечение ИЭ, связанного со стрептококками. Антибактериальное лечение ИЭ, связанного со стафилококками. Антибактериальное лечение ИЭ, связанного с энтерококками. Антибактериальное лечение ИЭ при отрицательном посеве крови. Антибактериальное лечение ИЭ, связанного с грибковой инфекцией. Эмпирическая антибактериальная терапия при ИЭ.
- 62) Показания для хирургического вмешательства при ИЭ и сроки его проведения. Хирургическое лечение ИЭ: методы и принципы. Послеоперационные осложнения при ИЭ.  
Персистирующая инфекция. Клиника, диагностика, лечебные мероприятия.
- 63) Эмболические события при ИЭ. Клиника, диагностика, лечебные мероприятия.
- 64) ИЭ протезированных клапанов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. ИЭ имплантируемых устройств. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения.
- 65) Сердечная недостаточность и недостаточность кровообращения. Определение, этиология, патогенез, классификации. Клиническая диагностика ХСН. Специфичность клинических проявлений. Алгоритм диагностики различных форм ХСН. Инструментальные методы в диагностике ХСН. Лабораторная диагностика ХСН.
- 66) Невизуализирующие инструментальные методы в диагностике ХСН.
- 67) Терапевтический алгоритм для пациентов с симптоматической СН-нФВ.  
(показания, противопоказания, механизм действия, препараты и дозировки).
- 68) Лечение пациентов с СН-сФВ.
- 69) Острая сердечная недостаточность. Определение, этиология, классификация, диагностика. ОСН. Возможности медикаментозной терапии в зависимости от этиологической причины. ОСН. Возможности инвазивных методов коррекции.

**IV семестр:**

- |  |  |
|--|--|
| <p>70) Адаптационные изменения, происходящие в организме женщины, при физиологически протекающей беременности. Беременность и АГ. Гестационная АГ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Возможные осложнения.</p> <p>71) Преэклампсия, эклампсия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Гипертонический криз. Особенности ведения беременных при ГК. Антигипертензивные препараты для лечения гипертонического криза.</p> <p>72) Модифицированная классификация ВОЗ материнского риска. Отдаленные сердечно-сосудистые последствия гестационной АГ и преэклампсии.</p> <p>73) Антигипертензивные препараты, рекомендованные к применению в период беременности. Критерии классификации лекарственных препаратов по безопасности для плода. Лечение артериальной гипертензии в послеродовом периоде. Лечение артериальной гипертензии во время кормления грудью.</p> <p>74) Врожденные пороки сердца. Клиника, диагностика, особенности ведения. Осложнения. Прогноз. Общие принципы ведения беременных с врожденными пороками сердца.</p> <p>75) Приобретенные пороки у беременных. Стеноз и недостаточность митрального и аортального клапанов. Клиника, диагностика, особенности ведения. Осложнения. Прогноз. Ведение беременных с протезированными клапанами сердца.</p> <p>76) ИБС и ОКС при беременности. Особенности ведения на разных сроках. Осложнения, прогноз.</p> <p>77) Кардиомиопатии при беременности. Особенности ведения на разных сроках. Осложнения, прогноз.</p> <p>78) Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма. Классификации антиаритмических лекарственных препаратов по безопасности для плода.</p> <p>79) Понятие сердечно-легочной реанимации. Этические вопросы. Комплекс мероприятий по предотвращению смерти в случае внутрибольничной и внебольничной остановки сердца.</p> <p>80) Алгоритм реанимации взрослых пациентов для медицинских работников.</p> <p>81) Особенности СРЛ детей и новорожденных.</p> <p>82) Устройства для механического компрессионного сжатия грудной клетки. Экстракорпоральные методики и инвазивные перфузионные устройства при СРЛ.</p> <p>83) Сосудосуживающие препараты для реанимации (вазопрессин и эпинефрин). Лекарственная терапия после остановки сердца.</p> <p>84) Целевое управление температурой тела. Целевые параметры гемодинамики после реанимации. Прогноз после остановки сердца. Донорство органов.</p> <p>85) Остановка сердца у беременных. Экстренные мероприятия.</p> <p>86) Инвазивный мониторинг гемодинамики при СРЛ. Ведение больных с ИБС после СРЛ. Ведение больных с нарушениями ритма после СРЛ. Осложнения СРЛ, их профилактика и коррекция.</p> |  |
|--|--|

**6. Критерии оценивания результатов обучения**  
Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		практика по большинству практических задач	требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Некрасов Алексей Анатольевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии;

Карпухина Елена Владимировна к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии.

Дата « » 2023 г.