

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 19.06.2023 15:26:12
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

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

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности
и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**Рабочая программа дисциплины
Кардиология**

Специальность: Кардиология 3.1.20

г. Екатеринбург
2022 год

Рабочая программа дисциплины **Кардиология** составлена в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Программа составлена:

Смоленской О.Г., проф., д.м.н., зав. кафедрой факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии УГМУ.

Силаковой В.Н., к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии УГМУ.

Программа рецензирована:

заведующим кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ОрГМУ, профессором, доктором медицинских наук Сайфутдиновым Р.И.

Программа обсуждена и одобрена на заседании кафедры 18. 01.2022 (протокол № 6/21-22)

Программа обсуждена и одобрена методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 года (протокол № 3).

1. Цель изучения дисциплины

Повысить уровень теоретических знаний и практических навыков аспирантов в наиболее важных разделах кардиологии, направлять развитие личности в соответствии с принципами гуманизма, характеризующих высокий морально-этический облик врача –кардиолога, а также выработать навыки, необходимые для успешного выполнения основных видов профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник.

2. Задачи дисциплины

Повысить уровень теоретических знаний и практических навыков аспирантов в наиболее важных разделах кардиологии, направлять развитие личности в соответствии с принципами гуманизма, характеризующих высокий морально-этический облик врача –кардиолога, а также выработать навыки, необходимые для успешного выполнения основных видов профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник.

3. Место дисциплины в структуре программы аспирантуры

Дисциплина 3.1.20 Кардиология относится к Образовательному компоненту «Дисциплины (модули)» программы аспирантуры по специальности Кардиология.

4. Требования к результатам освоения дисциплины

В результате изучения дисциплины Кардиология аспирант должен:

Знать

- современные представления об этиопатогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной и атипичной формах у различных возрастных групп;
- критерии постановки диагноза, методы лечения и показания к их применению;
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у пациентов на основании метаанализа завершённых крупномасштабных клинических исследований;
- современные алгоритмы оказания неотложной кардиологической помощи в стандартных и нестандартных ситуациях.

Уметь

- профессионально оценить данные анамнеза и жалоб с позиции современного этиопатогенетического представления о болезни и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов диагностики,
- поставить и провести дифференциальный диагноз при заболеваниях сердца и сосудов с учётом результатов комплексного обследования пациента,

- интерпретировать данные патологических симптомов и синдромов сердечно - сосудистых заболеваний, используя знания основ фундаментальных и клинических дисциплин,
- правильно и рационально использовать алгоритмы ведения больных с проявлениями сердечно - сосудистой патологии с использованием современных групп лекарственных препаратов при лечении заболеваний сердечно - сосудистой системы с учётом индивидуальных особенностей конкретных пациентов.

Владеть

- навыками полного клинического обследования больного,
- методологией постановки клинического диагноза, обоснованного и рационального плана обследования больного,
- интерпретацией результатов лабораторно-инструментального обследования пациента,
- дифференцированной фармакотерапией,
- техникой ведения медицинской документации и истории болезни стационарного больного,
- навыками выполнения основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний при патологии сердца и сосудов и навыками проведения реанимационных мероприятий при угрожающих жизни состояниях,
- навыками проведения противошоковых мероприятий,
- методами первичной и вторичной профилактики наиболее распространённых сердечно - сосудистых заболеваний, влияющих на продолжительность жизни населения.

5. Объем и вид учебной работы

Виды учебной работы	трудоемкость / часы	Семестры (указание часов по семестрам)				
		1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.	5 сем.
Аудиторные занятия (всего)	126	36	18	18	36	18
в том числе:	-	-	-	-	-	-
Лекции	-	-	-	-	-	-
Практические занятия	126	36	18	18	36	18
Самостоятельная работа (всего)	198	36	18	36	54	54
в том числе:						
Реферат	-	-	-	-	-	-
Другие виды самостоятельной работы	-	-	-	-	-	-
Формы аттестации по дисциплине (зачет, экзамен)	ЗаО, Экзамен	-	ЗаО	ЗаО	ЗаО	ЗаО

Общая трудоемкость дисциплины	Часы	324	72	36	54	90	72
	зет	9	2	1	1,5	2,5	2

6. Содержание дисциплины

6.1. Содержание раздела и дидактической единицы

На изучение дисциплины отводится 9 ЗЕТ (324 часа). Дисциплина «Кардиология» разделена на следующие блоки:

ДЕ	Содержание дисциплины (тема, раздел, дидактическая единица) и код компетенции, для формирования которой данная ДЕ необходима, код трудовой функции	Основное содержание раздела, дидактической единицы (тема, основные закономерности, понятия, термины и т.п.)
ДЕ-1	Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС).	Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Понятие. Классификация. Современное представление о патогенезе атеротромбоза. Хронические формы ИБС: классификация, патогенез, лечение, профилактика, осложнения, санаторно-курортное лечение. Дислипидемии и методы их коррекции. Гиполипидемическая диета. Классы гиполипидемических средств.
ДЕ-2	Острый инфаркт миокарда	Современные критерии диагностики инфаркта миокарда. Клинические варианты дебюта инфаркта миокарда. Изучение этиологических факторов и звеньев патогенеза ОИМ, особенностей клинического течения. Основные принципы лечения ОИМ, разбор тактики ведения больных с неосложненным ИМ, изучение современных методов лечения больных ОИМ. Лечение осложнений ОИМ. Современные методы диагностики и лечения.
ДЕ-3	Острый коронарный синдром	Острые коронарные синдромы: основные факторы патогенеза, классификация, принципы обследования. Особенности лечения больных с синдромом нестабильной стенокардии. Тактика ведения больных с синдромом нестабильной стенокардии, в соответствии с результатами исследований.
ДЕ-4	Острая и хроническая сердечная недостаточность.	Острая сердечная недостаточность: механизмы развития, классификация, лечение. Современное представление о патогенезе ХСН. Лечение ХСН, принципы применения медикаментозных средств. Приобретенные пороки сердца. Генез, классификация, методы диагностики, принципы лечения. Нарушение внутрисердечной и центральной гемодинамики. Показания к хирургическому лечению.
ДЕ-5	Нарушения сердечного ритма	Электрофизиологические механизмы развития нарушений ритма сердца (эктопический очаг,

		"триггерный" механизм, микро- и макро "re-entry"). Современная классификация антиаритмических препаратов, особенности их влияния на различные виды аритмий. Фибрилляция предсердий: принципы диагностики и лечения. Желудочковая экстрасистолия, желудочковые тахикардии: диагностика, лечение. Клинико-диагностические критерии нарушений атрио-вентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Принципы и методы лечения. Синдром слабости синусового узла: этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Основные понятия об электрокардиостимуляции. Типы имплантируемых ЭКС, режим их работы.
ДЕ-6	Артериальная гипертензия	Артериальная гипертензия. (АГ). Понятие. Классификация. Общие принципы диагностики. Симптоматические артериальные гипертензии: почечные, эндокринные, гемодинамические, центрогенные.

6.2. Разделы дисциплины (ДЕ) и виды занятий

№ дисциплинарного модуля/раздела	№ дидактической единицы	Часы по видам занятий			Всего:
		Лекции	Практич. занятия	Сам. работа	
1.	ДЕ 1 Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС)	-	21	33	54
	ДЕ 2 Острый инфаркт миокарда		21	33	54
	ДЕ 3 Острый коронарный синдром		21	33	54
2.	ДЕ 5 Острая и хроническая сердечная недостаточность.		21	33	54
	ДЕ 6 Нарушения сердечного ритма		21	33	54
	ДЕ 7 Артериальная гипертензия		21	33	54
ИТОГО			126	198	9 зет /324 час

7. Ресурсное обеспечение.

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии обеспечивает выполнение требований к условиям реализации программы аспирантуры, включая требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению, к кадровым условиям реализации программы аспирантуры, гарантирующие качество подготовки аспиранта по специальности 3.1.20 Кардиология в соответствии с ФГТ.

7.1. Материально-техническое обеспечение дисциплины.

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии	<ul style="list-style-type: none">• Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения.• Учебные слайды, видеофильмы.• Клинические демонстрации.• Мультимедийный проектор с набором презентаций.• Тестовые вопросы и задачи.• Набор методических рекомендаций и пособий, монографий в учебном классе и т.д.
Клинические базы кафедры	Профильные кардиологические отделения Отделения функциональной диагностики Отделения реанимации и интенсивной терапии Отделения интервенционных методов лечения

7.2. Перечень лицензионного программного обеспечения

7.2.1. Системное программное обеспечение

7.2.1.1. Серверное программное обеспечение:

- VMwarevCenterServer 5 Standard, срок действия лицензии: бессрочно; VMwarevSphere 5 EnterprisePlus, срок действия лицензии: бессрочно, дог. № 31502097527 от 30.03.2015 ООО «Крона-КС»;

- WindowsServer 2003 Standard № 41964863 от 26.03.2007, № 43143029 от 05.12.2007, срок действия лицензий: бессрочно;

- WindowsServer 2019 Standard (32 ядра), лицензионное соглашение № V9657951 от 25.08.2020, срок действия лицензий: 31.08.2023 г., корпорация Microsoft;

- ExchangeServer 2007 Standard (лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);

- SQL ServerStandard 2005 (лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);

- CiscoCallManager v10.5 (договор № 31401301256 от 22.07.2014, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Микротест»;

- Шлюз безопасности Idecu UTM Enterprise Edition (лицензия № 109907 от 24.11.2020 г., срок действия лицензии: бессрочно), ООО «АЙДЕКО».

