

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

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 клинической практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по клинической практике является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики. 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 клинической практике 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	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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, ОПК-1, 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. Тема 1. Терапия плановой кардиологической патологии (стационар)	Кейс-задание
		Раздел 1. Тема 2. Терапия экстренной кардиологической патологии (стационар)	
		Раздел 1. Тема 3. Терапия сочетанной патологии внутренних болезней (стационар)	
		Раздел 1. Тема 4. Интенсивная терапия критических состояний (стационар)	
		Раздел 1. Тема 5. Работа участкового кардиолога (поликлиника)	
		Раздел 1. Тема 6. Консультативная, лечебно-диагностическая и профилактическая помощь при кардиологической патологии (диспансер)	

		Раздел 1. Тема 7. Работа в специализированных кабинетах (спецкабинеты)	
	Промежуточный	Все разделы и темы	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

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

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ОПК-1, 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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 48 лет, обратился к врачу с жалобами на появление одышки и слабости при незначительной физической нагрузке, ноющих длительных болей в области сердца, перебоев в работе сердца, отёков «лодыжек», непродуктивный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс ОРВИ 2 недели назад с небольшим подъёмом температуры, болями в горле при глотании. К врачам не обращался, лечился самостоятельно настоями трав, гомеопатическими средствами; продолжал работать. Не курит, алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме хронического гайморита) отрицает. Однако отмечает частые аллергические реакции на пищевые продукты (апельсины, мёд, шоколад). Работает прорабом на стройке.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 20 кг/м². Окружность талии – 78 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски, однако на коже предплечий имеется красноватая зудящая сыпь. Отмечается незначительный акроцианоз губ и ундуляция шейных вен (в положении лёжа). Поколачивание в проекции гайморовых пазух безболезненно. В легких дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. ЧДД 22 в мин. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены (1тон ослаблен), ритмичные. Тахикардия с ЧСС 110 ударов в мин., акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке сердца. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 3см. Селезенка не увеличена. Симптом</p>

		поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность нижних конечностей (голени). В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-79 ммоль/л., АСАТ-87 ммоль/л, СОЭ-31мм/час, эозинофилия.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	002
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление одышки и слабости при умеренной физической нагрузке, иногда - колющих болей в области верхушки сердца, потливости.</p> <p>Из анамнеза известно, что больная в юности перенесла миокардит (имеется подробный эпикриз). Появление указанных жалоб связывает с перенесённой «простудой», которая прошла без активного лечения. К врачу обратилась только через 2 недели. Был выставлен диагноз «Постинфекционная астения». Больная продолжала работать, хотя вечером отмечала незначительный субфебрилитет и указанные выше жалобы. Принимала самостоятельно настои трав, БАДы. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, какие-либо заболевания (кроме перенесённого миокардита) отрицает. Однако отмечает аллергические реакции на стиральные порошки.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 78 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД в покое 18 в мин. Границы сердца несколько расширены влево. Тоны сердца ясные, (1тон на верхушке ослаблен), ритмичные. ЧСС 76 ударов в мин., незначительный акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке сердца. АД – 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л.; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ - 72 ммоль/л., АСАТ-67 ммоль/л, СОЭ 28 мм/час, нейтрофилёз, эозинофилия.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	003
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 52года, обратился к врачу с жалобами на длительные загрудинные боли, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, а также - ночью («иногда приходилось садиться на кровати и боль утихала»), одышку и слабость при незначительной физической нагрузке, перебоев в работе сердца, отёков «лодыжек», непродуктивный кашель, вечерний субфебрилитет.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс трахеобронхит затяжного течения со стойким подъёмом температуры, упорным кашлем. К врачам не обращался, лечился самостоятельно аспирином и отхаркивающими травами; продолжал работать. Не курит, алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме травмы грудной клетки при автомобильной катастрофе 5 лет назад) отрицает. Работает фрезеровщиком на заводе.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Регистрируется незначительный акроцианоз губ и ундуляция шейных вен (в положении лёжа). При глубоком вдохе отмечает загрудинный дискомфорт. В легких дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные. Тахикардия с ЧСС 110 ударов в мин., акцент II тона над проекцией лёгочной артерии. АД – 115/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 4см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёки нижних конечностей (область г/с суставов).</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-82 ммоль/л., АСАТ-77 ммоль/л, СРБ значимо повышен, СОЭ-31мм/час, Le-цитоз и нейтрофилёз сыворотки крови.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	004
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 68лет, обратился к врачу с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на 150-200м., появление которых заставляет уменьшить темп ходьбы или иногда остановиться. Кроме того, отмечает небольшую одышку, редкие перебои в работе сердца, ухудшение памяти, иногда-головокружения.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс инфаркт миокарда в 2002г., а в 2014г. ему выполнена операция АКШ по поводу рефрактерной стенокардии и 3-х сосудистого поражения миокарда. После операции состояние было удовлетворительным, однако в последние 2 года стал отмечать вышеуказанные жалобы. При обращении 2 месяца назад к врачу и проведении дуплексного сканирования артерий нижних конечностей выявлен стеноз общей бедренной артерии справа 45% и слева 35%.</p> <p>Больной курил около 50 лет, последний год – не курит. Не работает (на пенсии). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме указанных выше) отрицает. Лекарственные препараты последние 2 года принимал нерегулярно, так как после операции «чувствовал себя хорошо».</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 80 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум на верхушке, акцент II тона над аортой и здесь же систолический «скребущий» шумок. В проекции каротидных артерий также выслушивается слабый систолический шумок (больше слева). АД – 165/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка 5не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет, но при пальпации отмечено ослабление пульсации на тибиальной артерии и a.dorsalis pedis (с двух сторон), стопы несколько холодны на ощупь, кожа не изменена.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 7,3 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; ХСЛПНП- 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-32 ммоль/л., АСАТ-47 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	005
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 58лет, обратился к врачу с жалобами на боли в грудной клетке справа при дыхании, умеренную одышку смешанного характера, кратковременное «потемнение в глазах», сердцебиение, повышение температуры до 38*, непродуктивный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает дилатационной кардиомипатией. Наблюдается у кардиолога, но лекарства принимает не всегда регулярно. От проведения РСТ и установки ИКВД отказался.</p> <p>Ухудшение в состоянии почувствовал около недели, когда дома упал и «чуть не потерял сознание», отметил холодный липкий пот, усиление одышки, а также ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, которая усиливалась при дыхании. К врачу не обратился – «думал пройдёт». Когда появилась температура, кашель (однократно заметил розовую мокроту), усилилась одышка и стали нарастать отёки ног «пошёл в поликлинику».</p> <p>Больной не курит. Не работает (инвалид 2 группы). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние больного ближе к тяжёлому. Цианотичен. Шейные вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Аускультативно в легких дыхание в правой половине грудной клетки ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах справа незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 26 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные с ЧСС 80 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум на верхушке и трикуспидальном клапане, акцент II тона над лёгочной артерией. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 5см выступает из-под края рёберной дуги, край плотный, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Признаков асцита не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Умеренно выражены отёки голеней.</p>

