

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
ПСИХОКАРДИОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.36 Кардиология

г. Владимир

1. Настоящий фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психокардиология» по специальности 31.08.36 Кардиология является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психокардиология». 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	8
ПК-2	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	10
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	10
ПК-4	Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	6
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	ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ССС ОКАЗЫВАЮТ	А Тревожные расстройства	Г	ПК-1
		Б Депрессивные расстройства		
		В Эндогенные психические расстройства		
		Г Верно все перечисленное		
2	НАЗНАЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ РАЗРЕШЕНО	А Врачам общей практики	В	ПК-2
		Б Врачам стационара		
		В Верно все перечисленное		
		Г Врачам первичного звена		
3	МАКСИМАЛЬНО ВЫРАЖЕННЫМ КАРДИОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ	А Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Б	ПК-3
		Б Трициклические антидепрессанты		
		В Атипичные нейролептики		
		Г Транквилизаторы		
4	САМЫМ ЧАСТЫМ	А Стенокардитический синдром	В	ПК-1

	ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ССС СО СТОРОНЫ ПСИХОФАРМАКОПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ	Б Артериальная гипертензия В Нарушения ритма и проводимости Г Развитие СН		
5	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПРИЕМЕ ПСИХОФАРМАКОПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ	А ЭХО-КГ Б МРТ головного мозга В ЭКГ Г КТ головного мозга	В	ПК-4
6	НАЗНАЧАТЬ И КОНТРОЛИРОВАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПРАВО ТОЛЬКО ПСИХИАТР ПРИ	А Тяжелой форме депрессии Б Сочетании тревожного и депрессивного расстройств В Сочетании психических и соматических расстройств Г Наличие побочных эффектов от психофармакотерапии	А,Г	ПК-1
7.	ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВРАЧОМ - КАРДИОЛОГОМ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ С ПОМОЩЬЮ	А Клинического метода Б Нейрофизиологического исследований В Психометрических методов Г Лабораторных исследований	В	ПК-2
8.	КУПИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИЙ СОСТАВЛЯЕТ	А 6-12 недель Б 2-3 недели В 4-8 недель Г 4-6 месяцев	А	ПК-3
9.	ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИЙ СОСТАВЛЯЕТ	А 6 месяцев Б 9 месяцев В Не менее года Г 12 недель	В	ПК-4
10.	ШКАЛЫ И ОПРОСНИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТНОСЯТСЯ К	А Верно все перечисленное Б Клиническим методам В Нейрофизиологическим методам Г Психометрическим методам	Г	ПК-1

3.2 Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)

Таблица 3

№ за да ния	Содержание задания	Правильный ответ	Код компетенции
Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ			
	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, учащенное сердцебиение, спит полусидя.		ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

<p>Отмечает подавленность, сниженное настроение, жалуется на чувство отсутствия интереса к жизни. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда, с того времени страдает стенокардией напряжения на уровне II ФК. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 в минуту АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - 6,8x10⁹/л, эритроциты - 4,6x10¹²/л, эозинофилы -1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.</p> <p>В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.</p> <p>ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.</p>		
11	Предположите наиболее вероятный диагноз.	ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН со сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК. Депрессивное расстройство.
12	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	Диагноз установлен на основании жалоб больного (на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость); анамнеза заболевания (51 года перенес инфаркт миокарда, страдает стенокардией напряжения на уровне II ФК); анамнеза жизни (отец умер от ССЗ); данных объективного осмотра (акроцианоз губ, частота дыхания - 20 в мин, при аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет, ЧСС 94 уд/мин); данных ЭХОКГ (конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта).

		<p>Стадия ПА, т.к. тахикардия и одышка выявляются в покое, морфологические и гемодинамические изменения левых отделов сердца, имеется застой в МКК.</p> <p>II ФК, т.к. имеется умеренное ограничение физической активности, в состоянии покоя жалоб нет, однако обычная физическая нагрузка приводит к усталости, тахикардии, одышке.</p> <p>Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, семейный анамнез, дислипидемия.</p>	
13	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	<p>Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, определение NT-proBNP с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.</p> <p>Оценка психического состояния по шкалам Гамильтона.</p> <p>Консультация психиатра после получения информированного согласия</p>	
14	<p>Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p> <p>Оценка по шкале депрессии Гамильтона составляет 14 баллов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут); - Рассмотреть вопрос о назначении АРНИ (Перевод данной категории больных на АРНИ в дозе 100 мг х 2 раза в день не ранее, чем через 36 часов после последней дозы иАПФ (АРА), с последующей титрацией дозы до оптимальной 200 мг х 2 раза в день) Валсартан + Сакубитрил - в-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС), - АМКР (эплеренон 50 мг) -подавление активации фибробластов и блокада развития периваскулярного/интерстициального фиброза: ↓ объемов сердца, уровня NT-proBNP, ↑ФВ, ↓ ФП - Диуретики- малые дозы торасемида (2,5–5 мг) - Антиагреганты - Статины - антидепрессанты 	
15	Антидепрессанты какой группы рекомендованы	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	