7.2.1.2. Операционные системы персональных компьютеров:

- Windows 7 Pro (OpenLicense № 45853269 от 02.09.2009, № 46759882 от 09.04.2010, № 46962403 от 28.05.2010, № 47369625 от 03.09.2010, № 47849166 от 21.12.2010, № 47849165 от 21.12.2010, № 48457468 от 04.05.2011, № 49117440 от 25.03.10.2011, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011), срок действия лицензии: бессрочно);

- Windows7 Starter (OpenLicense № 46759882 от 09.04.2010, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011, срок действия лицензий: бессрочно);

- Windows 8 (OpenLicense № 61834837 от 09.04.2010, срок действия лицензий: бессрочно);

- Windows 8 Pro (OpenLicense № 61834837 от 24.04.2013, № 61293953 от 17.12.2012, срок действия лицензии: бессрочно);

7.2.2. Прикладное программное обеспечение

7.2.2.1. Офисные программы

- OfficeStandard 2007 (OpenLicense № 43219400 от 18.12.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);

- OfficeProfessionalPlus 2007 (OpenLicense № 42348959 от 26.06.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);

- OfficeStandard 2013 (OpenLicense№ 61293953 от 17.12.2012, № 49472004 от 20.12.2011, № 61822987 от 22.04.2013, № 64496996 от 12.12.2014, № 64914420 от 16.03.2015, срок действия лицензии: бессрочно);

7.2.2.2. Программы обработки данных, информационные системы

- Программное обеспечение «ТАНДЕМ.Университет» (включая образовательный портал educa.usma.ru) (лицензионное свидетельство № УГМУ/20 от 17.09.2020, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Тандем ИС».

7.2.2.3. Внешние электронные информационно-образовательные ресурсы

ООО «Консультант студента», Контракт № 200/14 от 20.08.2021 действует до 31.08.2022 г.

ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» Лицензионный договор № 201/14 от 20.08.2021 действует до 31.08.2022 г.

ФГБУ «Российская государственная библиотека», Договор № 101/НЭБ/5182 от 26.10.2018 действует до 2023 г.

Письмо ФГБОУ РФФИ № 619 от 10.06.2021 «О предоставлении лицензионного доступа к содержанию базы данных Scopus издательства Elsevier в 2021 году» действует до 31.12.2021 г.

Институциональный репозиторий на платформе DSpace «Электронная библиотека УГМУ» ФГАОУ ВО УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Договор установки и настройки № 670 от 01.03.2018 действует бессрочно.

ООО «Ай Пи Эр Медиа» Лицензионный договор № 8514/21 от 19.10.2021 г. действует до 24.10.2022 (Электронный образовательный ресурс для иностранных студентов «Русский как иностранный»).

7.3. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Электронные издания:

1. Огурцов П.П., Неотложная *кардиология*[Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>

2. Ивашкин В.Т., Пропедевтика внутренних болезней. *Кардиология* [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-1963-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419632.html>

3. Савченко А.П., Интервенционная *кардиология*. Коронарная ангиография и стентирование [Электронный ресурс] / Савченко А.П., Черкавская О.В., Руденко Б.А., Болотов П.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1541-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970415412.html>

4. Гавриш А.С., Ишемическая кардиомиопатия [Электронный ресурс] / А. С. Гавриш, В. С. Пауков - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. - ISBN 978-5-9704-3341-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433416.html>

5. Кобалава Ж.Д., Основы кардиоренальной медицины [Электронный ресурс] / Кобалава Ж.Д., Виллевальде С.В., Ефремовцева М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3040-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430408.html>

6. Якушин С.С., Инфаркт миокарда [Электронный ресурс] / Якушин С.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 224 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1486-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414866.html>

7.3.1. Основная литература

7.3.1.1. Электронные учебные издания (учебники, учебные пособия).

Учебники, учебные пособия:

7.3.1.2. Электронные базы данных, к которым обеспечен доступ.

1. База данных «Электронная библиотека медицинского ВУЗа» (ЭБС «Консультант студента») Доступ к комплектам «Медицина. Здравоохранение. ВО». «Гуманитарные и социальные науки», «Естественные и точные науки» (полнотекстовая) Контракт №152СЛ/03-2019 от 23.04.2019 Сайт БД: <http://www.studmedlib.ru>

2. Электронная База Данных (БД) Medline Medline complete Сублицензионный договор №646 Medline от 07. 05. 2018 Сайт БД: <http://search.ebscohost.com>

3. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Scopus Сублицензионный договор №1115/Scopus от 01.11.18 Сайт БД: www.scopus.com

4. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Web of Science Сублицензионный договор №1115/WoS от 02.04.18 Сайт БД: <http://webofknowledge.com>

5. Научная электронная библиотека Science Index "Российский индекс цитирования". Простая неисключительная лицензия на использование информационно-аналитической системы Science Index Лицензионный договор SCIENCE INDEX №SIO-324/2019 от 27.05.2019 Сайт БД: <https://elibrary.ru>

Дополнительные информационные ресурсы:

www.bmj.com

www.cardiosite.ru

www.clinicalevidence.org

www.consilium-medicum.com

www.jama.org

www.osdm.org

www.ossn.ru

www.rmj.ru

7.3.1.3. Учебники

1. Кардиология. Национальное руководство. Под ред. Ю.Н.Беленкова, Р. Г. Наганова- М.:ГЭОТАР-Медиа,2010 г- 1232.

2. Болезни сердца и сосудов. Руководство европейского общества кардиологов, пер. с англ. Под ред. Е.В.Шляхто, М. :ГЭОТАР-Медиа,2011 г- 1480 с.

3. Внезапная сердечная смерть Бокерия Л.А., Ревешвили А.Ш., Неминуций Н.М. М.:ГЭОТАР-Медиа,2011 г- 272 с.

7.3.1.4. Учебные пособия

7.3.2. Дополнительная литература

1. Внутренние болезни: Учебник для студ. мед. вузов: в 2 т. Т. 1/ Под ред. Н.А.Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - 2-е изд., испр. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 672с.: ил.

2. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: Учебное пособие для системы послевузов. проф. образования врачей/ Под ред. Ю. И. Гринштейна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 224с.. - (Библиотека непрерывного медицинского образования).

3. Калинина С. Г.Тромбоэмболическая терапия острого инфаркта миокарда: теория и практика / С. Г. Калинина, Я. Л. Габинский - Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2008. -230 с.

7.3.2.1. Учебно-методические пособия (учебные задания)

7.3.2.2. Литература для углубленного изучения, подготовки рефератов

7.4. Кадровое обеспечение дисциплины

ФИО реализующих РПД	ППС, штатный/совместитель	Штатный/совместитель	Ученая степень доктор/кандидат наук	Ученое звание профессор/доцент
Смоленская ОГ		Штатный	дмн	профессор
Грачев ВГ		Штатный	кмн	доцент
Вишнева ЕМ		Штатный	кмн	доцент
Силакова ВН		Штатный	дмн	доцент

8. Аттестация по дисциплине.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. Оценка теоретической и практической подготовки аспиранта проводится преподавателем на основании результатов тестирования, решения ситуационной задачи и ответа на 3 вопроса билета.

9. Фонд оценочных средств по дисциплине для проведения промежуточной аттестации (представляется отдельным документом в формате приложения к РПД)

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации
Алгоритм разработки фонда оценочных средств**

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК и ПК		
	Знать	Уметь	Владеть
ДЕ 1. Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС).	<p>Этиологию, патогенез, патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы методы инструментальной диагностики при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы: пульсоксиметрия, электрокардиография, электрокардиография с физическими нагрузками,, электрокардиография с применением лекарственных препаратов, функциональные нагрузочные тесты (тест с 6-минутной ходьбой, велоэргометрия, тредмил-тест), холтеровское мониторирование сердечного ритма, суточное мониторирование артериального давления, коронарографию. Медицинские показания для направления пациентов при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы в медицинские</p>	<p>Определить исходный статус больного по клиническим данным и результатам инструментальных исследований; назначить обследование в зависимости от клиники ИБС; оказать неотложную помощь при приступе стенокардии; провести дифференциальную диагностику; определить показания для госпитализации, принять меры для экстренной госпитализации больного. Виды хирургической помощи и эндоваскулярной помощи при ИБС</p>	<p>Этическими и деонтологическими методами общения с пациентом и коллегами; Навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности; Методами объективного исследования по органам и системам; Алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза в соответствии с МКБ; интерпретацией общеклинических, биохимических методов исследования; Оценкой результатов функционального состояния сердечно-сосудистой системы; Навыками составления плана лечения в соответствии с выставленным диагнозом, назначения лечебного питания, расчетом дозирования, курса</p>

	организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь		проведения лекарственных препаратов с учетом возраста, функционирования органов и систем и состояния пациента
ДЕ 2. Острый инфаркт миокарда	<p>Этиологию, патогенез, патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы,</p> <p>методы инструментальной диагностики, методы консервативного и оперативного лечения острого инфаркта миокарда.</p>	<p>Диагностировать болезнь миокарда по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований;</p> <p>разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лечебного питания, лекарственной, инфузионной терапии, немедикаментозных методов лечения;</p> <p>применить методы догоспитальной неотложной терапии;</p> <p>определить показания для госпитализации, принять меры для экстренной госпитализации;</p>	<p>Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного;</p> <p>методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>методикой расчета доз лекарственных препаратов, с учетом возраста, антропометрических данных</p>
ДЕ 3. Острый коронарный синдром	<p>Этиологию, патогенез, патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы,</p> <p>методы инструментальной диагностики, методы консервативного и оперативного лечения острого коронарного</p>	<p>Диагностировать болезнь миокарда по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований;</p> <p>разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор</p>	<p>Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного;</p> <p>методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>методикой расчета доз лекарственных</p>

	синдрома	лечебного питания, лекарственной, инфузионной терапии, немедикаментозных методов лечения; применить методы догоспитальной неотложной терапии; определить показания для госпитализации, принять меры для экстренной госпитализации.	препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы холтеровского мониторирования и коронарографического исследования
ДЕ 4. Острая и хроническая сердечная недостаточность .	Причины возникновения, методы клинической и инструментальной диагностики и дифференциальной диагностики, оказание неотложной помощи. Показания к интервенционным методам лечения и экстренному хирургическому вмешательству	Диагностировать ОСН по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований; разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лекарственной, инфузионной терапии, немедикаментозных методов лечения; применить методы догоспитальной неотложной терапии; определить показания для госпитализации, принять меры для экстренной госпитализации.	Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного; методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; методикой расчета доз лекарственных препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы, холтеровского мониторирования и и инвазивных методов исследования.
	Кардиомиопатии (современный взгляд на проблему, этиология, классификация, патогенез). Дилатационная (застойная) КМП.	Диагностировать болезнь миокарда по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных	Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного;

