

Приложение к рабочей программе дисциплины

Владимирский филиал
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.36 Кардиология

г. Владимир

1. Настоящий фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Кардионеврология» по специальности 31.08.36 Кардиология является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Кардионеврология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в рабочей программе данной дисциплины.

2. **Общее количество тестовых заданий** по дисциплине представлено в таблице 1.

Таблица 1

Код компетенции	Наименование компетенции	Количество заданий
ПК-1	Способен проводить обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	7
ПК-2	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	9
ПК-3	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	9
ПК-4	Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	9
Всего		34

3. Тестовые задания с распределением по компетенциям и типам

3.1 Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)

Таблица 2

№ задания	Содержание задания	Варианты ответов	Правильный ответ	Код компетенции
Прочитайте текст, выберите один или несколько правильных ответов				
1	ЭМБОЛОГЕННЫЙ СУБСТРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ГЕМОЛИЗИРОВАННЫХ ЭРИТРОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	А Инфекционном эндокардите Б Пролапсе митрального клапана с миксоматозной дегенерацией В Дилатационной кардиомиопатии Г Сенильном аортальном стенозе	В	ПК-1
2	К МАРКЕРАМ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НЕ ОТНОСЯТ:	А Р – mitrale Б Нарушение внутрисердечного проведения В Повышенный уровень pro-BNP Г Легочную гипертензию	Г	ПК-2
3	У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ	А Через 3 недели Б Через 8 недель В Через 3 месяца Г Через 1 год	Б	ПК-3

	ИНСУЛЬТОМ, НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО:			
4	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОНМК У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НЕ ОТНОСИТСЯ:	А Артериальная гипертензия Б Сахарный диабет В Фибрилляция предсердий Г Пожилой возраст	Г	ПК-1
5	НАЗНАЧЕНИЕ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 2,5 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ, КАК МИНИМУМ, ДВУХ КРИТЕРИЕВ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ:	А Возраст ≥ 60 лет, масса тела ≤ 80 кг, креатинин сыворотки ≥ 133 мкмоль/л Б Возраст ≥ 80 лет, масса тела ≤ 80 кг, креатинин сыворотки ≥ 103 мкмоль/л В Возраст ≥ 80 лет, масса тела ≤ 60 кг, креатинин сыворотки ≥ 133 мкмоль/л Г Возраст ≥ 60 лет, масса тела ≤ 60 кг, креатинин сыворотки ≥ 103 мкмоль/л	В	ПК-4
6	ЭМБОЛОГЕННЫЙ СУБСТРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ТРОМБОЦИТАРНО- ФИБРИНОЗНЫЕ МАССЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:	А Ревматическом митральном стенозе Б Инфаркте миокарда В Миокардите Г Фибрилляции предсердий	А	ПК-1
7.	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА –	А Выше при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий Б Выше при персистирующей форме фибрилляции предсердий В Выше при постоянной форме фибрилляции предсердий Г Одинакова при всех формах фибрилляции предсердий	Г	ПК-2
8.	К ЭКГ МАРКЕРАМ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НЕ ОТНОСЯТ:	А АВ блокаду I ст Б Блокаду ПВЛНПГ В Блокаду ПНПГ Г Удлиненный интервал QT	В	ПК-3
9.	К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ НЕЙРОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НЕ ОТНОСЯТ:	А Гипокинез стенки левого желудочка, выходящий за пределы кровоснабжения одной артерии Б Желудочковые нарушения ритма В Ишемические изменения на ЭКГ Г Повышение уровня тропонинов	Б	ПК-4
10.	ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ	А Геморрагическом инсульте	А	ПК-3

	СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:	Б Ишемическом правополушарном инсульте		
		В Ишемическом левополушарном инсульте		
		Г Ишемическом инсульте мозжечка		
11.	ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ «НЕМОЙ» ИШЕМИИ МОГУТ БЫТЬ:	А. высокий порог болевой чувствительности	Г	ПК-2
		Б. повреждение рецепторов миокарда и афферентных путей (например, после инфаркта миокарда при возникновении ишемии в зоне рубцов)		
		В. наличие сопутствующих заболеваний, так как сахарный диабет, что может быть обусловлено периферической невропатией.		
		Г. все перечисленное верно		
12	ГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?	А. отсутствие зубца Р	А	ПК-4
		Б. укорочение интервала PQ		
		В. наличие преждевременных комплексов QRS		
		Г. Одинаковые интервалы R-R		
13	ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:	А начинать лечение с небольших доз препарата	Г	ПК-3
		Б медленно повышать дозировку		
		В следить за возможным появлением побочного действия		
		Г все верно		
14	БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:	А. ЭХО-КГ	Г	ПК-3
		Б. Компьютерная томография		
		В. Магнитно-резонансная томография		
		Г. Рентгенография грудной клетки		
15	ВЫБЕРИТЕ РИТМ СЕРДЦА, ТРЕБУЮЩИЙ НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА:	А суправентрикулярная тахикардия;	Г	ПК-4
		Б электромеханическая диссоциация;		
		В асистолия;		
		Г фибрилляция желудочков		
16	ВЫБЕРИТЕ РИТМЫ СЕРДЦА, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА:	А асистолия и электромеханическая диссоциация;	А	ПК-4
		Б асистолия и желудочковая тахикардия с широкими комплексами;		
		В фибрилляция желудочков и электромеханическая диссоциация;		

		Г фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия с широкими комплексами.		
17	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОДЫШКИ, УТОМЛЯЕМОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ ТОЛЬКО ПРИ НАГРУЗКЕ. ИМЕЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ СНИЖЕНА. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО СТРАЖЕСКО – ВАСИЛЕНКО:	А IIa стадия; Б I стадия; В IIb стадия; Г III стадия.	Б	ПК-2

3.2 Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)

Таблица 3

№ задания	Содержание задания	Правильный ответ	Код компетенции
Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ			
18	По результатам ЭКГ предположите вероятный кардиологический диагноз: ЭКГ – отсутствует зубец Р, интервал RR разный, патологический Q в отведениях III, aVF, ЭОС горизонтальная, косонисходящая депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V5, V6, переходящая в отрицательный асимметричный зубец T.	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, впервые выявленная фибрилляция предсердий, IIb, III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая, риск 4, целевое АД < 130/80 мм.рт.ст.	ПК-1
19	Укажите критерии диагностики нейрогенных кардиомиопатий (клиника Mayo)	1) нарушение моторной активности стенки левого желудочка, выходящие за пределы кровоснабжения одной артерии; 2) отсутствие обструкции соответствующей коронарной артерии; 3) нарушения на ЭКГ (транзиторный подъем сегмента ST или диффузные изменения зубца T), сопровождающиеся слабым повышением уровня тропонинов; 4) отсутствие доказанной феохромоцитомы или миокардита	ПК-2

20	<p>Обоснуйте поставленный диагноз</p> <p>Артериальная гипертензия, II стадия, 2 степень, риск ССО 4, нарушение ритма по типу длительно персистирующей фибрилляции предсердий. Сахарный диабет 2 типа, целевой НвА1С менее 7,0%.</p>	<p>Диагноз артериальной гипертензии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет, для поддержания нормальных показателей АД регулярно принимает 2 гипотензивных препарата); установление степени АГ основано на данных анамнеза и цифрах АД, измеренных ранее. Стадия АГ установлена на основании выявления гипертрофии левого желудочка при отсутствии осложнений со стороны органов мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета 2 типа.</p> <p>Наличие фибрилляции предсердий подтверждается анамнезом, при физикальном обследовании и по ЭКГ. Длительно-персистирующий вариант подтверждается тем, что имеется непрерывно текущая ФП в течение ≥ 1 года, в отношении которой решено подобрать стратегию контроля ритма (получает амиодарон)</p> <p>Диагноз сахарного диабета установлен на основании данных анамнеза (в течение года состоит на диспансерном учете в связи с данным заболеванием). Тяжесть диабета установлена на основании данных о коррекции гликемии с помощью диеты, при отсутствии осложнений.</p>	ПК-2
21	<p>Врач с помощью медицинской документации установил, что в течение года было выполнено 10 измерений МНО.</p> <p>Результаты составили 2,6; 2,3; 2,8; 3,4; 2,5; 4,0; 3,2; 2,7; 3,1; 2,2. Достаточно ли эффективна и безопасна текущая антитромботическая терапия в плане профилактики инсульта? Обоснуйте свой ответ.</p>	<p>4 из 10 результатов исследования МНО показали уровни за пределами «разрешенного окна» (МНО 2 – 3). Следовательно, у данного пациента только 60% значений МНО находятся в терапевтическом диапазоне. Профилактика инсульта с помощью антагонистов витамина К эффективна при достаточном времени пребывания МНО в терапевтическом диапазоне (например, >70%). Терапия не варфарином не достигла поставленной терапевтической цели.</p>	ПК-2
22	<p>Сформулируйте развернутый клинический диагноз ИБС.</p>	<p>ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочной области левого желудочка, Killip I, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения, вызванным тромбоэмболией в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом.</p>	ПК-3