	пациенту с данной патологией		
<p>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Пациентка В., 67 лет, госпитализирована по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК. Постоянно принимает беталок зок (50 мг/сут), лозап плюс (50+12,5 мг/сут) аспирин (100 мг/сут), при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь. При поступлении выказывает чувство тревоги, страха смерти. Отмечает, что тревожное состояние сохраняется уже в течение нескольких месяцев.</p> <p>В анамнезе - в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 13,4 г/л, эритроциты - 3,8 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ -10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 71 мкмоль/л, ТнТ-0,2 нг/мл.</p> <p>На ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF.</p>			ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
16	Предположите наиболее вероятный диагноз	ИБС: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Класс I (по Killip). Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4 (очень высокого риска). Неконтролируемая АГ. Целевой уровень АД <130/80 мм рт.ст. Тревожное расстройство.	
17	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<p>Диагноз острого коронарного синдрома установлен на основании жалоб (затянувшийся приступ загрудинных болей, не купируемый нитроглицерином), анамнеза заболевания (страдает стенокардией напряжения 5 лет), ЭКГ-признаков (на ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF), маркеров некроза миокарда (ТнТ-0,2 нг/мл).</p> <p>Класс I (по Killip) т.к. симптомы и признаки сердечной недостаточности отсутствуют.</p> <p>Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень</p>	

		повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (190/110 мм рт.с.), риск 4, т.к. 3 степень повышения АД сочетается с ассоциированным клиническим состоянием (в данном случае ИБС).	
18	Определите уровень тревожного расстройства, если оценка по шкале тревоги Гамильтона составляет 20 баллов	Тревожное состояние	
19	Какие антиишемические препараты Вы порекомендуете в данной клинической ситуации. Обоснуйте свой выбор. Какие препараты для купирования тревоги Вы рекомендуете	<p>Антиишемические препараты:</p> <p>-нитраты (внутривенное введение с переходом на непарентеральное, обеспечивая при этом некоторый безнитратный интервал).</p> <p>-бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС</p> <p>-ингибиторы АПФ (рамприл, периндоприл) – под контролем АД.</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST</p> <p>Антидепрессанты или антидепрессанты в комбинации с анксиолитиками</p>	
20	Можно ли назначать психотерапию в остром периоде инфаркта миокарда и что будет являться критерием эффективности данной терапии	<p>Да, обязательно</p> <p>Критерием эффективности терапии является снижение суммарного балла по сравнению с данными предыдущего теста более, чем на 50%.</p>	
<p>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: На амбулаторный прием пришел пациент, мужчина, 69 лет. Пациент чувствует себя удовлетворительно. Однако в течение длительного периода времени у него имеются жалобы на утомляемость, периодически возникающие сердцебиения.</p> <p>Отмечает выраженную подавленность настроения, чувство неуверенности в себе, расстройства сна.</p> <p>В анамнезе имеется артериальная гипертензия; ее стаж около 10 лет. В последние годы, на фоне проводимого лечения, АД держится на уровне 130-135/75-80 мм рт, однако ранее оно достигало 160/95-100 мм рт ст. Чуть более года назад появились жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца; по результатам ЭКГ была выявлена фибрилляция предсердий. Пациент надеется на восстановление ритма, однако, несмотря на проводимую терапию, фибрилляция предсердий сохраняется. ИБС, инфарктов миокарда, ОНМК в</p>			<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</p>