	<p>Гипертрофическая КМП. Ишемическая КМП. Рестриктивная КМП. Фиброэластоз эндо- и миокарда. Аритмогенная дисплазия правого желудочка. Некомпактный миокард. Варианты хирургического лечения. Принципы диспансерного наблюдения, реабилитации пациентов с заболеваниями миокарда</p>	<p>исследований; разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лекарственной, инфузионной терапии, немедикаментозных методов лечения; диагностировать неотложные состояния у пациента, применить методы догоспитальной неотложной терапии; определить показания и сроки для хирургических методов лечения, включая трансплантацию сердца составить план диспансерного наблюдения больному с заболеванием миокарда.</p>	<p>методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; методикой расчета доз лекарственных препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы, холтеровского мониторирования и инвазивных методов исследования</p>
	<p>Инфекционный эндокардит: современный взгляд на проблему. Вопросы диагностики и лечения перикардитов.</p>	<p>Диагностировать инфекционный эндокардит, перикардиты по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований; разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лекарственной, инфузионной терапии,</p>	<p>Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного; методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; методикой расчета доз лекарственных препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы, холтеровского</p>

		немедикаментозных методов лечения; диагностировать неотложные состояния у пациента, применить методы догоспитальной неотложной терапии; определить показания и сроки для хирургических методов лечения.	мониторирования и инвазивных методов исследования
ДЕ 5. Нарушения сердечного ритма	Электрофизиологические механизмы развития нарушений ритма сердца (эктопический очаг, "триггерный" механизм, микро- и макро "re-entry"). Современная классификация антиаритмических препаратов, особенности их влияния на различные виды аритмий. Фибрилляция предсердий: принципы диагностики и лечения. Желудочковая экстрасистолия, желудочковые тахикардии: диагностика, лечение. Клинико-диагностические критерии нарушений атрио-вентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Принципы и методы лечения. Миокардиты как причину нарушений сердечного ритма. Синдром слабости синусового узла: этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Основные понятия об электрокардиостимуляции. Типы имплантируемых ЭКС, режим их работы.	Диагностировать нарушения сердечного ритма по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований; разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лекарственной, терапии, немедикаментозных методов лечения; диагностировать неотложные состояния у пациента, применить методы догоспитальной неотложной терапии; определить показания и сроки для хирургических методов лечения, составить план диспансерного наблюдения больному с заболеванием миокарда.	Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физического обследования больного; методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; методикой расчета доз лекарственных препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы, холтеровского мониторинга и инвазивных методов исследования

<p>ДЕ 6. Артериальная гипертензия</p>	<p>Артериальная гипертензия. (АГ). Понятие. Классификация. Общие принципы диагностики. Симптоматические артериальные гипертензии: почечные, эндокринные, гемодинамические, центрогенные. Понятие о легочной артериальной гипертензии.</p>	<p>Диагностировать артериальную гипертензию по клиническим данным и результатам инструментальных и лабораторных исследований; разработать план лечения в соответствии с установленным диагнозом, обосновать выбор лекарственной, терапии, немедикаментозных методов лечения; диагностировать неотложные состояния у пациента, применить методы догоспитальной неотложной терапии.</p>	<p>Методикой сбора анамнеза при обследовании больного; методикой физикального обследования больного; методиками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; методикой расчета доз лекарственных препаратов, методикой интерпретации электрокардиограммы, СМАД, инвазивных методов исследования.</p>
---	---	---	--

2. Аттестационные материалы

Оценка теоретической подготовки аспиранта проводится преподавателем на основании результатов тестирования, решения ситуационных задач, опроса. Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена в 5 семестре, во 2, 3 и 4 семестрах сдается зачет с оценкой. До экзамена допускаются аспиранты, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

Этапы проведения экзамена:

- 1) оценка навыков и умений;
- 2) тестовый контроль;
- 3) решение ситуационной задачи.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- измерение АД с оценкой результатов с использованием центильных таблиц;
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных методов исследования;
- снятие и расшифровка ЭКГ;
- расчёт доз лекарственных препаратов, с учетом возраста, антропометрических данных;

- неотложная помощь при заболеваниях ССС: острый инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, отек легких, пароксизмальные нарушения ритма сердца, брадиаритмия, гипертонический криз, одышно-цианотический приступ, синкопальное состояние;

- выполнение мероприятий базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации.

До экзамена допускаются аспиранты, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам. Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 20 до 100 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

В тестовом задании на экзамене аспиранту задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 3-5 предложенных.

Полная база тестовых вопросов включает в себя 1520 вопросов.

Примеры тестовых заданий для экзамена

1) ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА ОБЫЧНО:

- a) нормальная
- b) вертикальная
- c) отклонена вправо
- d) горизонтальная
- e) отклонена влево

2) СИНДРОМ WPW ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В МИОКАРДЕ:

- a) аномального дополнительного проводящего пути
- b) эктопического водителя ритма
- c) аномального дополнительного источника импульсов
- d) срединной ветви левой ножки пучка Гиса
- e) блокады на уровне внутрипредсердных путей проведения

3) ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА КОМПЛЕКС QRS В ОТВЕДАНИИ V1 И V2 ИМЕЕТ ВИД:

- a) qR
- b) Qr
- c) QS
- d) qRS
- e) rSR'

4) К АЛЛОРИТМИИ ОТНОСИТСЯ:

- a) бигеминия
- b) вставочные экстрасистолы
- c) парасистолия
- d) реципроктные комплексы

e) желудочковые экстрасистолы

5) ДЛЯ ПРЕДСЕРДНЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ ХАРАКТЕРНО:

a) расположение зубца Р после комплекса QRS

b) резкая деформация комплекс QRS

c) выраженное укорочение интервала сцепления

d) полная компенсаторная пауза

e) наличие зубца Р, предшествующего комплексу QRS

6) АМПЛИТУДА ЗУБЦА Р В НОРМЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ :

a) 1,0 мм

b) 1,5 мм

c) 2,0 мм

d) 2,5 мм

e) 3 мм

7). ВРЕМЯ АКТИВАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В V5,V6 ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

a) менее 0.01 с

b) превышает 0.05 с

c) равняется 0.03-0.05с

d) равняется 0,01-0,03 с

e) не изменяется

8) ВЫБЕРИТЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ:

a) оценка эффективности лечения антиаритмическими препаратами

b) оценка эффективности лечения стабильной стенокардии

c) дифференциальная диагностика кардиалгий у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата

d) подозрение на острый инфаркт миокарда

e) оценка функционального класса сердечной недостаточности

9) ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТРАКТОВКУ ДАННЫХ ПАЛЬПАЦИИ

ВЫРАЖЕННЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ ТОЛЧОК И ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ:

a) гипертрофия левого желудочка без выраженной его дилатации

b) гипертрофия и дилатация левого желудочка

c) гипертрофия и дилатация правого желудочка;

d) сращение листков перикарда (слипчивый перикардит);

e) постинфарктная аневризма передней стенки левого желудочка.

10) КАКОЙ СТРУКТУРОЙ ПРЕДСТАВЛЕНА НА РЕНТГЕНОГРАФИИ В ПЕРЕДНЕЙ ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ НИЖНЯЯ ДУГА ПРАВОГО КОНТУРА СРЕДИННОЙ ТЕНИ?

a) аорта

b) дуга легочной артерии

- c) правое предсердие
- d) левое предсердие
- e) правый желудочек

11) ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРОТЕИНУРИИ:

- a) небиволол
- b) гипотиазид
- c) кандесартан
- d) атенолол
- e) верошпирон

12) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- a) кризанола;
- b) делагил;
- c) аспирин;
- d) ибупрофен;
- e) преднизолон

13) ОСНОВНЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ α -АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ПРАЗОЗИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) рефлексорная тахикардия;
- b) брадикардия;
- c) нарушение обмена калия;
- d) гипергликемия
- e) дислиппротеидемия;

14) ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН:

- a) влиять на обмен веществ;
- b) иметь рикошетные реакции;
- c) обладать синдромом отмены;
- d) иметь стабильную концентрацию в крови;
- e) вызывать ортостатические реакции.

15) УСТАНОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ВИД ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ В КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ. ПАЦИЕНТКА 45 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ ВПЕРВЫЕ К КАРДИОЛОГУ В СВЯЗИ С ПОВЫШЕНИЕМ АД, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СИСТОЛИЧЕСКОГО, ТАХИКАРДИЮ ПОКОЯ ДО 100 В МИНУТУ, ПОТЛИВОСТЬ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ВЫРАЖЕННУЮ АСТЕНИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ, ТРЕМОР ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОКОЕ, ПОХУДЕЛА НА 5 КН В ТЕЧЕНИЕ 1 МЕСЯЦА БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЖИМА ПИТАНИЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ. РАНЕЕ ГИПЕРТОНИКОМ СЕБЯ НЕ СЧИТАЛА

- a) Исследование ВМК мочи
- b) Исследование мочевой кислоты сыворотки крови

- c) Исследование уровня альдостерона
- d) Исследование гормонов тиреоидного комплекса
- e) Исследование катехоламинов и их метаболитов

16) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АГ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) диабетическая нефропатия.
- b) тубулоинтерстициальный нефрит.
- c) пиелонефрит.
- d) поликистоз.
- e) гломерулонефрит

17) КАКИЕ ГРУППЫ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ УМЕНЬШАЮТ АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

- a) ингибиторы АПФ,
- b) центрального действия;
- c) ингибиторы альдостерона;
- d) блокаторы рецепторов к ангиотензину,
- e) антагонисты кальция.