		В анализах: гемоглобин 150 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, ПТИ 110%, СОЭ 28 мм/час., холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, фибриноген 6,7г/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	006
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 190/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. Семейный анамнез: мама страдает АГ.</p> <p>При осмотре: 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 кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	007
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>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. 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 снаружи 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>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	008
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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.</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>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	009
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с

		<p>кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.</p> <p>Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились.</p> <p>Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 130/190 мм рт.ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голеней.</p> <p>Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):</p> 
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	010
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.</p> <p>Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъёмах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. После длительного</p>

		<p>перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день.</p> <p>Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС 64 уд.в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	011
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная К., 26 лет, поступила с жалобами на выраженную общую слабость, снижение аппетита, слабость в мышцах конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей, периодически повышения температуры до 38°C, одышку при ходьбе, сердцебиение, головные боли, головокружение.</p> <p>В анамнезе около 3 лет онемение в правой руке, периодически отмечались подъемы температуры до 37,5°C, постепенно появилась и усилилась общая слабость, снизился аппетит, появились онемение и зябкость пальцев, потеряла в весе 5 кг за полгода, последнее время повышение температуры до 38°C. Выставляли диагноз «остеохондроз шейного отдела позвоночника», по поводу чего принимала эпизодически кетонал. Пациентка не работает. Имеет двоих детей. Наследственность отягощена по ИБС, гипертонической болезни.</p> <p>При поступлении общее состояние средней тяжести, сознание ясное, питание снижено, астенична, кожа и видимые слизистые бледные, гипотермия пальцев кистей, лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены, молочные железы без изменений. Гипотрофия мышц конечностей. Частота дыхания 20 в мин. Перкуторно над</p>

		легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум над всей прекардиальной областью с эпицентром над аортой, шум над подключичными артериями, брюшным отделом аорты. Выявлено отсутствие пульса на правой лучевой артерии, выраженное ослабление пульса на левой лучевой артерии. ЧСС=88 уд/мин. Верхние конечности: АДd 50/40 мм рт ст. АДs 90/40 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	012
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной С, 59 лет, госпитализирован скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом за грудиной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в первичный сосудистый центр составила 1,5 часа.</p> <p>Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет отмечает повышение артериального давления с максимальными цифрами 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.</p>

		<p>При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м². Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	013
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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 боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Самостоятельно принял капотен и валидол без существенного</p>

		<p>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.</p> <p>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>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	014
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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).</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</p>

		<p>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. На ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии ЛЖ.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	015
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная С, 49 лет, госпитализирован каретой скорой медицинской помощи (КСП) с жалобами ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, головокружение, умеренную головную боль в затылочной области. В анамнезе около 5 лет гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, по поводу чего принимает эналаприл. Последний год при быстрой ходьбе отмечает появление одышки, учащенного сердцебиения, похудела на 10 кг, стала раздражительной, беспокойной, последний месяц участилось повышение АД до высоких цифр, что требовало дополнительного приема антигипертензивных препаратов (использовала капотен). Ухудшение состояния три часа назад на работе, когда после психоэмоционального стресса появилась головная боль, ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, при измерении АД выявлено его повышение до 200/110 мм рт ст. Принимала капотен, дана таблетка нитроглицерина под язык, вызвана КСП.</p> <p>Пациентка работает учителем в школе, курит 10 сигарет в день в течение 15 лет. Родители ее живы, у отца гипертоническая болезнь, у матери сахарный диабет, перенесла инфаркт миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к тяжелому, положение активное, температура тела 37,0°С, кожные покровы бледные, влажные. Небольшой экзофтальм с обеих сторон. Периферические</p>

		<p>лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Нормального питания, ИМТ – 22,0 кг/м². Частота дыхания – 30 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 – 100 в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 в мин., отклонение ЭОС влево, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с систолической перегрузкой. Нарушение процессов реполяризации левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	016
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>У больного 65 лет, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с ходьбой более 200 м, при подъеме по лестнице на 1 пролет. Боль иррадирует в левую руку, шею, длится 3-5 минут, проходит после приёма нитроглицерина через 1-2 мин или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в неделю, возникают при ходьбе менее 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет, сопровождаются ощущением нехватки воздуха. Дважды боли возникали и в покое. Приступы стали интенсивнее, за сутки больной принимает до 8-10 таблеток нитроглицерина. Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 8 лет (во время приема в поликлинике регистрировалось повышение АД до 170/90, но регулярной антигипертензивной терапии не получал, уровень АД не контролировал). 5 лет назад выявлен сахарный диабет, получает метформин 1000 мг 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 в течение 30 лет, последние 3 года не курит. Отец умер 10 лет назад от инсульта на фоне высокой гипертензии. Мать страдает стенокардией.</p> <p>При осмотре состояние больного удовлетворительное. Больной повышенного питания, вес 105 кг, рост 180 см. Кожные покровы обычной окраски. Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание</p>