<p>анамнезе нет.</p> <p>Также известно, что пациент около года страдает сахарным диабетом 2 типа, гликемию корригирует с помощью диеты. Состоит на диспансерном учете, посещал занятия «Школы диабета». При контрольном обследовании у эндокринолога неделю назад уровень гликированного гемоглобина составил 6,0%.</p> <p>Больной курит в течение 30 лет, одну пачку сигарет в день.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные,. ЧСС – 62-86 уд.в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>В биохимических анализах: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,3 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации 80 мл/мин. На снятой ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС - 60 -90 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Показатель риска инсульта по шкале CHA²DS²VASc составил 3 балла (СД, возраст 65 -74 года, гипертензия).</p> <p>Регулярно принимает лозартан в дозе 100 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, варфарин (текущая доза 5 мг, последнее измерение МНО 3 месяца назад (2,2)), аторвастатин 40 мг/сут. Нерегулярно (3-4 раза в неделю) принимает корвалол по 30 капель при усилении сердцебиений.</p>		
21	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>	<p>Артериальная гипертензия, II стадия , 2 степень, риск ССО 4, нарушение ритма по типу длительно персистирующей фибрилляции предсердий.</p> <p>Сахарный диабет 2 типа, целевой НВА1С менее 7,0%.</p> <p>Депрессивное расстройство</p>
22	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</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.</p> <p>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</p>

		<p>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>	
23	Эффективна ли проводимая гипотензивная терапия?	При наличии сахарного диабета целевые уровни АД должны быть менее 140/85 мм рт ст. У пациента данный целевой уровень был достигнут, что подтверждается результатами контроля АД дома (по анамнезу) и данными объективного обследования на визите.	
24	Оцените уровень депрессивного расстройства, если оценка по шкале депрессии Гамильтона составляет 23 балла. Каковы Ваши возможности в плане коррекции этого состояния?	Депрессия тяжелой степени. Лечение и купирование данного состояния вправе проводить только психиатр.	
25	Укажите примерные сроки проведения купирующей, стабилизирующей и противорецидивной терапии депрессивного расстройства	<p>Купирующая терапия – 6-12 недель</p> <p>Стабилизирующая терапия – 6-9 месяцев</p> <p>Противорецидивная терапия – не менее года</p>	
<p>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Пациент К., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 3 этаж и ходьбе до автобусной остановки (300 м). Отмечает подавленность, сниженное настроение, жалуется на чувство отсутствия интереса к жизни.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 10 лет, эпизодически принимал каптоприл. Курит в течение 25 лет. Работает библиотекарем. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 160/95 мм рт ст; в биохимическом анализе крови выявлена гиперлипидемия.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л.</p> <p>На ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии ЛЖ.</p>			ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
26	Предположите наиболее вероятный диагноз.	ИБС. Стенокардия II ФК. ХСН 0. Гипертоническая болезнь III стадия,	

		<p>степень 2, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевое АД $\leq 130/80$.</p> <p>Гиперлипидемия тип IIb.</p> <p>Депрессивное расстройство</p>	
27	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<p>Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное течение ИБС установлено исходя из давности появления симптомов (3 месяца) и отсутствия их прогрессирования в течение последнего месяца.</p> <p>Клинико-функциональный класс установлен исходя из указаний на переносимость физической нагрузки (боль появляется при ходьбе более, чем на 200 м и подъеме по лестнице более, чем на 1 пролет).</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (миокард). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний.</p> <p>Тип гиперлипидемии определен на основании лабораторного анализа липидного профиля пациента.</p>	
28	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	<p>Пациенту рекомендовано: проведение нагрузочной пробы с регистрацией ЭКГ (велозергометрия или тредмил-тест), с целью определения уровня толерантности к физической нагрузке, суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация кардиолога; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек; исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью определения возможности</p>	

		<p>назначения и контроля безопасности применения гиполипидемических препаратов (статины); исследование уровня глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина.</p> <p>Оценка по шкале депрессии Гамильтона</p>	
29	<p>Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (предпочтительно в защитной форме).</p> <p>Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.</p> <p>Антиишемические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - короткодействующие нитраты при приступе стенокардии - бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС - ингибиторы АПФ (рамприл, периндоприл) – под контролем АД. <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС.</p> <p>Антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина</p>	
30	<p>Укажите какой метод инструментального исследования требуется регулярно проводить, учитывая прием психофармакологического препарата. Какой показатель наиболее важен для диагностики побочных действий на ССС.</p>	<p>ЭКГ</p> <p>RQ и QT интервалы</p>	
<p>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернуты ответы на вопросы: Больной Н, 62 года, госпитализирован каретой скорой медицинской помощи (КСП) с жалобами на давящие боли в области сердца, сопровождающиеся ощущением удушья, чувством нехватки воздуха, выраженной слабостью, потливостью. В анамнезе более 10 лет гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, по поводу чего принимает эналаприл. Последний год при быстрой ходьбе отмечает появление одышки, чувство сдавления за грудиной, в связи с чем прекращал движение до устранения симптомов. Ухудшение состояния последние три дня в виде снижения переносимости нагрузок, общей слабости, повышения артериального давления в утреннее время до 160/90, сопровождающееся сдавлением за грудиной, в связи с чем дополнительно принимал капотен. В день поступления в 5 утра развился приступ интенсивной</p>			<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</p>