18) У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 180/120 ММ. РТ. СТ. ПРИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ, МОЧЕГОННЫМ СРЕДСТВОМ И БЕТА-БЛОКАТОРОМ АД СНИЗИЛОСЬ ДО УРОВНЯ 160-150/110-100 ММ. РТ. СТ., НО БЫЛО ОТМЕЧЕНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЕЙ КРЕАТИНИНА И МОЧЕВИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ. КАКОЙ ГЕНЕЗ АГ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

- a) гиперальдостеронизм;
- b) паренхиматозное заболевание почек;
- c) стеноз почечных артерий;
- d) феохромоцитома;
- e) эссенциальная АГ с преимущественным поражением почек.

19) ИШЕМИЯ ПОЧЕК, ВСЛЕДСТВИЕ ОККЛЮЗИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПРИ:

- a) ренопаренхиматозной АГ
- b) вазоренальной АГ
- c) ГБ
- d) эндокринных АГ
- e) лекарственных

20) В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРЕПАРАТАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- a) пенициллины;
- b) бронхолитики;
- c) кромогликат натрия;
- d) препараты из солодки.

е) гормоны

21) Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными?

- 1) ЛПВП
- 2) ЛПОНП
- 3) ХМ

22) К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- 1) напряжения
- 2) покоя
- 3) вариантной
- 4) напряжения и покоя

23) Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

- 1) увеличение диастолического объема желудочков сердца
- 2) улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда
- 3) увеличение внешней работы сердца

24) Для ангиоспастической стенокардии характерно:

- 1) подъем ST в период болей
- 2) появление отрицательного зубца T в период боли

25) Каков механизм действия β -адреноблокаторов?

- 1) уменьшение венозного возврата
- 2) увеличение сердечного выброса
- 3) снижение воздействия эндогенных катехоламинов

26) Назовите критерии положительной пробы с дозированной физической нагрузкой:

- 1) одышка
- 2) усталость
- 3) подъем сегмента ST на 2 мм

27) Признаками нестабильной стенокардии являются:

- 1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
- 2) нарушение ритма и проводимости
- 3) снижение АД без гипотензивной терапии
- 4) появление патологического зубца Q на ЭКГ

28) Развитию приступа стенокардии способствуют следующие факторы:

- 1) катехоламиновый спазм коронарных артерий
- 2) гиперагрегация тромбоцитов
- 3) повышение внутриполостного давления в левом желудочке
- 4) пароксизмы тахикардии
- 5) правильно все

29) Проба с атропином применяется у больных со следующими целями:
проводимости

- 1) для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости
- 2) для оценки класса коронарной недостаточности
- 3) для выявления нарушений реологических свойств крови
- 4) для выявления скрытой коронарной недостаточности
- 5) для диагностики синдрома слабости синусового узла

30) Из β -блокаторов наибольшей антиангинальной активностью обладают такие препараты, как:

- 1) пиндолол (вискен)
- 2) пропранолол
- 3) транзикор (окспренолол)
- 4) целипролол
- 5) надолол (коргард)

31) При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:

- 1) консервативная терапия коронаролитическими препаратами
- 2) транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
- 3) разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
- 4) операция аорто-коронарного шунтирования
- 5) пересадка сердца

32) Факторами риска ИБС являются:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) курение
- 3) сахарный диабет
- 4) ожирение
- 5) все перечисленное

33) Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?

- 1) патологический зубец Q
- 2) конкордантный подъем сегмента ST
- 3) низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях

34) Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

- 1) креатинфосфокиназа .
- 2) лактатдегидрогеназа
- 3) аминотрансферазы
- 4) щелочная фосфатаза

35) Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

- 1) артериальная гипотензия
- 2) пульсовое давление более 30 мм рт.ст.
- 3) брадикардия
- 4) олигурия
- 5) правильно 1 и 4

36) Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?

- 1) кардиогенный шок
- 2) отек легких
- 3) фибрилляция желудочков
- 4) разрыв сердца
- 5) асистолия

37) У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?

- 1) строфантин
- 2) лидокаин
- 3) обзидан
- 4) фенотин
- 5) дигоксин

38) Больной 68 лет госпитализирован с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца - глухие, ритмичные. ЧСС=180 в мин. АД=80/40 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения. На ЭКГ - широкие желудочковые комплексы по 0,18 с, неправильной формы. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) желудочковая экстрасистолия
- 3) узловатая тахикардия
- 4) частичная атриовентрикулярная блокада
- 5) желудочковая тахикардия

39) Больной 67 лет поступил в клинику с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». При мониторинговании установлено, что интервал PQ прогрессирующе увеличивался от цикла к циклу с последующим выпадением комплекса QRS. ЧСС=56 в мин. Рекомендуемое лечение:

- 1) временная кардиостимуляция
- 2) постоянная кардиостимуляция
- 3) изопропилнорадреналин
- 4) ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот
- 5) индерал

40) Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом: повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких - единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС=110 в мин. ЧД=24 в мин. АД=80/60 мм рт.ст. Пульс - слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

- 1) острый соматогенный психоз
- 2) транзиторная гипотензия
- 3) кардиогенный шок, торпидная фаза
- 4) начинающийся отек легких
- 5) кардиогенный шок, эректильная фаза

41) Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом: задний инфаркт миокарда. На третьи сутки наблюдения внезапно стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирааний в правом подреберье, отеки на ногах. Состояние тяжелое, бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧДД—24 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается пансистолический шум по парастеральной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСО=96 в' мин. АД=100/60 мм рт.ст., печень увеличена на 6 см. Предположительный диагноз:

- 1) ревматический порок сердца
- 2) пролапс митрального клапана
- 3) разрыв межжелудочковой перегородки
- 4) отек легких
- 5) тромбоэмболия легочной артерии

42) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- a) перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов;
- b) интерстициальный отек легких с образованием линий Керли;
- c) альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких;
- d) плевральный выпот, чаще справа.

e) диффузное затемнение в легких

43) ДЛЯ II Б СТАДИИ ХСН ХАРАКТЕРНО:

- a) наличие гидроторакса, асцита, анасарки
- b) наличие одышки при беге
- c) наличие отеков, увеличения печени, одышка
- d) приступы удушья, сопровождающиеся свистящими хрипами
- e) варикозное расширение вен пищевода

44) УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НИТРОСОРБИДА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- a) расширение преимущественно артериол и снижение постнагрузки;
- b) расширение преимущественно венул и снижение преднагрузки;
- c) прямое положительное инотропное действие;
- d) повышение диуреза и снижение преднагрузки
- e) расширение венул и снижение постнагрузки

45) ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИГОКСИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- a) фракция выброса левого желудочка (ФВ) равна 45% и желудочковая экстрасистолия;
- b) ФВ меньше 25% и фибрилляция предсердий;
- c) ФВ равна 50% и сердечная астма;
- d) ФВ равна 48% и застойные явления в большом круге кровообращения;
- e) ФВ равна 52% и одышка при физической нагрузке.

46) ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ДИГОКСИНА:

- a) снижения абсорбции в ЖКТ на 30%;
- b) уменьшения связывания с белком плазмы;
- c) усиления метаболизма в печени;
- d) снижения почечной экскреции;
- e) уменьшение $T_{1/2}$.

47) НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ И ПОВЫШАЮЩИЙ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

- a) гидралазин (апрессин);
- b) верапамил;
- c) дигоксин;
- d) нитросорбид;
- e) каптоприл.

48) ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ХСН МОГУТ БЫТЬ

- a) гипертензия малого круга кровообращения;

- b) стеноз митрального клапана;
- c) слипчивый перикардит
- d) синусовая аритмия
- e) атеросклероз аорты.

49) ПРИ ХСН II Б СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- a) триметазидин, изосорбида динитрат
- b) ацетилсалициловую кислоту, симвастатин, изосордида-5 мононитрат
- c) эналаприл, амлодипин, триметазидин
- d) эналаприл, фуросемид
- e) эналаприл, бисопролол, спиронолактон, фуросемид

50) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:

- a) тест с 6-минутной ходьбой
- b) суточное мониторирование ЭКГ
- c) тест с дозированной физической нагрузкой на тредмиле
- d) стресс-ЭхоКГ
- e) УЗИ сердца с оценкой систолической и диастолической функции

51) В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВЕРАПАМИЛ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- a) сердечная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка;
- b) сердечная недостаточность с неизменным сердечным выбросом I ФК по NYHA;
- c) частая желудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
- d) частая наджелудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
- e) дигиталисная интоксикация.

52) Как изменяется систолический шум при дефекте межжелудочковой перегородки с возрастом?

- 1) существенно не изменяется
- 2) увеличивается
- 3) уменьшается

53) При митральном стенозе наблюдается:

- 1) отклонение пищевода по дуге большого радиуса
- 2) отклонение пищевода по дуге малого радиуса
- 3) увеличение левого желудочка

4) расширение восходящей аорты

54) Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:

- 1) ревматизм
- 2) инфекционный эндокардит
- 3) аномалия Эбштейна
- 4) травма
- 5) все перечисленное

55) При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией могут быть выявлены следующие изменения:

- 1) плевральный выпот
- 2) высокое стояние диафрагмы
- 3) дилатация правых отделов сердца
- 4) все перечисленное |

56) Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:

- 1) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
- 2) неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения
- 3) дисфункции папиллярных мышц
- 4) разрыва хорды
- 5) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

57) Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?

- 1) диастолический шум на верхушке
- 2) систоло-диастолический шум
- 3) шум Флинта
- 4) систолический шум на верхушке
- 5) шум Грехема-Стилла

58) При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

- 1) недостаточность аортального клапана
- 2) стеноз устья аорты
- 3) недостаточность митрального клапана
- 4) стеноз митрального клапана
- 5) недостаточность трикуспидального клапана

59) Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шумы в точке Боткина и втором межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонную артерию, пальпаторно

определяется систолическое дрожание во втором межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены. Выставлен диагноз сочетанного порока. Какие признаки свидетельствуют о недостаточности аортального клапана?