		<p>везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет, ЧСС – 80 в мин. АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.</p> <p>В анализах 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. Тропонин Т 0,05 нг/л, тропонин I 0,25 нг/л, КФК-МВ 10 МЕ/л. Общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 4,0 ммоль/л, глюкоза – 8,0 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, общий билирубин – 15 мг/дл.</p> <p>ЭКГ. Ритм синусовый, регулярный. ЧСС – 78 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации в виде депрессии ST на 1,5 мм и отрицательных T в V4,5,6.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	017
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка N, 32 года, обратилась с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, которые участились в последнюю неделю, сопровождаются слабостью, головокружением, внезапно начинаются и самостоятельно проходят. Ранее за медицинской помощью по поводу кардиальной патологии не обращалась. Курит 5 – 10 сигарет / сут. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей.</p> <p>Беременность 12 недель. В легких хрипов не выслушивается. ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритм правильный, ЧСС – 152 в мин, АД – 100/60 мм.рт.ст. Отеков нет. На ЭКГ – тахикардия с ЧСС 150 в мин, комплекс QRS не расширен, зубец P следует сразу за комплексом QRS.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Н	-	018
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Н, 75 лет, обратился с жалобами на одышку при минимальных физических нагрузках, учащенное сердцебиение, отеки ног. Проживает в сельской местности, за медицинской помощью практически не обращался, АД не контролировал, злоупотреблял алкоголем. Ухудшение состояния отмечает в течение полугода, когда постепенно нарастала вышеописанная симптоматика. При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз лица, губ. Обращает внимание ритмичное покачивание головы. Яремные вены набухшие, сонные артерии усиленно пульсируют. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы в нижне - боковых отделах с обеих сторон. ЧД – 20 в мин. Границы сердца расширены влево, вверх и вправо. Тоны глухие, ритмичные. Диастолический шум над всеми точками аускультации. ЧСС – 120 в мин. АД – 100/40 мм.рт.ст. Живот безболезненный, печень + 3,0 из-под реберной дуги. Отеки голеней и стоп.</p> <p>На ЭКГ синусовая тахикардия, Р-mitrale, ПБПНПГ, гипертрофия левого желудочка, диффузные реполяризационные нарушения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	019
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н, 35 лет, инженер. Предъявляет жалобы на одышку при подъеме на 3 – й этаж, периодически перебои и боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой. Ранее за медицинской помощью не обращался. Вредные привычки отрицает.

		<p>Наследственность отягощена: отец внезапно умер от болезни сердца в возрасте 38 лет. При осмотре: нормостеник. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. При аускультации, в легких хрипов не выслушивается. ЧД – 17 в мин. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны приглушены. Систолический шум над всей поверхностью сердца. Ритм неправильный. ЧСС – 88 в мин., дефицита пульса нет. АД – 120/80 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.</p> <p>При обследовании: в стандартных клинических и биохимических анализах отклонений от нормы не выявлено.</p> <p>На ЭКГ – синусовый ритм. Частая желудочковая экстрасистолия по типу тригеминии. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Патологические зубцы Q в III и aVF.</p> <p>По ЭХОКГ – полость ЛЖ уменьшена, ФВ – 57%, пролапс митрального клапана, регургитация на митральном клапане I ст., толщина задней стенки ЛЖ – 24 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 28 мм, градиент давления в ВТЛЖ – 42 мм.рт.ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	020
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 45 лет, менеджер. В приемное отделение самостоятельно обратился с жалобами на приступообразные загрудинные боли, сжимающего характера на фоне физических (подъем на 3-4 этаж) или психоэмоциональных нагрузок. Боли длятся 10 – 15 мин., проходят самостоятельно. В течение суток отмечает 2 – 3 приступа, частота их не нарастает. Заболевшим себя считает около 3 – х недель. Ранее в анамнезе только ОРВИ. Курит 1 пачку / сут. в течение 20 лет. При осмотре: нормостеник. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. В легких хрипов не выслушивается. ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритм правильный. ЧСС – 68 в мин. АД – 125/85 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.</p>