	<p>боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Самостоятельно принял капотен и валидол без существенного эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе вводили наркотические анальгетики, нитраты спрей. Пациент доставлен в приемное отделение ГKB через 15 минут. Ближайший сосудистый центр находится в 100 км от данного стационара.</p> <p>Пациент курит по 15 сигарет в день в течение 20 лет. Родители пациента умерли в пожилом возрасте от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,6°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 32,0 кг/м². Частота дыхания – 28 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 68 в мин., АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 на 2мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.</p>	
31	Предположите наиболее вероятный диагноз.	<p>ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.</p> <p>Осложнение: ОЛЖН (Killip 1).</p> <p>Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадия, неконтролируемая, риск 4. Целевое АД ≤130/80.</p>
32	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<p>Диагноз ИБС, острый коронарный синдром (ОКС) установлен на основании затянувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Вариант ОКС с подъемом сегмента ST установлен на основании данных ЭКГ, где в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 определяется элевация сегмента ST на 2 мм.</p> <p>ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон.</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка)</p>

		и наличия ассоциированного клинического состояния (АКС) – ИБС, ОКС. Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия АКС. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациента.	
33	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента	Пациенту рекомендовано: исследование маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонина Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение уровня гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов для оценки и контроля риска кровотечений, коагулограммы; исследование глюкозы крови для оценки и контроля углеводного обмена, креатинина и расчет СКФ для выбора дозировок ряда лекарств, а также оценки риска ишемических и геморрагических событий; определение сатурации кислорода для определения необходимости поддержки кислородом; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных осложнений (тромбоз полости, разрывы сердца, нарушение функции клапанов (в частности, митральная регургитация), ИМ правого желудочка, перикардит); коронароангиография (КАГ), которая необходима для решения вопроса о выполнении чрескожного вмешательства (ЧКВ) и обязательна как в рамках стратегии первичного ЧКВ, так и в рамках стратегии с фармакоинвазивным подходом.	
34	Какие группы препаратов должны были использованы в первые сутки нахождения пациента в стационаре	В качестве реперфузионной терапии в виду отсутствия возможности проведения ЧКВ в пределах 120 минут необходимо использовать тромболитическую терапию (ТЛТ) во время транспортировки – препарат выбора альтеплаза в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30	

		<p>мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч).</p> <p>В пределах суток после проведения ТЛТ необходимо рассмотреть вопрос возможности незамедлительного перевода пациента в учреждение, реализующее ЧКВ в круглосуточном режиме</p> <p>Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) - внутрь; у ранее регулярно не принимавших первая доза 250 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз/сут</p> <p>Блокаторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов - в дополнение к АСК до начала или во время ТЛТ для снижения суммарного риска ишемических событий - рекомендуется клопидогрел нагрузочная доза 300 мг, со второго дня ежедневная поддерживающая доза 75 мг в течение 12 месяцев.</p> <p>Антикоагулянты прямого действия – эноксапарин в/в болюсом в/в болюс 30 мг; через 15 мин п/к живота в дозе 1 мг/кг 2 раза/сут.</p> <p>Бета – блокаторы – антиишемическая терапия с положительным прогностическим эффектом.</p> <p>Наркотические анальгетики с целью купирования болевого синдрома у пациента с ОКС</p> <p>Петлевые диуретики – фуросемид 40-60 мг в/в струйно;</p> <p>Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью купирования болевого синдрома, снижения пред- и постнагрузки, устранения симптомов сердечной недостаточности – под контролем АД.</p> <p>Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – иАПФ или БРА2 для предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначение с первых суток с титрацией дозы по уровню АД</p> <p>Статины в высокой дозе (вне зависимости от исходного уровня холестерина) - для снижения суммарного риска ишемических событий. аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20-40 мг в сутки</p> <p>Основанием для выбора данных групп</p>	
--	--	---	--

		препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.	
--	--	---	--

4.Ключи к оцениванию

Таблица 4

№ задания	Правильный ответ	Критерии
Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)		
1	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
2	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
3	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
4	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
5	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
6	А,Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
7	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
8	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
9	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
10	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)		
11	ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН со сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК. Депрессивное расстройство.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
12	Диагноз установлен на основании жалоб больного (на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>утомляемость); анамнеза заболевания (51 года перенес инфаркт миокарда, страдает стенокардией напряжения на уровне II ФК); анамнеза жизни (отец умер от ССЗ); данных объективного осмотра (акроцианоз губ, частота дыхания - 20 в мин, при аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет, ЧСС 94 уд/мин); данных ЭХОКГ (конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта).</p> <p>Стадия ПА, т.к. тахикардия и одышка выявляются в покое, морфологические и гемодинамические изменения левых отделов сердца, имеется застой в МКК.</p> <p>II ФК, т.к. имеется умеренное ограничение физической активности, в состоянии покоя жалоб нет, однако обычная физическая нагрузка приводит к усталости, тахикардии, одышке.</p> <p>Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, семейный анамнез, дислипидемия.</p>	
13	<p>Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, определение NT-proBNP с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.</p> <p>Оценка психического состояния по шкалам Гамильтона.</p> <p>Консультация психиатра после получения информированного согласия</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
14	<p>- Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут);</p> <p>- Рассмотреть вопрос о назначении АРНИ (Перевод данной категории больных на АРНИ в дозе 100 мг х 2 раза в день не ранее, чем через 36 часов после последней дозы иАПФ (АРА), с последующей титрацией дозы до оптимальной 200 мг х 2 раза в день) Валсартан + Сакубитрил</p> <p>- в-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС),</p> <p>- АМКР (эплеренон 50 мг) -подавление активации фибробластов и блокада развития периваскулярного/интерстициального фиброза: ↓ объемов сердца, уровня NT-proBNP, ↑ФВ, ↓ ФП</p> <p>- Диуретики- малые дозы торасемида (2,5–5 мг)</p> <p>- Антиагреганты</p> <p>- Статины</p> <p>- антидепрессанты</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

15	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
16	ИБС: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Класс I (по Killip). Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4 (очень высокого риска). Неконтролируемая АГ. Целевой уровень АД <130/80 мм рт.ст. Тревожное расстройство.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
17	Диагноз острого коронарного синдрома установлен на основании жалоб (затянувшийся приступ загрудинных болей, не купируемый нитроглицерином), анамнеза заболевания (страдает стенокардией напряжения 5 лет), ЭКГ-признаков (на ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF), маркеров некроза миокарда (ТнТ-0,2 нг/мл). Класс I (по Killip) т.к. симптомы и признаки сердечной недостаточности отсутствуют. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (190/110 мм рт.с.), риск 4, т.к. 3 степень повышения АД сочетается с ассоциированным клиническим состоянием (в данном случае ИБС).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
18	Тревожное состояние	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
19	Антиишемические препараты: -нитраты (внутривенное введение с переходом на непарентеральное, обеспечивая при этом некоторый безнитратный интервал). -бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС -ингибиторы АПФ (рамприл, периндоприл) – под контролем АД. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST Антидепрессанты или антидепрессанты в комбинации с анксиолитиками	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
20	Да, обязательно Критерием эффективности терапии является снижение суммарного балла по сравнению с данными предыдущего теста более, чем на 50%.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
21	Артериальная гипертензия, II стадия, 2 степень, риск	1 б – полный правильный