- 1) систолический шум
- 2) диастолический шум
- 3) систолическое дрожание во втором межреберье справа
- 4) ослабление II тона

60) При митральном стенозе:

- 1) возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка
- 2) возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка
- 3) выслушивается диастолический шум в точке Боткина

61) Если у больного имеется поздний систолический шум на верхушке и поздний систолический щелчок, вы можете заподозрить:

- 1) митральный стеноз
- 2) митральную недостаточность ревматической этиологии
- 3) сочетанный митральный порок
- 4) пролапс митрального клапана
- 5) разрыв сухожильных хорд

62) Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает:

- 1) внезапной смертью
- 2) в течение 4-5 лет от момента возникновения порока
- 3) в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности
- 4) от инфаркта миокарда
- 5) от инфекционного эндокардита

63) Если у больного с длительно существующим митральным пороком уменьшилась одышка и симптомы легочной гипертензии, стали нарастать отеки, гепатомегалия, асцит, следует думать о:

- 1) прогрессирование митрального стеноза
- 2) прогрессирование митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности
- 3) развитие трикуспидальной недостаточности и правожелудочковой недостаточности
- 4) развитие аортального порока

64) ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД НАРУШЕНИЯ РИТМА: СИНУСОВЫЙ РИТМ, УКРОЧЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ PQ, ШИРОКИЙ КОМПЛЕКС QRS, НАЧИНАЮЩИЙСЯ С ДЕЛЬТА-ВОЛНЫ:

- а) Синдром Фредерика

- b) Синдром Бругадда
- c) Синдром ранней реполяризации желудочков
- d) Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта

65) К НОМОТОПНЫМ АРИТМИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- a) синусовая брадикардия;
- b) суправентрикулярная экстрасистолия;
- c) фибрилляция предсердий
- d) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- e) Синдром Лауна-Ганонга-Левине

66) УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ. МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ ИЛИ ЧАСТАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ:

- a) pulsus dificiens;
- b) pulsus filiformis;
- c) pulsus differens;
- d) pulsus plenus;
- e) pulsus durus.

67) ДЛЯ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНО:

- a) нормальный комплекс QRS, наличие rSr', V₁ V₂
- b) расширенный комплекс QRS, наличие rSr', V₁ V₂
- c) расширенный комплекс QRS, наличие rS, V₁ V₂
- d) нормальный комплекс QRS; во II отведении R=S
- e) расширенный комплекс QRS, отклонение ЭОС вправо

68) ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:

- a) нифедипин
- b) верапамил
- c) лидокаин
- d) изадрин
- e) преднизолон

69) ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КАРДИОВЕРСИИ И ПОДДЕРЖАНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:

- a) кордарон
- b) метопролола сукцинат
- c) верапамил
- d) дигоксин
- e) нифедипин

70) РАЗВИТИЕ АСИСТОЛИИ ВОЗМОЖНО ПРИ КОМБИНАЦИИ В/В ВВЕДЕНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА С

- a) фенобарбиталом;
- b) фуросемидом;
- c) верапамиллом;
- d) фенитоином;
- e) каптоприлом.

71) НАЗОВИТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, КОГДА ВОЗМОЖНА КАРДИОВЕРСИЯ БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ:

- a) 12 часов
- b) 24 часа
- c) 48 часов
- d) 7 дней
- e) 10 дней

72) ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ

- a) гипертрофическая кардиомиопатия;
- b) митральный стеноз;
- c) инфекционный эндокардит
- d) миокардит;
- e) сахарный диабет

73) БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В ОТДЕЛЕНИЕ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ЗАДНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮТ ЭПИЗОДЫ ГОЛВОКРУЖЕНИЯ, ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ. НА ЭКГ - ЗУБЦЫ Р НЕ СВЯЗАНЫ С КОМПЛЕКСАМИ QRS ЖЕСТКИМ ИНТЕРВАЛОМ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PP=0,9 СЕК, RR=1,5 СЕК ЧСС=35 В МИН. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- a) фибрилляция предсердий;
- b) полная атриовентрикулярная блокада;
- c) синусовая брадикардия;
- d) фибрилляция желудочков;
- e) желудочковая экстрасистолия.

74) Наиболее типичные признаки тромбоэмболии крупных ветвей легочной артерии:

- a) лихорадка, кровохаркание, анемия
- b) периферические отеки, асцит, гидроторакс
- c) синкопэ, одышка, боль в груди
- d) артериальная гипертензия, олигурия, отеки
- e) кардиомегалия, одышка, периферические отеки

75) Выберите лабораторный показатель наиболее информативный при оценке вероятности развития ТЭЛА:

- a) СОЭ
- b) тропонины I, T
- c) D-димер
- d) фибриноген
- e) натрийуретический пептид

76) Для всех пациентов с подозрением на ТЭЛА обязательным является следующий метод исследования:

- a) посев крови на стерильность
- b) исследование вен нижних конечностей
- c) оценка функции внешнего дыхания
- d) коронарная ангиография
- e) МРТ органов грудной клетки

77) Эталонным методом диагностики ТЭЛА является:

- a) селективная ангиопульмонография
- b) эхокардиография
- c) компьютерная томография органов грудной клетки
- d) вентиляционно-перфузионная пневмосцинтиография
- e) рентгеноскопия органов грудной клетки

78) Состояние, увеличивающее риск венозных тромбозов:

- a) пролапс митрального клапана
- b) молодой возраст
- c) тяжелые физические нагрузки
- d) гипертрофическая кардиомиопатия
- e) фибрилляция предсердий

79) Выберите основные группы препаратов для лечения ЛАГ:

- a) блокаторы кальциевых каналов, простаглицлин
- b) статины, дезагреганты
- c) б2-агонисты, М-холиномиметики
- d) миоспазмолитики, НПВС
- e) иАПФ, сартаны

80) Какие ЭКГ признаки характерны для ТЭЛА:

- a) депрессия сегмента RS–T в отведениях III, aVF, V1 и V2
- b) элевация сегмента RS–T в отведениях I, aVL, V5 и V6;
- c) появление отрицательных зубцов T в отведениях I, II, aVL, V5 и V6;
- d) полная или неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- e) внезапное углубление зубцов Q в отведении III и S в отведении I

81) Что является ведущим клиническим признаком массивной ТЭЛА:

- a) явления правожелудочковой недостаточности

- b) кровохаркание
- c) диспноэ
- d) артериальная гипотония
- e) боль в грудной клетке

82) Выберите лечебную дозу эноксапарина (клексана) при ТЭЛА:

- a) 1 мг/кг
- b) 1,5 мг/кг
- c) 2 мг/кг
- d) 2,5 мг/кг
- e) 3 мг/кг

83) Какое исследование может оценить эффективность планируемой терапии блокаторами кальциевых каналов у пациентов с ЛАГ:

- a) тест 6-ти минутной ходьбы
- b) доплер-эхокардиография
- c) инвазивное измерение давления в легочной артерии
- d) определение мутации гена BMPR2
- e) острый вазореактивный тест

84) НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ МИОКАРДИТОВ:

- a) инфекция;
- b) паразитарные инвазии;
- c) неинфекционные агенты
- d) коллагенозы;
- e) идиопатические факторы.

85) ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛИ:

- a) приступообразная;
- b) связана с физической нагрузкой;
- c) длительная;
- d) купируется нитроглицерином;
- e) иррадирует в левую руку

86) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ ДЛЯ МИОКАРДИТА И ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА?

- a) кардиомегалия;
- b) отсутствие дуг по контурам сердечной тени;
- c) отсутствие застоя в легких;
- d) преобладание поперечника сердца над длинником;
- e) укорочение тени сосудистого пучка.

87) К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МИОКАРДИТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ:

- a) симпатомиметиками.

- b) НПВС
- c) седативными средствами.
- d) витаминами
- e) блокаторы гистаминовых рецепторов.

88) УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СУХОЙ ПЕРИКАРДИТ:

- a) диафрагмальная грыжа;
- b) острый панкреатит;
- c) пептическая язва пищевода;
- d) инфаркт миокарда;
- e) миокардит.

89) ВАША ТАКТИКА ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА:

- a) пробное противоревматическое лечение;
- b) лечение антибиотиками широкого спектра действия;
- c) пробное лечение противотуберкулезными препаратами;
- d) пробное лечение кортикостероидами
- e) лечение противовирусными препаратами

90) ДЛЯ ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ:

- a) в нескольких отведениях подъем сегмента ST, зубец Q, в реципрокных отведениях депрессия сегмента ST;
- b) корытообразная депрессия сегмента ST, двухфазный зубец T;
- c) подъем сегмента ST во многих отведениях без реципрокных изменений, зубец T становится (-) после того, как ST возвращается на изолинию;
- d) косонисходящая депрессия сегмента ST, (-) зубец T.
- e) патологический зубец Q в III, aVF, V1-3, там же – подъем сегмента ST выше изолинии

91) НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЕРИКАРДИТА СЧИТАЕТСЯ:

- a) систолический шум над аортой.
- b) ритм галопа.
- c) систолический шум над лёгочной артерией
- d) ритм перепела.
- e) шум трения перикарда.