		В общем анализе крови и мочи – без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,8 ммоль/л, общий ХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 3,2 ммоль/л, креатинин – 81 мкмоль/л На ЭКГ – синусовый, регулярный ритм. Нормальное положение ЭОС. Девиации ST и инверсии Т не выявляется. Маркеры некроза миокарда не повышены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	021
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина Н, 52 года, тренер фитнес – центра, обратился с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при интенсивных силовых нагрузках в тренажерном зале. Боли длятся около 5 мин, купируются самостоятельно. Заболевшим себя считает в течение 3 – х месяцев. Ранее за медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. При осмотре: гиперстеник. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. В легких хрипов не выслушивается, ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритм правильный, ЧСС – 62 в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет. В клинических анализах крови и мочи отклонений от нормы нет. В биохимическом анализе – глюкоза 5,4 ммоль/л, креатинин – 89 мкмоль/л, ХС – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л. Маркеры некроза миокарда не повышены. На ЭКГ – синусовый, регулярный ритм, ЭОС смещена влево, признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Н	-	022
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 30 лет, обратилась за консультацией к кардиологу, беспокоят высокие значения холестерина, выявленные при подготовке к ЭКО.</p> <p>Из семейного анамнеза известно, что отец пациентки перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет, несколько лет назад- операции стентирования КА и аорто- коронарное шунтирование, имеет высокие значения холестерина (цифр не знает)</p> <p>При осмотре: жалоб нет, состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определяется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 9,80 ммоль/л, ТГ – 1,13 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,51 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 7,65 ммоль/л, ХС ЛПОНП-0,70моль/л.</p> <p>ЭКГ – норма.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	023
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 47 лет, обратился за консультацией к кардиологу, имеет коронарный анамнез, принимает статины, беспокоит мышечная слабость, боли в мышцах (бедро, плечи)</p> <p>Из анамнеза: с 2012 года диагноз ИБС, 6 месяцев назад- инфаркт миокарда, стентирование ПНА, прошел программу реабилитации, приступил к труду, стенокардии нет; уровень ОХС до ИМ около 9 ммоль/л, после перенесенного ИМ начал принимать аторвастатин 40 мг/сут.</p> <p>При осмотре: жалобы на мышечную слабость в ногах при подъеме по лестнице, состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 15 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определяется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 8,34 ммоль/л, ТГ – 2,13 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 5,34 ммоль/л, общая КФК- 340 МЕ/л, Аст, Алт- норма</p> <p>ЭКГ – рубцовые изменения в области передней стенки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	024
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 67 лет, обратилась к кардиологу, с жалобами на одышку, возникающую при подъеме на второй этаж, ходьбе на расстояние около 500 метров, особенно при ускорении темпа ходьбы, пастозность стоп, голеней, повышенную утомляемость и долгое восстановление сил после нагрузок.</p> <p>Из анамнеза: в течение длительного времени (более 20 лет) страдает гипертонией, принимает 3-х компонентную схему лечения (амлодипин, индапамид, периндоприл), максимальные значения-</p>

		<p>170/100 мм рт ст, в настоящий период АД стабильно на уровне 135-140/80-90 мм рт ст</p> <p>При осмотре: Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, ЧД – 15 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 138/87 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Умеренная пастозность голеней и стоп</p> <p>ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, ЭХОКГ-увеличение полости ЛП, концентрическая ГЛЖ, Е/А 0,60, IVRT 45мс, ФВ 57%, умеренная легочная гипертензия (СрДЛА 40 мм рт ст)</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	025
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 66 лет, обратилась за консультацией к кардиологу, беспокоят одышка, слабость, перебои в работе сердца, эпизоды учащенного сердцебиения.</p> <p>Из анамнеза известно, что длительно страдает хронической ревматической болезнью сердца, сформировался порок- выраженная недостаточность МК, 15 лет назад выполнена хирургическая коррекция- протезирование МК механическим протезом. Длительно принимает варфарин, бета- блокаторы. Около 3-х месяцев назад был эпизод синкопального состояния, проявившийся после физического напряжения.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, небольшая бледность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, частая, периодически- бигеминическая экстрасистолия, ЧСС – 64 уд.в мин., АД – 135/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет.</p> <p>ЭКГ МТ– среднесуточная ЧСС 62 в минуту, циркадный индекс в</p>

		норме, 2450 политопных желудочковых экстрасистол, преимущественно днем, 7 эпизодов неустойчивой суправентрикулярной тахикардии, длительное время в течение суток наблюдается удлинение QT. Постоянно- удлинение PQ более 0,2сек, эпизоды АВ- блокады 2 степени 2 типа до 2.3 секунд в ночные и дневные часы (более 300), в дневные часы- эпизод АВ диссоциации с максимальной паузой между желудочковыми сокращениями до 3,1 сек.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	026
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 75 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 1 этаж и ходьбе до 100 метров. Также пациентка отмечает учащенное сердцебиение, периодически отмечает головокружения, шум в ушах. Участились головные боли.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациентка около 30-ти лет страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает ко-ренитек, уровень АД все эти годы был в диапазоне от 150/70 до 180/70. В детстве часто болела ангинами. Также пациентка страдает гонартрозом более 10 лет.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура -36,8 С. Кожные покровы чистые, небольшая бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ослаблен II тона над проекцией аорты, ослаблен I тон на верхушке сердца. выслушивается диастолический шум в точке Боткина-Эрба, ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 160/40 мм рт.ст. Определяется пульс Корригена. Усилена пульсация на сонных артериях. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех</p>

		<p>отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л, глюкоза крови -5,4 ммоль/л, креатинин -80 мкмоль/л.</p> <p>ЭКГ – поворот ЭОС влево, выявлены признаки гипертрофии ЛЖ, инверсия Т-зубца во I,II, V5,V6.</p> <p>Рентгенография грудной клетки - расширение левого желудочка и тени аорты, смещение верхушки сердца влево и вниз.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	027
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, неинтенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в спину, длительностью до нескольких дней, не купирующиеся приемом нитроглицерина, общую слабость, головокружение.</p> <p>Из анамнеза известно, больной длительно страдает артериальной гипертензией, АД повышается до 200/120 мм. рт. ст., периодически наблюдался у врача, но последнее посещения было 2,5 года назад. Самостоятельно принимал эналаприл 10мг ×2 раза и амлодипин 5мг×1раз. Боли за грудиной появились около 3 месяцев назад, вначале были менее интенсивными, самостоятельно ничего не принимал, потом присоединился сухой кашель. Около недели боли усилились, принимал нитроглицерин, но без эффекта. Больной курит до 1 пачки в день, принимает алкоголь.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, кожные покровы немного бледные, пастозность голеней, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный нитевидный. Поперечник сосудистого пучка у больного равен 14 см. Умеренно увеличена левая граница относительной тупости сердца. При осмотре заметна пульсация грудной клетки справа от грудины</p>

