

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

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

КАРДИОЛОГИЯ

Специальность 31.08.36 Кардиология
код, наименование

Кафедра: факультетской и поликлинической терапии

Форма обучения очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Кардиология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз.	Ситуационные задачи Тестовые задания
		Раздел 2. Заболевания аорты, периферических сосудов. ТЭЛА.	
		Раздел 3. Артериальная гипертензия	
		Раздел 4. Нарушения ритма и проводимости	
		Раздел 5. Пороки сердца	
		Раздел 6. Некоронарогенные заболевания миокарда	
		Раздел 7. Сердечная недостаточность	
		Раздел 8. Сердечно-сосудистая патология у особых категорий пациентов	
		Раздел 9. Сердечно-легочная реанимация	

	Промежуточн ый	Все темы разделов	Перечень вопросов в экзаменационных билетах
--	-------------------	-------------------	---

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

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

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. К КАТЕГОРИИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ:</p> <p>А. Переживший два СС события в течение 2 лет Б. Перенесший повторный ИМ В. При сочетании ИБС и уровня ОХС более 8 ммоль/л Г. При сочетании ИБС, СД и курения</p>
<p>2. К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ:</p> <p>А. бляшка >50% при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >50% Б. бляшка >45% при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >45% В. бляшка >40 % при УЗ исследовании или при СКГ > 2 эпикардиальных артерий со стенозами >40% Г. любые верифицированные атеросклеротические бляшки</p>
<p>3. К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ:</p> <p>А. СД1 типа длительностью >20 лет Б. СД1 типа длительностью >10 лет В. СД1 типа у пациента после 40 лет Г. СД2 типа у пациента после 40 лет</p>
<p>4. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ЦЕЛЕВОЙ ХС ЛНП СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2019 ГОДА:</p> <p>А. 3,0 ммоль/л Б. 2,0 ммоль/л В. 1,8 ммоль/л Г. 1,4 ммоль/л</p>
<p>5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА СТАТИНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ПРИ УСЛОВИИ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ:</p> <p>А. Аторвастатин 80 мг в сутки Б. Аторвастатин 20 мг в сутки В. Розувастатин 10 мг в сутки Г. Розувастатин 80 мг в сутки Д. Аторвастатин 40 мг +эзетимиб 10 мг</p>
<p>6. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНА В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХС ЛНП У ПАЦИЕНТА С ИБС:</p>

<p>А. Добавить эзетимиб 10 мг в сутки</p> <p>Б. Добавить фенофибрат 145 мг в сутки</p> <p>В. Перейти на другой статин в максимальной дозе</p> <p>Г. Добавить омега 3- ПНЖК</p>
<p>7. ПРИ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ (УМЕРЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ ХС ЛНП, НИЗКИЙ ХС ЛВП, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТГ) У ПАЦИЕНТА С СД 2 ТИПА ПОСЛЕ ЧКВ ОПТИМАЛЬНО:</p> <p>А. Сочетание статина и фенофибрата</p> <p>Б. Сочетание статина и эзетимиба</p> <p>В. Сочетание статина, эзетимиба и эволокумаба</p> <p>Г. Фенофибрат и никотиновая кислота</p>
<p>8. ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ СТАТИНОВ В ЛЮБЫХ ДОЗАХ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСЛЕ СМЕНЫ ПРЕПАРАТА) СЛЕДУЕТ РАССМОТРЕТЬ</p> <p>А. назначение эзетимиба, далее рассмотреть добавление ингибиторов PCSK9</p> <p>Б. Фенофибрат</p> <p>В. Сочетание эзетимиба и эволокумаба</p> <p>Г. Фенофибрат и никотиновая кислота</p>
<p>9. ЧТО, ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА, ПРИНИМАЮЩЕГО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗАЛСЯ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ (АЛТ $<3 \times$ ULN)?</p> <p>А. Продолжать терапию и повторно проверить ферменты печени через 4–6 недель</p> <p>Б. Прекратить липидоснижающую терапию или уменьшите дозу статина</p> <p>В. Прекратить терапию, возобновление терапии может быть рассмотрено после того, как АЛТ нормализовался.</p> <p>Г. Добавить к терапии урсодезоксихолевую кислоту</p>
<p>10. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИМ НА ФОНЕ НАЧАЛА СТАТИНОТЕРАПИИ ПОВЫСИЛСЯ УРОВЕНЬ КФК < 4 НОРМ, МЫШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ:</p> <p>А. Продолжать прием статинов (пациент должен быть предупрежден, чтобы сообщить о симптомах).</p> <p>Б. Прекратить липидоснижающую терапию или уменьшить дозу статина</p> <p>В. Прекратить терапию, возобновление терапии может быть рассмотрено после того, как уровень КФК нормализовался.</p> <p>Г. Использовать флувастатин, как статин с наименьшим процентом развития миопатий</p>
<p>11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХСНЛПВП И АРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>для лиц с гиперТГ-емией, метаболическим синдромом или низким уровнем ХС ЛПНП</p> <p>А. для лиц с низким уровнем ХС ЛВП и высоким общим ХС</p> <p>Б. для лиц с высоким уровнем ХС ЛПНП и высоким общим ХС</p> <p>В. для лиц с установленным диагнозом ССЗ</p>
<p>12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ LP(A) РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>А. для лиц с гиперТГ-емией, метаболическим синдромом или низким уровнем ХС ЛПНП</p> <p>Б. для лиц с низким уровнем ХС ЛВП и высоким общим ХС</p> <p>В. для лиц с высоким уровнем ХС ЛПНП и высоким общим ХС</p> <p>Г. следует определять по крайней мере однажды у каждого взрослого, особенно у пациентов с отягощенным семейным анамнезом</p>
<p>13. ПАЦИЕНТКЕ 29 ЛЕТ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА С УРОВНЕМ ХС ЛНП 7,5 ММОЛЬ/Л, ИМЕЮЩЕЙ ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО ССЗ ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,8 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 2,5 ммоль/л</p> <p>В. Начало статинотерапии после проведения ДНК диагностики и верификации</p>