92) УКАЖИТЕ ВЕРОЯТНЫЕ ИСХОДЫ МИОКАРДИТА:

- a) выздоровление
- b) дилатационная кардиомиопатия
- c) констриктивный перикардит
- d) гипертрофическая кардиомиопатия
- e) рестриктивная кардиомиопатия

93) ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКС НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИОКАРДИТА:

- a) перенесенная ОРВИ, одышка, ноющие боли и перебои в сердце, ослабление I тона и систолический шум на верхушке
- b) «летучие» боли и покраснение крупных суставов, ноющие боли в сердце, ослабление I тона и систолический шум на верхушке, $t=38,5^{\circ}\text{C}$
- c) боль в области сердца, увеличение относительной границы сердца, систолический шум с максимумом в области грудины, усиливающийся при надавливании стетоскопом
- d) перенесенная ОРВИ, приступы экспираторной одышки, свистящие хрипы
- e) смешанная одышка при физ.нагрузке, кашель с отделением мокроты, тяжесть в груди, повышение АД

94) Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки:

- 1) диффузный гиперкинез
- 2) диффузный гипокинез
- 3) локальный гипокинез
- 4) локальный гиперкинез

95) Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

- 1) тромболитическая терапия
- 2) дигитализация
- 3) терапия антагонистами кальция

96) Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

- 1) мезатон
- 2) допамин
- 3) преднизолон
- 4) бикарбонат натрия
- 5) правильно 2, 3, 4

97) У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

- 1) ввести строфантин
- 2) произвести кардиоверсию
- 3) ввести обзидан
- 4) ввести кордарон

98) У больного с диагнозом «острый трансмуральный инфаркт миокарда» на 2-е сутки пребывания в стационаре появился систолический шум в области абсолютной сердечной тупости без проведения в другие области, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного существенно не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?

- 1) разрыв миокарда
- 2) перфорация межжелудочковой перегородки
- 3) отрыв сосочковых мышц митрального клапана
- 4) эпистенокардитический перикардит
- 5) синдром Дресслера

99) Больная 55 лет поступила в клинику по СМП с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс - 96 ударов в мин. АД=110/70 мм рт.ст. Во время осмотра внезапно потеряла сознание, захрипела, отмечались тонические судороги, дыхание отсутствует, пульс не определяется. На ЭКГ - волнообразная кривая. Рекомендуемая терапия:

- 1) введение норадреналина
- 2) введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно
- 3) электроимпульсная терапия
- 4) эндокардиальная электростимуляция
- 5) непрямой массаж сердца

100) Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом «острый заднедиафрагмальный инфаркт миокарда». При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 с с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС=40 в мин. Предположительный диагноз:

- 1) атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II
- 2) синдром Фредерика
- 3) мерцательная аритмия, брадикардическая форма
- 4) атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I
- 5) синоаурикулярная блокада III степени

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	№№ ответов	№ вопроса	№№ ответов	№ вопроса	№№ ответов	№ вопроса	№№ ответов
1	C	26	3	51	b	76	D
2	A	27	1	52	3	77	D
3	E	28	5	53	2	78	E
4	A	29	5	54	5	79	A
5	E	30	2	55	4	80	E
6	D	31	5	56	2	81	D
7	B	32	5	57	4	82	A
8	C,e	33	1	58	2	83	E
9	A	34	1	59	2	84	A
10	E	35	55	60	2	85	C
11	C	36	3	61	4	86	A
12	E	37	2	62	3	87	B
13	A	38	5	63	3	88	D
14	D	39	1	64	D	89	C
15	D	40	5	65	A	90	C
16	E	41	3	66	A	91	E
17	a,c,d	42	A	67	B	92	A,c,d
18	C	43	C	68	B	93	B
19	B	44	B	69	A	94	3
20	D	45	B	70	C	95	1
21	2	46	A,b,d	71	C	96	5
22	1	47	E	72	A	97	2
23	2	48	A,b,c	73	B	98	4
24	1	49	E	74	C	99	3
25	3	50	A	75	c	100	1

2.2. Экзаменационные ситуационные задачи

Задача №1

Больной Ф., 57 лет, менеджер, обратился к участковому врачу с жалобами на эпизоды «перебоев» в работе сердца, возникающие при физических нагрузках (ходьбе, подъеме на лестницу), а также при эмоциональном напряжении, сочетающиеся с неприятными, ноющими ощущениями в области сердца, иногда с чувством нехватки воздуха. Прием таблетки валидола или физический покой несколько облегчают самочувствие.

Впервые описанные симптомы появились 1 год назад после чрезмерной физической нагрузки, но беспокоили не чаще 1 раза в 2-3 месяца. Курит более 20 сигарет в день, имеет избыточный вес. Злоупотребляет жирной пищей.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Рост = 175 см, вес = 98 кг. Кожа обычной окраски, нормальной температуры и влажности. Дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 мин. При перкуссии левая граница относительной тупости сердца определяется по среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца глухие, неритмичные. ЧСС = 88 в 1 мин. Пульс частый, неритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 130/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. Область почек при поколачивании безболезненна.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроц. = $5,1 \cdot 10^{12}$ /л; Hb = 134 г/л; Цв. пок = 0,82; лейкоциты = $6,6 \cdot 10^9$ /л: баз. - 1%; эоз. - 2%, палоч. - 8%, сегм. - 46%, лимфоциты - 34%, моноциты - 9%, СОЭ 13 = мм/час.

ОАМ: цвет –сол-желт., уд.плотность - 1018, реакция кислая, белок - отрицат., сахар- отрицат. Эпителий плоский = 0-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, кристаллы не обнаружен.

ЭКГ: Синусовый ритм, 84 в 1 мин. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_I < S_{II} < S_{III}$. Желудочковая экстрасистолия по типу тригемении во всех отведениях.

Флюорография органов грудной клетки: корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 5,5 ммоль/л. Амилаза = 20 ед (по Вольгемуту). Креатинин = 86 мкмоль/л. Билирубин = 16,2 мкмоль/л; АсАт/АлАт = 0,18/0,27 ммоль/л. Холестерин = 8,8 ммоль/л; Калий = 3,1 ммоль/л

Общий белок = 74 г/л; альбумины = 60%, глобулины = 40%: $\alpha_1 = 3\%$, $\alpha_2 = 8\%$, $\beta = 11\%$, $\gamma = 18\%$. СРБ +, АСЛО = 185 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 90 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ₁ = 78% от должного.

1. Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

1. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания, оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

2. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Задача № 2

Больная Ф., 53 лет, бухгалтер, обратилась к участковому врачу с жалобами на приступы сердцебиений, возникающие без явных причин, как в покое, так и при физических нагрузках. В течение года беспокоит выраженная одышка при минимальных, привычных для неё физических нагрузках, утомляемость, слабость, отеки на ногах, головные боли, головокружения, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: десять лет назад было проведена тиреоэктомия, пациентка находится на диспансерном учете у эндокринолога, но лечение пациентка проводила нерегулярно. В течение 6 лет отмечается повышение АД, а также снижение переносимости физических нагрузок в виде усиления одышки. Менопауза с 45 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Кожа обычной температуры, бледная; отмечается повышенная сухость и шелушение локтевых и коленных поверхностей, а также одутловатость лица и кистей, пастозность

голеней. Рост = 165 см, вес = 108 кг. Дыхание везикулярное. ЧД= 16 в 1 мин. Левая граница сердца при перкуссии по среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца глухие, неритмичные. ЧСС = 128 в 1 мин. Пульс = 84 в 1 мин., аритмичный, малого наполнения. АД = 170/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень при перкуссии ниже реберной дуги на 2 см. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. При пальпации определяется ровный, плотный край печени. Область почек при поколачивании безболезненна.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроц. = $4,9 \cdot 10^{12}$ /л; Hb = 124 г/л; Цв. пок = 0,79; лейкоциты = $5,6 \cdot 10^9$ /л: баз - 1%; эоз. - 3%, палоч. - 7%, сегм. - 48%, лимфоциты - 32%, моноциты - 9%, СОЭ 21 = мм/час.

ОАМ: цвет –сол-желт., уд. плотность = 1017, реакция кислая, белок - не обнаружен, сахар- отрицательный. Эпителий плоский = 0-3 в п/зр. Лейкоциты = 2-3 в п/зр, кристаллы не обнаружены.

ЭКГ: Мерцание предсердий с частотой сокращения желудочков 144 в 1 мин. , RI > RII > RIII, SI < SII < SIII. Косо-нисходящая депрессия сегмента ST в I, aVL, V₂-V₄ на 0,5-1 мм, зубец T отрицательный.

Флюорография органов грудной клетки: корни легких расширены, легочный рисунок усилен, отмечается снижение прозрачности легочных полей. Очаговых теней не выявлено.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, правый купол диафрагмы приподнят, наддиафрагмальное пространство свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 5,3 ммоль/л. Амилаза = 20 ед (по Вольгемуту). Креатинин = 91 мкмоль/л. Билирубин = 17,5 мкмоль/л; АсАт/АлАт = 0,48/0,47 ммоль/л. Холестерин = 8,8 ммоль/л; Калий = 2,1 ммоль/л

Общий белок = 64 г/л; альбумины = 58%, глобулины 42%: $\alpha_1 = 2\%$, $\alpha_2 = 9\%$, $\beta = 11\%$, $\gamma = 20\%$. СРБ +, АСЛО = 195 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 80 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ = 79% от должной.

1. Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания, оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

3. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Больная М, 41 год, кондуктор, обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на периодические головные боли диффузного характера, головокружения, снижение зрения, потерю аппетита, похудание на 5 кг за последние 6 месяцев.

Впервые головные боли появились 6 месяцев назад. Больная обратилась к участковому врачу, где в процессе осмотра были зарегистрированы высокие цифры АД. Данные клинического обследования (ОАК, ОАМ, ЭКГ) патологии не выявили. Лечилась амбулаторно. Регулярно принимала капотен, метопролол, мезапам. Терапия не оказала ожидаемого эффекта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 160 см, вес = 54 кг. Кожный покров бледный. В легких - везикулярное дыхание. ЧД = 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС = 84 в 1 мин. АД = 170/110 мм рт. ст. Язык влажный, обложен бледным налетом, живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: эритроц. = $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин = 108 г/л; цв. пок. = 0,8; лейкоциты = $6,0 \cdot 10^9$ /л: базофилы = 1%; эозинофилы = 2%; юные = 1%; палочкоядерные = 8%; сегментоядерные = 66%; лимфоциты = 17%; моноциты = 45%. СОЭ = 25 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, уд. плотность = 1005; реакция - слабо кислая. Белок = 0,66 г/л; сахар - отр., эпителий плоский = 5-6 в п/зр., лейкоциты = 1-3 в п/зр., эритроциты = 2-4 в п/зр., цилиндры гиалиновые.