		<p>во II - III межреберье , АД -180/80 мм.рт.ст. PS -70 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <p>1. ОАК: Hb – 138 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 10 мм/ч; лейкоц. – $8,0 \times 10^9$/л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%.</p> <p>2. ОАМ: отн. плотность - 1027, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-2, эпителий – 3-4 в п. зр.</p> <p>3. Глюкоза крови - 4,0 ммоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 7,8ммоль/л, ТГ- 2,6 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ – выявлены признаки гипертрофии ЛЖ, отклонение ЭОС влево.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	028
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 51 года экстренно госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб, выраженную потливость, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 7 кг за последние 2 месяца. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем и курит по 1 пачке в день.</p> <p>Около 2 месяцев назад лечился у стоматолога - экстракция зуба. Через 10 дней после чего появились температура до $37,6^{\circ}\text{C}$ и повышенная потливость. К врачу не обращался, три недели лечился «народными средствами», на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, усилилась потливость, боли в мышцах и суставах.</p> <p>Обратился в поликлинику по месту жительства. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9/л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранились повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 3 дня после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с</p>

		<p>ознобом, одышку, резкую слабость. Вызвал врача на дом. Рекомендована госпитализация.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, вынужденное положение - ортопноэ. Температура тела - 39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонных поверхностях - геморрагические пятна d=3 мм, безболезненные. Периферические лимфоузлы не увеличены.</p> <p>При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы над 1/3 обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в V точке - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих лучевых артериях. ЧСС - 110 в минуту. АД - 125/60 мм рт. ст. Видимая пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Отеков нет.</p> <p>В анализах: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9/л, нейтрофилы: палочки - 8%, сегменты - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%, тромбоциты - 155×10^{12}/л, СОЭ - 38 мм/ч.; общий билирубин - 44 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, РФ +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.</p> <p>ЭХОКГ: ФВ = 41%, толщина ЗС ЛЖ и МЖП = 10 мм. Расширение полости ЛЖ: КДР ЛЖ = 58 мм, размер ЛП = 55 мм. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 10×8 мм. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	029
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

Ф	А/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 63 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения 3 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013г., 2014г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. ХСН II Б, 3 ФК».</p> <p>Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней.</p> <p>ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка.</p> <p>ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%).</p> <p>Биохимия крови: АСАТ – 45 Ед/л, АЛАТ – 39 Ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К+ – 4,0 ммоль/л.</p> <p>На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день. Больной госпитализирован.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	030
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	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 абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные боли при ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением одышки, слабости и тревоги.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ (около 10 лет), курит (20лет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к терапевту 2 года назад было зарегистрировано АД 160/95; в биохимическом анализе крови - гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает сахарным диабетом, ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на верхушке сердца, аорте и каротидной артерии справа. ЧСС – 84 уд.в мин., АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков не регистрируется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 61,8 мл/мин., АЛАТ – 32 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

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

5.1.1 Тестовые задания по клинической практике для оценки компетенций УК-1, ОПК-1, 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

Тестовые задания с вариантами ответов	
1.	К КАТЕГОРИИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ: А. Переживший два СС события в течение 2 лет Б. Перенесший повторный ИМ В. При сочетании ИБС и уровня ОХС более 8 ммоль/л Г. При сочетании ИБС, СД и курения
2.	К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ:

<p>А. бляшка >50% при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >50%</p> <p>Б. бляшка >45% при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >45%</p> <p>В. бляшка >40 % при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >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 >20 лет</p> <p>Б. СД1 типа длительностью >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 ПЕРЕНΟΣИМОСТИ:</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 НЕПЕРЕНΟΣИМОСТИ 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 <3 × 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 < 4 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 ХСНЧЛПВП 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 ЛНП 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 ЛНП 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) аспирин</p> <p>г) моксондин</p>
<p>17. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДАЮТ ХОРОШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРОМЕ:</p>

<p>а) аспирин б) гепарин в) блокаторов кальциевых каналов г) β-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 б) имеют лучший долгосрочный прогноз через 3 года в) составляют большинство с острыми инфарктами миокарда г) у них чаще развивается окклюзия коронарной артерии</p>
<p>19. САМЫМ КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Тропонин Т б) КФК МВ в) Миоглобин г) АСТ</p>
<p>20. В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ «ПОДЪЕМ ST» ПРИ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА?</p> <p>а) III, aVF, II; б) V₁-V₃; в) I, II AVL; г) V₄-V₅.</p>
<p>21. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:</p> <p>а) передне-перегородочной локализации, 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:</p> <p>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:</p> <p>а) неселективные бета-адреноблокаторы; б) сартаны, в) нифедипин; г) амлодипин, плендил;</p>
<p>24. ПОКАЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>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</p> <p>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</p>

г) увеличения АЧТВ в 2 раза
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
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
28. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКС а) 10 мг б) 20 мг в) 40 мг г) 80 мг
29. СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРВОГО ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ: 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) 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) 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). г) клиника инфаркта миокарда и изменения на ЭКГ
30. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ А. Кардиогенный шок Б. Острая левожелудочковая недостаточность В. Острая аневризма левого желудочка Г. Нарушения сердечного ритма и проводимости
31. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ У А. 20 – 30% больных Б. 40 – 50% больных В. 60 – 70% больных Г. 80 – 90% больных
32. ПОЗДНИЕ РАЗРЫВЫ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЮТСЯ А. после 24 часов