	ССО 4, нарушение ритма по типу длительно персистирующей фибрилляции предсердий. Сахарный диабет 2 типа, целевой НвА1С менее 7,0%. Депрессивное расстройство	ответ 0 б – остальные случаи
22	<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.</p> <p>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>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
23	При наличии сахарного диабета целевые уровни АД должны быть менее 140/85 мм рт ст. У пациента данный целевой уровень был достигнут, что подтверждается результатами контроля АД дома (по анамнезу) и данными объективного обследования на визите.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
24	Депрессия тяжелой степени. Лечение и купирование данного состояния вправе проводить только психиатр.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
25	<p>Купирующая терапия – 6-12 недель</p> <p>Стабилизирующая терапия – 6-9 месяцев</p> <p>Противорецидивная терапия – не менее года</p>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
26	ИБС. Стенокардия II ФК. ХСН 0. Гипертоническая болезнь III стадия, степень 2, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевое АД $\leq 130/80$. Гиперлипидемия тип IIb. Депрессивное расстройство	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
27	Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное течение ИБС установлено исходя из давности появления симптомов (3 месяца) и отсутствия их прогрессирования в течение последнего	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>месяца.</p> <p>Клинико-функциональный класс установлен исходя из указаний на переносимость физической нагрузки (боль появляется при ходьбе более, чем на 200 м и подъеме по лестнице более, чем на 1 пролет).</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (миокард). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний.</p> <p>Тип гиперлипидемии определен на основании лабораторного анализа липидного профиля пациента.</p>	
28	<p>Пациенту рекомендовано: проведение нагрузочной пробы с регистрацией ЭКГ (велоэргометрия или тредмил-тест), с целью определения уровня толерантности к физической нагрузке, суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация кардиолога; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек; исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью определения возможности назначения и контроля безопасности применения гиполипидемических препаратов (статины); исследование уровня глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина.</p> <p>Оценка по шкале депрессии Гамильтона</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
29	<p>Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (предпочтительно в защитной форме).</p> <p>Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.</p> <p>Антиишемические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - короткодействующие нитраты при приступе стенокардии -бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС -ингибиторы АПФ (рампиприл, периндоприл) – под контролем АД. <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	<p>последние европейские рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС.</p> <p>Антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина</p>	
30	<p>ЭКГ</p> <p>RQ и QT интервалы</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
31	<p>ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.</p> <p>Осложнение: ОЛЖН (Killip 1).</p> <p>Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадия, неконтролируемая, риск 4. Целевое АД $\leq 130/80$.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
32	<p>Диагноз ИБС, острый коронарный синдром (ОКС) установлен на основании затянувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Вариант ОКС с подъемом сегмента ST установлен на основании данных ЭКГ, где в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 определяется элевация сегмента ST на 2 мм.</p> <p>ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон.</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и наличия ассоциированного клинического состояния (АКС) – ИБС, ОКС. Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия АКС. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациента.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
33	<p>Пациенту рекомендовано: исследование маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонина Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение уровня гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов для оценки и контроля риска кровотечений, коагулограммы; исследование глюкозы крови для оценки и контроля углеводного обмена, креатинина и расчет СКФ для выбора дозировок ряда лекарств, а также оценки риска ишемических и геморрагических событий; определение сатурации</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	<p>кислорода для определения необходимости поддержки кислородом; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных осложнений (тромбоз полости, разрывы сердца, нарушение функции клапанов (в частности, митральная регургитация), ИМ правого желудочка, перикардит); коронароангиография (КАГ), которая необходима для решения вопроса о выполнении чрескожного вмешательства (ЧКВ) и обязательна как в рамках стратегии первичного ЧКВ, так и в рамках стратегии с фармакоинвазивным подходом.</p>	
34	<p>В качестве реперфузионной терапии в виду отсутствия возможности проведения ЧКВ в пределах 120 минут необходимо использовать тромболитическую терапию (ТЛТ) во время транспортировки – препарат выбора альтеплаза в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч). В пределах суток после проведения ТЛТ необходимо рассмотреть вопрос возможности незамедлительного перевода пациента в учреждение, реализующее ЧКВ в круглосуточном режиме</p> <p>Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) - внутрь; у ранее регулярно не принимавших первая доза 250 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз/сут</p> <p>Блокаторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов - в дополнение к АСК до начала или во время ТЛТ для снижения суммарного риска ишемических событий - рекомендуется клопидогрел нагрузочная доза 300 мг, со второго дня ежедневная поддерживающая доза 75 мг в течение 12 месяцев.</p> <p>Антикоагулянты прямого действия – эноксапарин в/в болюсом в/в болюс 30 мг; через 15 мин п/к живота в дозе 1 мг/кг 2 раза/сут.</p> <p>Бета – блокаторы – антиишемическая терапия с положительным прогностическим эффектом.</p> <p>Наркотические анальгетики с целью купирования болевого синдрома у пациента с ОКС</p> <p>Петлевые диуретики – фуросемид 40-60 мг в/в струйно; Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью купирования болевого синдрома, снижения пред- и постнагрузки, устранения симптомов сердечной недостаточности – под контролем АД.</p> <p>Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – иАПФ или БРА2 для предотвращения</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

<p>дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначение с первых суток с титрацией дозы по уровню АД</p> <p>Статины в высокой дозе (вне зависимости от исходного уровня холестерина) - для снижения суммарного риска ишемических событий. аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20-40 мг в сутки</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.</p>	
---	--