ЭКГ: Ритм правильный, 85 в 1 минуту. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V2} = S_{V2}$, угол $\alpha = 30^\circ$.

Флюорография органов грудной клетки: корни легких не расширены, горизонтальное положение тени сердца, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: сахар = 4,5 ммоль/л; амилаза = 21 ед; креатинин = 200 мкмоль/л, билирубин = 16,4 мкмоль/л; АсАТ/АлАТ = 0,4/0,5. общий белок = 52 г/л: альбумины = 51,0 %, глобулины = 49,0% ($\alpha_1=2,9$ %, $\alpha_2=11,8$ %, $\beta=15,3$ %, $\gamma=19$ %). СРБ – отр. АСЛО = 250 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 80 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ₁ = 85% от должного.

1. Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания, оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

3. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Задача № 4

Больная Ф., 43 лет, инвалид III группы, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на лихорадку с ознобами, сжимающие боли за грудиной, одышку при ходьбе, головные боли, головокружения и обмороки.

Больна с 8-летнего возраста, когда впервые после перенесенной ангины появились боли и припухлость коленных суставов. Лечилась в стационаре пенициллином и аспирином с положительным эффектом, затем была взята на диспансерный учет. До 40 лет весной и осенью получала профилактическое лечение. Ухудшение состояния в течение последнего месяца: после экстракции зуба появились одышка в покое, повышение температуры до 39°C, загрудинные боли.

Объективно: Состояние тяжелое, положение ортопноэ. Рост = 166 см. Вес = 60 кг. $t^{\circ} = 38,6^{\circ}\text{C}$. В легких – дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД = 26 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца в V и VI межреберьях на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца сохранены, ритм правильный. Во втором межреберье справа выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в яремную ямку. В зоне Боткина-Эрба – протодиастолический шум. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 130/50 мм рт.ст. Язык обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: эритро – $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$. Нв = 110 г/л, Цв. показатель = 0,85. Лейкоциты = $15,4 \cdot 10^9/\text{л}$: баз = 0%, эоз = 1%, п/я = 8%, с/я = 65%; Лимф. = 22%, мон. = 4%. СОЭ = 45 мм/час.

ОАМ: цвет соломенно-желтый; уд. плотность = 1018, реакция - кислая, белок = 0,66 г/л, сахар - отриц., эпителий плоский = 1-3 в п/зр., лейкоциты = 8-10 в п/зр., эритроциты измен. = 3-4 в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 в 1 мин., $R_I > R_{II} > R_{III}$. $R_{V4} = S_{V4}$. В отведениях $V_1 - rS$ тип, $V_6 - Rs$ тип. $T_{I,aVL, V4-6}$ - отрицательный, глубокий.

Рентгенография органов грудной клетки: Корни легких расширены. Повышение прозрачности легочной ткани. Увеличение левого желудочка и небольшое увеличение левого предсердия. Восходящий отдел аорты расширен, интенсивно пульсирует.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Глюкоза = 4,2 ммоль/л, амилаза = 20 МЕ/л. Креатинин = 45 мкмоль./л, билирубин = 11,5 мкмоль/л, АСТ = 0,13 ммоль/л, АЛТ = 0,25 ммоль/л. Холестерин = 2,62 ммоль/л, калий = 4,2 ммоль/л.

Общий белок = 68 г/л, альбумины = 52,0%, α_1 глобулины = 5,7%, α_2 - глобулины = 17,4%, β глобулины = 11,7%, γ глобулины = 26,4%. СР-протеин = (++) , АСЛО = 250 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 83 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ₁ = 75% от должной величины.

1.Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

2.Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания,

оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

3. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Задача № 5.

Больной С., 56 лет, администратор гостиницы, обратился к участковому терапевту с жалобами на одышку, сердцебиения, утомляемость и слабость во время обычной физической нагрузки, отечность нижней половины голеней к вечеру.

Семь лет назад перенес инфаркт миокарда. Одышка впервые появилась 3 года назад, при значительных физических нагрузках. Со временем описанные пациентом жалобы приобретали нарастающий характер; в течение года периодически отмечает отеки нижних конечностей после физических нагрузок.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Гиперстеническая конституция. Кожный покров нормальной влажности, бледной окраски, определяется пастозность голеней. Дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 мин. Левая граница сердца при перкуссии смещена на 1 см наружи от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС = 92 в 1 мин. Пульс частый, ритмичный. АД = 150/90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. Область почек при поколачивании безболезненна.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроциты $5,6 \cdot 10^{12}$ /л; Нб – 154 г/л; Цв. пок = 0,93; лейкоциты - $7,6 \cdot 10^9$ /л: баз. - 1%; эоз. - 2%, палоч. - 7%, сегм. - 52%, лимфоциты - 33%, моноциты - 5%, СОЭ 13 = мм/час.

ОАМ: цвет – сол-желт., уд.плотность = 1010, реакция кислая, белок- следы., сахар- отрицательный. Эпителий плоский = 2-4 в п/зр. Лейкоциты = 2-5 в п/зр, кристаллы не обнаружены.

ЭКГ: Синусовый ритм, 90 в 1 мин. В отведениях I, aVL, V₂-V₆ зубец Р более 0,10 мм, определяется зубец Q (QS), шире 1,5 мм (>0,03 сек.).

Флюорография органов грудной клетки: корни легких несколько расширены, отмечается усиление легочного рисунка, очаговых теней не выявлено.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Сахар крови = 7,8 ммоль/л. Амилаза крови = 20 ед (по Вольгемуту). Креатинин = 0,89 ммоль/л. Билирубин = 18,2 мкмоль/л; АсАт/АлАт = 0,28/0,27 ммоль/л. Холестерин = 8,8 ммоль/л; Калий = 3,2 ммоль/л

Общий белок = 70 г/л: альбумины = 61%, глобулины 39%: $\alpha_1 = 2\%$, $\alpha_2 = 9\%$, $\beta = 12\%$, $\gamma = 19\%$. СРБ ++, АСЛО = 200 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 92 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ₁ = 79% от должного.

1. Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания, оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

3. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Задача № 6.

Больной Ф., 57 лет, менеджер, обратился к участковому врачу с жалобами на эпизоды «перебоев» в работе сердца, возникающие при физических нагрузках (ходьбе, подъеме на лестницу), а также при эмоциональном напряжении, сочетающиеся с неприятными, ноющими ощущениями в области сердца, иногда с чувством нехватки воздуха. Прием таблетки валидола или физический покой несколько облегчают самочувствие.

Впервые описанные симптомы появились 1 год назад после чрезмерной физической нагрузки, но беспокоили не чаще 1 раза в 2-3 месяца. Курит более 20 сигарет в день, имеет избыточный вес. Злоупотребляет жирной пищей.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Рост = 175 см, вес = 98 кг. Кожа обычной окраски, нормальной температуры и влажности. Дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 мин. При перкуссии левая граница относительной тупости сердца определяется по среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца глухие, неритмичные. ЧСС = 88 в 1 мин. Пульс частый, неритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 130/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11(0) x 10 x 9 см. Селезенка - 7/5 см. Область почек при поколачивании безболезненна.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроц. = $5,1 \cdot 10^{12}$ /л; Hb = 134 г/л; Цв. пок = 0,82; лейкоциты = $6,6 \cdot 10^9$ /л: баз. - 1%; эоз. - 2%, палоч. - 8%, сегм. - 46%, лимфоциты - 34%, моноциты - 9%, СОЭ 13 = мм/час.

ОАМ: цвет – сол-желт., уд.плотность - 1018, реакция кислая, белок - отрицат., сахар- отрицат. Эпителий плоский = 0-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, кристаллы не обнаружен.

ЭКГ: Синусовый ритм, 84 в 1 мин. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_I < S_{II} < S_{III}$. Желудочковая экстрасистолия по типу тригемении во всех отведениях.

Флюорография органов грудной клетки: корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 5,5 ммоль/л. Амилаза = 20 ед (по Вольгемуту). Креатинин = 86 мкмоль/л. Билирубин = 16,2 мкмоль/л; АсАт/АлАт = 0,18/0,27 ммоль/л. Холестерин = 8,8 ммоль/л; Калий = 3,1 ммоль/л

Общий белок = 74 г/л; альбумины = 60%, глобулины = 40%: $\alpha_1 = 3\%$, $\alpha_2 = 8\%$, $\beta = 11\%$, $\gamma = 18\%$. СРБ +, АСЛО = 185 ед.

Скорость клубочковой фильтрации = 90 мл/мин.

Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ₁ = 78% от должного.

1. Сформулируйте диагноз заболевания в соответствии с основными рубриками его классификации. Укажите причину и механизм развития (патогенез) патологического процесса.

2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза (уточнения причины, механизмов развития заболевания, оценки функционального состояния конкретной висцеральной системы, наличия осложнений) и дифференциальной диагностики с синдромно-сходными заболеваниями?

3. Назначьте этиопатогенетически обоснованную «стартовую» терапию и определите дальнейшие тактические действия с учетом предполагаемых результатов дополнительного обследования.

Задача № 7.

Больной Ф., 48 лет, инженер-конструктор, обратился самостоятельно на СМП и доставлен в приемный покой в 5 часов утра с жалобами на боли жгучего характера за грудиной с распространением в верхнюю челюсть и в левую подлопаточную область, сопровождающиеся холодным потом и резкой слабостью. Самостоятельный прием 3 таблеток нитроглицерина боли не купировал. После оказания помощи бригадой СМП боль несколько снизилась по интенсивности, но через полчаса вновь возобновилась с прежней силой.

Накануне больной перенес значительную физическую нагрузку, страдает артериальной гипертонией в течение 5 лет.

Объективно: Состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожа повышенной влажности, бледная. t тела = $37,2^{\circ}\text{C}$. Дыхание везикулярное. ЧД = 16 в мин. Левая граница сердца при перкуссии по среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца глухие, ритмичные, акцентуация сохранена. ЧСС = 98 в мин., пульс частый, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД = 160/94 мм рт.ст. Язык не обложен, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Область почек при поколачивании безболезненна.