<p>Б. после 72 часов В. после 5 суток 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 Б. Мобильный свободный участок В. Выраженная протрузия тромба Г. Однородность структуры тромба</p>
<p>34. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМ</p> <p>А. Казем – Бека Б. Ризваша В. Вернгейма Г. Криглера – Найяра</p>
<p>35. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА</p> <p>А. СИ < 1,8 л/мин/м² Б. СИ < 1,2 л/мин/м² В. КДД ЛЖ > 10 мм.рт.ст. Г. КДД ЛЖ > 12 мм.рт.ст.</p>
<p>36. НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ДОПАМИНА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А. 1 мкг/кг/мин Б. 3 мкг/кг/мин 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 <6 ммоль/л Б. Уровне калия в крови <5 ммоль/л В. Уровне калия в крови <4 ммоль/л Г. Уровне калия в крови <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 ЦЕЛЮ 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 Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге, интенсивной физической нагрузке В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе 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 Б. нетипичная клиника стенокардии, возникающая при физической нагрузке, прием нитропрепаратов не приносит облегчения, отсутствуют изменения на ЭКГ В. микроваскулярная форма ИБС, для которой не характерно атеросклеротическое поражение коронарных артерий Г. вариант безболевой ишемии миокарда</p>
<p>47. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. Дигидропиридиновые антагонисты кальция Б. Недигидропиридиновые антагонисты кальция В. Селективные бета-адреноблокаторы Г. Статины</p>
<p>48. ДЛЯ X-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:</p> <p>А. Отсутствие атеросклеротического поражения коронарных сосудов по данным СКГ Б. Микрососудистая дисфункция интрамиокардиальных отделов коронарных артерий В. У данной категории пациентов возможно выявление ишемии миокарда во время выполнения стресс-теста 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 кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина, метаболические препараты (АТФ, неон, рибоксин, кокарбоксилаза), антиоксиданты (лизивит - С и др.)</p>
<p>52. К ПРОЛОНГИРОВАННЫМ НИТРАТАМ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А. Нифедипин</p> <p>Б. Нитроминт</p> <p>В. Эфокс-лонг</p> <p>Г. Нитрокор</p>
<p>53. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА СЛУЖИТ</p> <p>А. когда-либо перенесенный геморрагический инсульт</p> <p>Б. ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев</p> <p>В. транзиторная ишемическая атака в течение последних 3 месяцев</p> <p>Г. инсульт неизвестного характера в анамнезе</p>
<p>54. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТЭЛА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>А. варфарин</p> <p>Б. дабигатран</p> <p>В. ривароксабан</p> <p>Г. апиксабан</p>
<p>55. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО Д-ДИМЕР ТЕСТА</p> <p>А. подтверждает диагноз ТЭЛА</p> <p>Б. исключает диагноз ТЭЛА</p> <p>В. не имеет диагностического значения</p>
<p>56. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ</p> <p>А. ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей</p> <p>Б. эхокардиографическое исследование</p>

<p>В. высокочувствительный Д-димер тест</p> <p>Г. тропониновый тест</p>
<p>57. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТЭЛА СЛУЖАТ ВСЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ:</p> <p>А. снижение фракции выброса правого желудочка</p> <p>Б. диастолический размер правого желудочка более 30 мм</p> <p>В. соотношение размеров правого и левого желудочков более 1</p> <p>Г. систолическое сглаживание межжелудочковой перегородки</p>
<p>58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. аортит сифилитического, гигантоклеточного, микотического характера;</p> <p>Б. аутоиммунные заболевания (неспецифический аортоартериит);</p> <p>В. атеросклероз;</p> <p>Г. врожденные системные заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса — Данлоса)</p>
<p>59. ВОЗМОЖНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ НЕМЕДЛЕННО РАССМАТРИВАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С :</p> <p>А. болями в животе и / или в пояснице,</p> <p>Б. пульсирующим образованием в брюшной полости</p> <p>В. гипотензией</p> <p>Г. со всеми тремя признаками</p>
<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</p> <p>Б. диаметре более 5,0 см у женщин и более 4,0 см у мужчин</p> <p>В. диаметре более 4,0 см у женщин и более 5,0 см у мужчин</p> <p>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</p> <p>Б. рекомендуется у пациентов с высоким риском сердечно-легочных осложнений</p> <p>В. увеличивает продолжительность пребывания в стационаре по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами</p> <p>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 (> 1 мес)</p> <p>Б. Стенокардия I-II КФК</p> <p>В. Острый коронарный синдром</p> <p>Г. Хроническая сердечная недостаточность 2 ФК</p>
<p>63. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОРАЖАЮТСЯ СОСУДЫ СРЕДНЕГО КАЛИБРА, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. узелковый полиартериит,</p> <p>Б. гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона),</p> <p>В. гранулематоз с полиангиитом,</p> <p>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</p> <p>Б. цилостазол</p>

<p>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>
<p>67. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ (БОЛЕЗНИ ХОРТОНА) НЕ ПОРАЖАЕТСЯ:</p> <p>А. Затылочная артерия Б. Аорта В. Верхнечелюстная артерия Г. Почечная артерия</p>
<p>68. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:</p> <p>а) кратковременные эпизоды потери сознания б) нарушения сердечного ритма и проводимости в) наличие периферических отеков г) боль в теменной и затылочной областях</p>
<p>69. ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <p>а) стеноза почечной артерии, тромбоза почечной артерии б) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии в) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии г) правильно все</p>
<p>70. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРАНАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР:</p> <p>а) изолированного диастолического б) с асимметрией на верхних и нижних конечностях в) кризового г) изолированного систолического</p>
<p>71. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ПРИМЕНЯЮТСЯ:</p> <p>а) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента б) тиазидные диуретики в) антагонисты кальция г) все перечисленное</p>
<p>72. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?</p> <p>а) снижение удельного веса б) лейкоцитурия в) микрогематурия г) повышение удельного веса</p>
<p>73. ПРИ АГ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:</p> <p>а) ретропневмоперитонеум</p>