		<p>Диагноз основного заболевания сформулирован на основании данных ЭКГ и особенностей клинического течения, диагноз осложнения – на внезапно появившейся у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда общемозговой и очаговой неврологической симптоматике</p>	
23	<p>Укажите наиболее вероятную причину острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда. Обоснуйте свой ответ.</p>	<p>Наиболее вероятной причиной острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда стала тромбоэмболия, развившаяся в результате остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка, ставшей источником внутрисердечной тромба - кардиоэмбола.</p>	ПК-4
24	<p>В случае подтверждения остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка какие другие осложнения могут развиваться у пациента?</p>	<p>Возникновение аневризмы значительно ухудшает течение инфаркта миокарда, т.к. наряду с тромбоэмболиями резко увеличивает вероятность развития таких осложнений, как желудочковые аритмии (вплоть до фибрилляции), сердечная недостаточность, тромбоэндокардит, разрыв и тампонада сердца.</p>	ПК-3
25	<p>Выберите и обоснуйте тактику ведения пациента с острым трансмуральным инфарктом миокарда переднесептальной области и передней стенки левого желудочка, Killip I (07.12.16), осложненным острым нарушением мозгового кровообращения, вызванным тромбоэмболией в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом</p>	<p>К лечению аспирином необходимо добавить антикоагулянты непрямого действия (варфарин) с целью профилактики повторного тромбообразования, продолжить терапию вышеуказанными средствами для разрешения инфаркта миокарда и назначить препараты, улучшающие мозговой кровоток, необходимые для эффективной церебропротекции</p>	ПК-2
26	<p>Обоснуйте поставленный диагноз: Миокардит подострого течения средней тяжести, декомпенсационно-аритмический вариант, митральная регургитация, ХСН IIб ст., III ФК.</p>	<p>Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, митральной регургитации и ослабления I тона на верхушке (аускультативно), кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) наличие «резервуаров инфекции» (хр.гайморит), неблагоприятного аллергического статуса и эозинофилии, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ).</p>	ПК-1

27	<p>Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз).</p> <p>Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости. При неэффективности терапии (сохранение Фракции выброса менее 35%) и при наличии продолжительности Интервала QRS более 130мсек необходимо решение вопроса о направлении больного на проведении кардиальной ресинхронизирующей терапии (РСТ).</p> <p>Для базисной противовоспалительной терапии используются глюкокортикоиды.</p> <p>Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперио); минимальных доз дигоксина (после детального обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ–мониторирования).</p>	ПК-3
28	<p>Через 3недели регулярной терапии ХСН Пб ст, ФКШ на фоне миокардита: глюкокортикоиды и комбинация рамиприла 5мг/сутки, метопролола сукцинат в дозе 100 мг/сутки, эплеренона 50 мг/сутки, торасемида 5мг /сутки явления ХСН значительно уменьшились: исчезли отёки ног и хрипы в лёгких, печень (при пальпации) – по краю рёберной дуги, активен (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). Купирован болевой синдром, экстрасистолы – единичные (по ЭКГ-монитору), АД колеблется в пределах 120-125/75мм рт.ст., ФВ = 49%,</p>	<p>Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), торасемид – только «по потребности», продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным соблюдение диеты, исключение фактора постоянного переохлаждения и уточнить его повседневную физическую активность. Целесообразна консультация ЛОР-врача и врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация инвазивного аритмолога (проведение РСТ) в настоящее время не показана</p>	ПК-4