Результаты обследования:

ОАК: Эритроциты = $5,3 \cdot 10^{12}$ /л; Hb = 144 г/л; Цв. пок = 0,88; Лейкоциты = $9,6 \cdot 10^9$ /л: баз.- 0%; эоз.-2%, палоч.- 9%, сегм.- 49%, лимфоциты - 35%, моноциты - 5%, СОЭ 23 = мм/час.

ОАМ: цвет – сол-желт., уд.плотность = 1020, реакция кислая, белок- отрицат., сахар - отрицат. Эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, кристаллы не обнаружены.

ЭКГ: Синусовый ритм, 104 в мин. В отведениях I, aVL, V₂-V₄ зубец R значительно снижен, определяется зубец Q (QS), шире 0,03 сек. Сегмент ST в I, aVL, V₂-V₄ резко

приподнят, вместе с зубцом Т образует монофазную кривую, в отведениях III, aVF – сегмент ST расположен ниже изолинии.

Рентгенография органов грудной клетки: корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 7,8 ммоль/л. Амилаза = 20 ед (по Вольгемуту). Креатинин = 89 мкмоль/л. Билирубин = 18,2 мкмоль/л.

1. Сформулируйте диагноз заболевания, с учетом его классификации, и выделите ведущий патологический синдром.

2. Назначьте, основываясь на представленных в условии задачи данных, базовую синдромную патогенетическую терапию конкретного неотложного состояния.

3. Назначьте дополнительные исследования, необходимые для объективной оценки тяжести состояния, оптимального выбора средств неотложной патогенетической терапии и почасового контроля её эффективности.

Задача № 8.

Больная К., 53 года, продавец, доставлена в приемный покой с жалобами на головную боль, головокружение, слабость в правой руке, двоение в глазах, тошноту.

Из анамнеза выяснено, что в течение предшествующих четырех дней больную беспокоили слабость, чувство тяжести в области сердца, перебои сердечной деятельности, отек лица и рук («не снималось кольцо»), уменьшение диуреза. В течение 10 лет участковым врачом периодически регистрировались высокие цифры АД, однако, больная принимала назначенные врачом препараты не систематически.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сонлива, несколько дезориентирована в обстановке. Конституция гиперстеническая. Рост = 155 см, вес = 68 кг. Кожа бледная, лицо одутловатое, веки набухшие, кожа рук напряжена. Отмечается снижение болевой и тактильной чувствительности в левой половине лица, губ.

В легких - везикулярное дыхание. ЧД = 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС = 80 в минуту. АД = 180/130 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, её размеры по Курлову: 9*8*7 см. Размеры селезенки: 7*5 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроциты = $4,0 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин = 110 г/л; цв. пок. = 0,95; Лейкоциты = $5,8 \cdot 10^9$ /л; базофилы -2; эозинофилы - 0; палочкоядерные-5; сегментоядерные-56; лимфоциты-29; моноциты-8; СОЭ = 5 мм/час.

ОАМ: цвет—соломенно-желтый, уд. плотность = 1020; реакция—кислая, белок отр.; сахар - отр., эпителий плоский = 3-5 в п/зр., лейкоциты = 2-4 в п/зр.

ЭКГ: $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V2} = S_{V2}$, угол $\alpha = 30^\circ$. Ритм правильный, 80 в 1 минуту.

Рентгенография органов грудной клетки: корни легких не расширены, горизонтальное положение тени сердца, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: сахар = 4,2 ммоль/л; амилаза = 22 ед. (по Вотльгемуту); креатинин = 108 мкмоль/л, билирубин = 12,9 мкмоль/л.

1. Сформулируйте диагноз заболевания, с учетом его классификации, и выделите ведущий патологический синдром.

2. Назначьте, основываясь на представленных в условии задачи данных, базовую синдромную патогенетическую терапию конкретного неотложного состояния.

3. Назначьте дополнительные исследования, необходимые для объективной оценки тяжести состояния, оптимального выбора средств неотложной патогенетической терапии и почасового контроля её эффективности.

Задача № 9.

Больная К., 55 лет, педагог, была доставлена в приемный покой с жалобами на дрожь, сердцебиение, сухость во рту, головную боль в области затылка, учащенное мочеиспускание.

Указанная симптоматика появилась внезапно, на фоне удовлетворительного самочувствия, около трех часов назад. Самостоятельный прием анальгина эффекта не оказал.

Из анамнеза: ранее больная обращалась к участковому врачу с жалобами на периодически возникающие сердцебиения, дрожь, головную боль. В процессе осмотра были зарегистрированы высокие цифры АД. Больная лечилась амбулаторно (эналаприл, элениум) в течении 10 дней, затем самостоятельно перешла на эпизодический прием лекарств.

Объективно: состояние средней тяжести, $t^0 = 37,1^\circ\text{C}$. Кожа чистая, влажная, лицо гиперемировано. Больная возбуждена, беспокойна, испугана. Отмечается выраженная дрожь во всем теле. Конституция нормостеническая. Рост = 162 см, вес = 60 кг. В легких — везикулярное дыхание, ЧД = 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС = 90 в минуту, АД = 190/110 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, её размеры по Курлову: 9*8*7 см. Размеры селезенки: 6*4 см. Поколачивание в области почек безболезненно.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроциты = $4,2 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин 120 г/л; цв. пок. = 0,98; Лейкоциты = $6,0 \cdot 10^9$ /л; базофилы - 1; эозинофилы - 1; палочко-ядерные - 4; сегментоядерные - 56; лимфоциты - 30; моноциты - 8, СОЭ = 9 мм/час.

ОАМ: цвет—светло-желтый, уд. плотность = 1005; реакция - слабо кислая, белок отр.; сахар отр., эпителий плоский = 2-3 в п/зр., лейкоциты = 1-3 в п/зр.

ЭКГ: $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V2} = S_{V2}$, угол $\alpha = 30^\circ$. Ритм правильный, 90 в 1 минуту.

Рентгенография органов грудной клетки: корни легких не расширены, горизонтальное положение тени сердца, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимическое исследование крови: сахар = 5,5 ммоль/л; амилаза = 21 ед; креатинин = 110 мкмоль/л, билирубин = 16,4 мкмоль/л.

1. Сформулируйте диагноз заболевания, с учетом его классификации, и выделите ведущий патологический синдром.

2. Назначьте, основываясь на представленных в условии задачи данных, базовую синдромную патогенетическую терапию конкретного неотложного состояния.

3. Назначьте дополнительные исследования, необходимые для объективной оценки тяжести состояния, оптимального выбора средств неотложной патогенетической терапии и почасового контроля её эффективности.

Задача № 10.

Больная М., 36 лет, инженер, обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку инспираторного характера, сердцебиение, слабость. Приступ развился впервые около двух часов назад после чрезмерной физической нагрузки.

Больная часто переносила ангины с длительными периодами реконвалесценции. Не рожала. У врача-терапевта длительно не обследовалась. В течение последних шести месяцев отмечает снижение толерантности к физической нагрузке (появление одышки при подъеме на 3-4 этаж), перебоев в сердечной деятельности при быстрой ходьбе. В анамнезе митральный порок сердца.

Объективно: состояние тяжелое. Положение пассивное, ортопноэ. Кожа бледная, влажная. Акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД = 28 в 1 мин. Тоны сердца неритмичные. ЧСС = 136 в мин. Пульс малого наполнения. Частота пульса = 112 в мин. АД = 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, гладкий, плотный. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

Результаты амбулаторного обследования:

ОАК: Эритроциты = $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин = 128 г/л, Цв. пок. = 0,9. Лейкоциты = $6,3 \times 10^9$ /л: базофилы = 0%, эозинофилы = 1%, палочкоядерные = 1%, сегментоядерные нейтрофилы = 62%, лимфоциты = 29%, моноциты = 7%, СОЭ = 25 мм/час.

ОАМ: уд. плотность = 1021, цвет соломенно-желтый, прозрачная, реакция кислая. Белок, сахар отсутствуют. Ацетон, кетоновые тела, уробилин, билирубин - отсутствуют. Осадок мочи: эпителий плоский = ед. в п/зр., лейкоциты = 2-3 в п/зр., Эритроциты = 0 в п/зр., цилиндры гиалиновые = ед. в п/зр.

ЭКГ: отсутствует зубец Р, интервалы R-R различны по продолжительности, комплексы QRS не деформированы и не расширены. Частота комплексов QRS = 132 в мин.

Флюорография органов грудной клетки: бронхо-легочный рисунок диффузно усилен. Корни легких расширены. Сглаженность талии сердца и выбухание третьей дуги по левому контуру сердца.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Почки на обычном уровне, Контуры musculus ileopsoas четкие, ровные. Определяется умеренное количество газа в кишечнике, уровней жидкости нет.

Биохимические исследования крови: амилаза = 20 г/час×л, сахар = 3,9 ммоль/л, креатинин = 88 мкмоль/л, билирубин = 16,4 мкмоль/л (прямой = 0 мкмоль/л, непрямой = 16,4 мкмоль/л).

1. Сформулируйте диагноз заболевания, с учетом его классификации, и выделите ведущий патологический синдром.

2. Назначьте, основываясь на представленных в условии задачи данных, базовую синдромную патогенетическую терапию конкретного неотложного состояния.

3. Назначьте дополнительные исследования, необходимые для объективной оценки тяжести состояния, оптимального выбора средств неотложной патогенетической терапии и почасового контроля её эффективности.

3. Технологии и критерии оценивания

За период изучения дисциплины « Кардиология» предусмотрен экзамен в 5 семестре, во 2, 3 и 4 семестрах сдается зачет с оценкой.

Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Кардиология» в соответствии с требованиями ФГОС ВО. До экзамена допускаются аспиранты, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

3.1. Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки госпитализации больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем экзаменуемый проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с

наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

3.2. Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70–80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81–90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

70-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

3.3. Критерии оценки этапов клинического разбора больного, решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.