<p>б) обзорный снимок брюшной полости в) компьютерная томография г) мр-томография</p>
<p>74. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ:</p> <p>а) патология почек б) поражение почечных артерий в) феохромоцитома г) все перечисленное</p>
<p>75. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <p>а) ишемии внутренних органов ниже места сужения б) тромбоза вен нижних конечностей в) недостаточности мозгового кровообращения г) присоединения атеросклероза магистральных артерий</p>
<p>76. БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, ВСЕ КРОМЕ:</p> <p>а) верапамил, б) нифедипин, в) кордипин, г) атенолол</p>
<p>77. К ИАПФ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а) моксонидин б) метопролол в) эналаприл г) ариффон</p>
<p>78. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ:</p> <p>а) антагонистов кальция б) неселективных β-блокаторов в) иАПФ г) препаратов центрального действия</p>
<p>79. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ?</p> <p>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.</p>
<p>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:</p> <p>а) острое нарушение мозгового кровообращения, б) острая сердечная недостаточность, в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты</p>
<p>81. ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ К ТЕРАПЕВТУ ПО ПОВОДУ ВНЕЗАПНЫХ ПОДЪЕМОВ АД ДО 200/110ММ.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?</p> <p>а) феохромоцитома б) гипернефроидный рак</p>

<p>в) гипертонический криз г) первичный альдостеронизм</p>
<p>82. КАКУЮ ГРУППУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ:</p> <p>а) ингибиторы АПФ б) бета-адреноблокаторы в) альфа-адреноблокаторы г) калийсберегающие диуретики</p>
<p>83. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ?</p> <p>А. Верошпирон Б. Бисопролол В. Изосорбида динитрат Г. Аторвастатин</p>
<p>84. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?</p> <p>А. Тромбоэмболический синдром Б. Гипертонический криз В. Инфаркт миокарда Г. ХСН</p>
<p>85. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КВАДРИГЕМЕНИИ?</p> <p>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>86. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ?</p> <p>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 P-Q</p>
<p>87. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ?</p> <p>А. периодичность выпадения сердечного сокращения Б. стабильное удлинение интервала P-Q В. наличие периода Самойлова-Венкебаха Г. постепенное увеличение интервала P-Q</p>
<p>88. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ I)?</p> <p>А. стабильное удлинение интервала P-Q; Б. постепенное увеличение интервала P-Q с последующим выпадением сердечного комплекса; В. увеличение продолжительности зубца Р Г. периодичность выпадения сердечного сокращения</p>
<p>89. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ БЛОКАДЫ?</p> <p>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?</p> <p>А. отсутствие зубцов Р</p> <p>Б. наличия множественных беспорядочных, различных по величине, форме и продолжительности предсердных волн мерцания f</p> <p>В. интервалы R-R одинаковые</p> <p>Г. интервалы R-R различные</p>
<p>91. КОГДА ОБЫЧНО <u>НЕ</u> ТРЕБУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ?</p> <p>А. при желудочковой тахикардии</p> <p>Б. при желудочковой экстрасистолии</p> <p>В. при наджелудочковой тахикардии</p> <p>Г. при предсердной экстрасистолии</p>
<p>92. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?</p> <p>А. отсутствие зубца Р</p> <p>Б. укорочение интервала PQ</p> <p>В. наличие преждевременных комплексов QRS</p> <p>Г. Одинаковые интервалы R-R</p>
<p>93. ЭКТОПИЧЕСКИМ РИТМОМ НАЗЫВАЮТ РИТМ С ЧАСТОТОЙ</p> <p>А. менее 60 ударов в минуту</p> <p>Б. менее 90 ударов в минуту</p> <p>В. более 100 ударов в минуту</p> <p>Г. более 120 ударов в минуту</p>
<p>94. ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НЕ ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. блокада пучка Гиса</p> <p>Б. сино-аурикулярная блокада II-III степени</p> <p>В. синдром тахи-бради аритмии</p> <p>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</p> <p>Б. Высокий положительный зубец Т в отведениях V1-2</p> <p>В. патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях V5-6</p> <p>Г. прогрессирующее уменьшение амплитуды зубца R от V1 к V6</p>
<p>96. ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. измененная форма QRS</p> <p>Б. полная компенсаторная пауза</p> <p>В. неполная компенсаторная пауза</p> <p>Г. локализация в отведениях V1-6</p>
<p>97. КОМПЕНСАТОРНОЙ ПАУЗОЙ НАЗЫВАЮТ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ</p> <p>А. экстрасистолой и последующим нормальным сокращением</p> <p>Б. нормальным сокращением и последующей экстрасистолой</p> <p>В. двумя экстрасистолами</p> <p>Г. группой экстрасистол и нормальным сокращением</p>
<p>98. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭХО-КГ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА, ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:</p> <p>А площадь отверстия</p> <p>Б средний градиент давления</p> <p>В площадь регургитации</p> <p>Г фракция выброса</p>

<p>99. КЛИНИКА МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ</p> <p>А менее 4 см²; Б менее 3 см²; В менее 2,5 см²; Г менее 1 см²</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</p> <p>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</p> <p>А отклонение эос вправо, r-mitrale, увеличение амплитуды r в v1,2 и s в v5,6 Б вертикальное положение эос, r-mitrale, увеличение амплитуды r в v5,6 и s в v1,2 В горизонтальное положение эос, r-mitrale, увеличение амплитуды r в v1,2 и s в v5,6 Г отклонение эос вправо, увеличение амплитуды r в v5,6 и s в v1,2</p>
<p>103. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ</p> <p>А площадь митрального отверстия менее 3 см² Б площадь митрального отверстия менее 1,5 см² В площадь митрального отверстия менее 2 см² Г Митральная регургитация I ст.</p>
<p>104. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>А митральная регургитация II ст Б площадь митрального отверстия менее 3 см² В выраженная дисфункция левого желудочка и застойная сердечная недостаточность Г выраженная дилатация левого желудочка</p>
<p>105. ХАРАКТЕРНЫЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ШУМЫ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>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</p> <p>А увеличение амплитуды зубцов r в v1,2, s в v5,6 Б увеличение амплитуды зубцов r в v5,6, s в v1,2 В высокий остроконечный зубец r 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</p>