	АЛАТ, АСАТ – нормализовались, калий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.		
29	Обоснуйте поставленный диагноз:: Рецидивирующий миокардит подострого течения лёгкой степени тяжести, малосимптомный вариант, митральная регургитация, ХСН I ст., II ФК.	Диагноз установлен на основании анамнеза (миокардит в 1999г.), признаков ХСН (слабость, одышка, тенденция к тахикардии, жёсткое дыхание в лёгких), наличии незначительной кардиомегалии, ослабления 1 тона на верхушке и митральной регургитации (аускультативно), редких кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) с сохранением субфебрилитета к вечеру, неблагоприятного аллергического статуса, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ)	ПК-1
30	Препараты каких групп для лечения ХСН I ст. II ФК на фоне рецидива миокардита Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС или глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, минимальных доз дигоксина (после обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ-мониторирования), перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юпериио).	ПК-2
31	Через 1 месяц регулярной терапии ХСН I ст, ФК II на фоне рецидива миокардита: (комбинация периндоприла 2,5мг/сутки, карведилола 3,125 два раза в сутки, эплеренона 25 мг/сутки) в сочетании с коротким курсом глюкокортикоидов явления ХСН уменьшились: в лёгких –	Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого рецидива миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз препаратов по уровню АД и ЧСС), продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больной исключение фактора постоянного переохлаждения на работе и уточнить её повседневную физическую активность. Целесообразна консультация врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ,	ПК-3

	<p>дыхание везикулярное, ЧСС 67уд. в мин., АД 120/80 мм рт.ст., исчезли кардиалгии, активна (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). По ЭКГ-монитору нарушений ритма не регистрируется. ФВ = 58%, АЛАТ, АСАТ – нормализовались, калий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</p>	<p>билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. Регулярное диспансерное наблюдение у врача-терапевта по месту жительства.</p>	
32	<p>Обоснуйте проставленный диагноз: Перикардит подострого течения средней тяжести, ХСН IIб ст., III ФК.</p>	<p>Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, резкого приглушения тонов сердца (аускультативно), за грудиных болей связанных с положением тела и дыханием, анамнестических указаний на перенесённый трахеобронхит затяжного течения (с самолечением), указаний в анамнезе на травму грудной клетки (при автокатастрофе), «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз, СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево).</p>	ПК-1
33	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента с диагнозом. Перикардит подострого течения средней тяжести, ХСН IIб ст., III ФК.</p>	<p>Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для выявления перикардального выпота и его объёма, определения фракции выброса и размеров полостей сердца, оценки диастолической функции), УЗ-исследование печени для оценки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина (сопутствующий миокардит?) ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови.</p> <p>Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения КТ органов грудной клетки и МРТ сердца, а также (в профильном отделении) - пункции миокарда (как с лечебной, так и с диагностической целью).</p>	ПК-4

34	<p>Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне перикардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии.</p>	<p>Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз).</p> <p>Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости.</p> <p>Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС, АБ - терапия, глюкокортикоиды.</p> <p>Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов и уточнения этиологического фактора) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юпериио), а также решения вопроса о проведении перикардиоцентеза (с учётом объёма и характера перикардального выпота)</p>	ПК-4
----	---	---	------

4.Ключи к оцениванию

Таблица 4

№ задания	Правильный ответ	Критерии
Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)		
1	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
2	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
3	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
4	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
5	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
6	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
7	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
8	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
9	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

10	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
11	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
12	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
13	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
14	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
15	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
16	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
17	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)		
18	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, впервые выявленная фибрилляция предсердий, Н Пб, III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая, риск 4, целевое АД < 130/80 мм.рт.ст.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
19	1) нарушение моторной активности стенки левого желудочка, выходящие за пределы кровоснабжения одной артерии; 2) отсутствие обструкции соответствующей коронарной артерии; 3) нарушения на ЭКГ (транзиторный подъем сегмента ST или диффузные изменения зубца T), сопровождающиеся слабым повышением уровня тропонинов; 4) отсутствие доказанной феохромоцитомы или миокардита	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
20	Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет, для поддержания нормальных показателей АД регулярно принимает 2 гипотензивных препарата); установление степени АГ основано на данных анамнеза и цифрах АД, измеренных ранее. Стадия АГ установлена на основании выявления гипертрофии левого желудочка при отсутствии осложнений со стороны органов мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета 2 типа. Наличие фибрилляции предсердий подтверждается анамнезом, при физикальном обследовании и по ЭКГ. Длительно-персистирующий вариант подтверждается тем,	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>что имеется непрерывно текущая ФП в течение ≥ 1 года, в отношении которой решено подобрать стратегию контроля ритма (получает амиодарон)</p> <p>Диагноз сахарного диабета установлен на основании данных анамнеза (в течение года состоит на диспансерном учете в связи с данным заболеванием). Тяжесть диабета установлена на основании данных о коррекции гликемии с помощью диеты, при отсутствии осложнений.</p>	
21	<p>4 из 10 результатов исследования МНО показали уровни за пределами «разрешенного окна» (МНО 2 – 3). Следовательно, у данного пациента только 60% значений МНО находятся в терапевтическом диапазоне.</p> <p>Профилактика инсульта с помощью антагонистов витамина К эффективна при достаточном времени пребывания МНО в терапевтическом диапазоне (например, >70%).</p> <p>Терапия не варфарином не достигла поставленной терапевтической цели.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
22	<p>ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочной области левого желудочка, Killip I, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения, вызванным тромбоэмболией в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом.</p> <p>Диагноз основного заболевания сформулирован на основании данных ЭКГ и особенностей клинического течения, диагноз осложнения – на внезапно появившейся у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда общемозговой и очаговой неврологической симптоматике</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
23	<p>Наиболее вероятной причиной острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с трансмуральным инфарктом миокарда стала тромбоэмболия, развившаяся в результате остро сформировавшейся аневризмы левого желудочка, ставшей источником внутрисполостного тромба - кардиоэмбола.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
24	<p>Возникновение аневризмы значительно ухудшает течение инфаркта миокарда, т.к. наряду с тромбоэмболиями резко увеличивает вероятность развития таких осложнений, как желудочковые аритмии (вплоть до фибрилляции), сердечная недостаточность, тромбоэндокардит, разрыв и тампонада сердца.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

