

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 19.06.2023 15:29:28
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19737c

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Фонд оценочных средств по дисциплине

Функциональная диагностика

Специальность: Кардиология 3.1.20

**г. Екатеринбург
2022**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Функциональная диагностика» составлен в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации - аспирантура), утвержденным приказом Минобрнауки России № 1200 от 03.09.2014 г.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1.	Смоленская Ольга Георгиевна	зав. каф.	Профессор	д.м.н.
2.	Введенская Светлана Сергеевна	доцент		к.м.н.
3.	Силакова Вера Николаевна	ассистент		к.м.н.
4.	Шимкевич Антон Михайлович	ассистент		к.м.н.

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

Рецензент:

Архипов М.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии 18. 01.2022 (протокол № 6/21-22)
- методической комиссией специальностей аспирантуры 03 февраля 2022 года (протокол № 3).

1. Аттестационные материалы

1.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 5 до 10 вопросов. В тестовом задании студенту задаются 20 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

Тестовый контроль

1. Признаки нарушения вегетативного обеспечения:

- повышение систолического артериального давления более, чем на 20 мм.рт.ст.
- изолированное повышение диастолического АД
- прирост ЧСС более, чем на 30 уд/мин
- + все перечисленное

2. Критерием локализации ишемических изменений по базальным отделам левого желудочка являются:

- изменения в II, III, avF
- изменения в III, avF
- + изменения в V7-V9, Dm,ckL

4. ЭКГ признаки синдрома Бругада:

- блокада правой ножки пучка Гиса
- элевация ST в V1-V3
- синдром «свод» или «седло»
- S-терминальная задержка >0,08 сек
- + все перечисленное

5. Для острого легочного сердца не характерно:

- +Отклонение оси сердца влево
- глубокийз. Q в III Отведении
- элевация ST в V1-V2

6. Для вегетативных дисфункций синусового узла не характерно:

- синусовая тахикардия
- синдром ортостатической некомпетентности
- +снижение автоматизма вторичных водителей ритма

7. Выберите относительные противопоказания для проведения ЭКГ с физической нагрузкой:

- Расслаивающая аневризма аорты
- Активная фаза миокардита
- + Систолическое АД выше 220 мм рт.ст.

8. Признаками ишемии миокарда при проведении пробы с физической нагрузкой является:

- появление отрицательных зубцов Т
- появление АВ-блокады II степени
- возникновение фибрилляции предсердий
- + появление горизонтальной депрессии сегмента ST
- появление парных желудочковых экстрасистол

9. К гемодинамическому варианту АГ относится:

- + диастолический
- пограничный
- персистирующий
- критический

10. Вариабельность АД считается увеличенной, если:

- превышен 1 норматив
- превышены 2 норматива
- + превышены 3 и более нормативов

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (примеры)

Задача 1.

Мужчина, 20 лет, студент, обратился к врачу-терапевту с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, усиливающихся при физической нагрузке, чувство страха.

Из анамнеза известно, что перебои отмечает в течение полугода, связывает с эмоциональным стрессом – внезапной смертью отца в возрасте 45 лет. К врачам ранее не обращался. Пациент не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Режим физической активности достаточный, занимается в спортзале (циклические тренировки на эллипсоиде, плавание) 4 раза в неделю. Работает инструктором по карате. Семейный анамнез – отец умер внезапно в возраст 45 лет.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост - 186 см, вес - 80 кг. ИМТ 22,9 кг/м². Окружность талии - 90 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны ясные, акцент 2 тона над аортой. АД 120/80 ммрт.ст. Пульс - 58 уд/мин, неритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

На ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 53 уд/мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. После нагрузки 20 приседаний ритм синусовый с ЧСС 70 уд/мин, частая одиночная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

В результате проведенного дополнительного исследования была зарегистрирована эктопическая желудочковая активность, всего 5% всех комплексов QRS, желудочковая экстрасистолия градации Lown V, пароксизмы полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ), максимальной продолжительностью 40 секунд, возникающие при физической нагрузке.

При проведении велоэргометрии: проба прекращена в связи с развитием неустойчивой полиморфной ЖТ на третьей ступени 100 Вт.

На ЭХОКГ фракция выброса 65%. Систолическая и диастолическая функции сохранены.

Вопрос. Предположите наиболее вероятный диагноз и тактику ведения пациента

Ответ: Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия. При наличии документированных эпизодов ЖТ, на фоне лечения бета-блокаторами, является показанием к первичной профилактике внезапной сердечной смерти (ВСС) и имплантации кардиовертера-дефибриллятора.

Задача 2.

Женщина, 69 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на ноющие боли в груди, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся нитроглицерином, повышение Т тела до 37,5 в течение трех дней.

Из анамнеза известно, что 4 недели назад пациентка перенесла острый инфаркт миокарда по передне-перегородочной, верхушечной области ЛЖ, после выписки из стационара была выписана под наблюдение участкового терапевта.

При осмотре: состояние средней тяжести. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС = 86 уд. в 1 минуту. АД = 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

На ЭКГ: патологический з. Q V1-V4, элевация ST I, II, III, aVL, aVF, V1-V6 более 5 мм, депрессия ST в aVR, депрессия PR.

Вопрос. Предположите наиболее вероятный диагноз

Ответ: Острый перикардит, синдром Дресслера

Задача 3.

Женщина, 70 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на одышку при бытовых нагрузках, отечность в области голеней.

Из анамнеза известно, что 2 месяца назад пациентка перенесла острый инфаркт миокарда по передне-перегородочной, верхушечной, боковой области ЛЖ, после выписки из стационара была выписана под наблюдение участкового терапевта.

При осмотре: состояние средней тяжести. Отечность в области голеней. В легких – дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. ЧД = 20 в 1 минуту. Границы сердца диастированы влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС = 86 уд. в 1 минуту. АД = 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

На ЭКГ: патологический з. Q V1-V6, элевация ST V1-V6 3 мм.

Вопрос. Предположите наиболее вероятный диагноз

Ответ: Аневризма сердца.