<p>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</p> <p>А ослабление 2 т над аортой, систолический шум в точке Боткина, систолическое дрожание на аорте Б ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке В ослабление 1 и 2 тонов, диастолический шум в точке Боткина 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 Б типичные приступы стенокардии В приступы сердечной астмы Г высокое пульсовое давление.</p>
<p>110. БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>А атеросклерозом коронарных артерий Б относительной коронарной недостаточностью В тромбозом коронарных артерий</p>
<p>111. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ</p> <p>А признаки ишемии Б вертикальное положение эос В р-пульмонале 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 Б варфарин В ривараксабан Г фраксипарин</p>

<p>113. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) аденовирусы б) вирус Коксаки в) парвовирус В19 г) всё перечисленное</p>
<p>114. ОСОБЕННОСТЬЮ ДИФТЕРИЙНОГО МИОКАРДИТА СЧИТАЮТ</p> <p>а) нарушения проводимости б) быстрое развитие ХСН в) наличие панкардита г) инфаркто-подобные изменения на ЭКГ</p>
<p>115. К НЕБЛАГОПРИЯТНОМУ ФОНУ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ</p> <p>а) наличие резервуаров инфекции б) аллергический фон в) воздействие токсических веществ г) всё перечисленное</p>

116.К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ИНФЕКЦИИ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ МИОКАРДИТ ОТНОСЯТ а) ожирение б) синдром нарушения питания (мальнутриция) в) наличие АГ г) всё перечисленное
117. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ а) декомпенсационный б) малосимптомный в) аритмический г) всё перечисленное
118. ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД МИОКАРДИТА В СРЕДНЕМ ДЛИТСЯ а) один день б) один месяц в) 1-2 недели г) 6 месяцев
119. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЕТ а) ночные поты б) кровохарканье в) одышку г) повышение АД
120. МИОКАРДИТ ВЫЗВАННЫЙ ПАРВОВИРУСОМ В19 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) быстрым переходом процесса на перикард б) поражением эндотелия коронарных сосудов в) появлением ритма галопа г) высокой лихорадкой
121. ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ МИОКАРДИТЕ С РАЗВИТИЕМ ОЛЖН К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ а) гептрал б) моксонидин в) левосимендан г) сальбутамол
122. ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА ПРИ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ ВКЛЮЧАЕТ а) преднизолон б) азатиоприн в) циклоспорин г) всё перечисленное
123.ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИКАРДИТ а) неопластический б) постинфарктный в) туберкулёзный г) постперикардиотомный
124.БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ СВЯЗАН а) с наличием повышенной температуры б) с уровнем АД в) с положением тела г) со всем перечисленным
125. КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) горизонтальный подъём сегмента ST б) наличие желудочковой экстрасистолии

<p>в) возникновение полной поперечной блокады г) появление синдрома удлинённого QT</p>
<p>126. УМЕРЕННЫМ ВЫПОТОМ (ЭХО-НЕГАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО В ЗАДНЕЙ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ БОРОЗДЕ) ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) выпот до 10 мм б) выпот 10-20 мм в) выпот более 20 мм г) выпот более 30 мм</p>
<p>127. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ</p> <p>а) НПВС б) колхицин в) глюкокортикоиды г) всё перечисленное</p>
<p>128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. грамм-отрицательная микрофлора; б. грибы; в. хламидии, риккетсии. г. грамм-положительная микрофлора;.</p>
<p>129. САМЫМ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. повышение t; б. геморрагический синдром; в. кардиомегалия; г. признаки порока сердца.</p>
<p>130. ПРИ ЭХО-КГ ДОСТОВЕРНОЙ СЧИТАЕТСЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАЦИЙ;:</p> <p>а. более 1 мм; б. более 5мм; в. более 2 мм; г. более 3 мм.</p>
<p>131. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. ЭхоКГ-признаки абсцесса миокарда; б. ремиттирующая лихорадка; в. новый шум регургитации; г. тромбоз эмболический инсульт головного мозга.</p>
<p>132. К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. субфебрилитет; б. острофазовые маркеры воспаления; в. сосудистые феномены; г. наличие нового шума регургитации при аускультации.</p>
<p>133. ВЫСОКИЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЭ СВЯЗАН С НАЛИЧИЕМ:</p> <p>а. вегетаций с высокой плотностью; б. стрептококковой этиологии болезни; в. быстрой деструкции клапана; г. больших вегетаций размером более 10 мм.</p>
<p>134. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p>

<p>а. частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбоэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности;</p> <p>б. поражение митрального клапана с формированием диастолического шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем;</p> <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 тромбоэмболическим 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 тромбоэмболии;</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>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 Na⁺ 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;

<p>в. стенозе аортального отверстия; г. недостаточности аортального клапана</p>
<p>158. ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А – метаболизм не изменяется Б – усиление всасывания В – замедление выведения Г – ничего из вышеперечисленного</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>162. В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – высока вероятность сочетанной патологии Б – частый отказ от лечения В – невозможность применения фиксированных комбинаций Г – высокая комплаентность</p>
<p>163. ФАРМАКОКИНЕТИКА ДИУРЕТИКОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – не изменяется с возрастом Б – увеличение периода полувыведения В – усиление выведения Г – нет правильного ответа</p>
<p>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</p>
<p>165. ОСОБЕННОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ: А – лекарственные средства выводятся в неизменном виде Б – боль при глотании В – частое возникновение побочных эффектов Г – предпочтение монотерапии</p>
<p>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</p>
<p>167. ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – начинать лечение с небольших доз препарата</p>

<p>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>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>

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.

Уровень сформированности компетенций	Низкий	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.