25	К лечению аспирином необходимо добавить антикоагулянты непрямого действия (варфарин) с целью профилактики повторного тромбообразования, продолжить терапию вышеуказанными средствами для разрешения инфаркта миокарда и назначить препараты, улучшающие мозговой кровоток, необходимые для эффективной церебропротекции	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
26	Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, митральной регургитации и ослабления I тона на верхушке (аускультативно), кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) наличие «резервуаров инфекции» (хр.гайморит), неблагоприятного аллергического статуса и эозинофилии, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
27	Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости. При неэффективности терапии (сохранение Фракции выброса менее 35%) и при наличии продолжительности Интервала QRS более 130мсек необходимо решение вопроса о направлении больного на проведении кардиальной ресинхронизирующей терапии (РСТ). Для базисной противовоспалительной терапии используются глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперии); минимальных доз дигоксина (после детального обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ-мониторирования).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
28	Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз),	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>торасемид – только «по потребности», продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным соблюдение диеты, исключение фактора постоянного переохлаждения и уточнить его повседневную физическую активность. Целесообразна консультация ЛОР-врача и врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация инвазивного аритмолога (проведение РСТ) в настоящее время не показана</p>	
29	<p>Диагноз установлен на основании анамнеза (миокардит в 1999г.), признаков ХСН (слабость, одышка, тенденция к тахикардии, жёсткое дыхание в лёгких), наличии незначительной кардиомегалии, ослабления 1 тона на верхушке и митральной регургитации (аускультативно), редких кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) с сохранением субфебрилитета к вечеру, неблагоприятного аллергического статуса, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ)</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
30	<p>Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС или глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, минимальных доз дигоксина (после обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ–мониторирования), перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперио).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
31	<p>Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого рецидива миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз препаратов по уровню АД и</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	<p>ЧСС), продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больной исключение фактора постоянного переохлаждения на работе и уточнить её повседневную физическую активность. Целесообразна консультация врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. Регулярное диспансерное наблюдение у врача-терапевта по месту жительства.</p>	
32	<p>Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, резкого приглушения тонов сердца (аускультативно), за грудиной болей связанных с положением тела и дыханием, анамнестических указаний на перенесённый трахеобронхит затяжного течения (с самолечением), указаний в анамнезе на травму грудной клетки (при автокатастрофе), «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз, СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
33	<p>Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для выявления перикардального выпота и его объёма, определения фракции выброса и размеров полостей сердца, оценки диастолической функции), УЗ-исследование печени для оценки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина (сопутствующий миокардит?) ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови.</p> <p>Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения КТ органов грудной клетки и МРТ сердца, а также (в профильном отделении) - пункции миокарда (как с лечебной, так и с диагностической целью).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
34	<p>Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

<p>минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз).</p> <p>Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости.</p> <p>Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС, АБ - терапия, глюкокортикоиды.</p> <p>Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов и уточнения этиологического фактора) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперио), а также решения вопроса о проведении перикардиоцентеза (с учётом объёма и характера перикардального выпота)</p>	
--	--