<p>семейной ГХС</p> <p>Г. Начало статинотерапии при наличии дополнительных факторов риска</p>
<p>14. ПАЦИЕНТУ 49 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОВТОРНЫЙ ИМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ АТОРВАСТАТИН 20 МГ В СУТКИ, С УРОВНЕМ ХС ЛНП 6,5 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,4 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,0 ммоль/л</p> <p>В. Начало комбинированной терапии статинами и эзетимибом</p> <p>Г. Начало комбинированной терапии статинами, эзетимибом и эволокумабом</p>
<p>15. ПАЦИЕНТУ 59 ЛЕТ С СД 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИМ, С УРОВНЕМ ОБЩЕГО ХС 6,4 ММОЛЬ/Л, ХС ЛНП 2,5 ММОЛЬ/Л, ТГ 4,8 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО:</p> <p>А. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,4 ммоль/л</p> <p>Б. Начало статинотерапии с достижением уровня ХС ЛПНП 1,0 ммоль/л</p> <p>В. Начало комбинированной терапии статинами и эзетимибом</p> <p>Г. Начало комбинированной терапии статинами и фенофибратом</p>
<p>16. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА?</p> <p>а) верапамил</p> <p>б) нитронг</p> <p>в) аспирин</p> <p>г) моксондин</p>
<p>17. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДАЮТ ХОРОШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРОМЕ:</p> <p>а) аспирина</p> <p>б) гепарина</p> <p>в) блокаторов кальциевых каналов</p> <p>г) β-блокаторов</p>
<p>18. ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ С ИМ ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q БОЛЬНЫЕ ИМ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q:</p> <p>а) имеют большую вероятность развития повторного инфаркта или стенокардии</p> <p>б) имеют лучший долгосрочный прогноз через 3 года</p> <p>в) составляют большинство с острыми инфарктами миокарда</p> <p>г) у них чаще развивается окклюзия коронарной артерии</p>
<p>19. САМЫМ КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Тропонин Т</p> <p>б) КФК МВ</p> <p>в) Миоглобин</p> <p>г) АСТ</p>
<p>20. В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ «ПОДЪЕМ ST» ПРИ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА?</p> <p>а) III, aVF, II;</p> <p>б) V₁-V₃;</p> <p>в) I, II AVL;</p> <p>г) V₄-V₅.</p>
<p>21. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:</p> <p>а) передне-перегородочной локализации,</p> <p>б) нижней локализации,</p>

<p>в) боковой стенки</p> <p>г) эффективность тромболитической терапии примерно одинакова при всех вариантах инфаркта миокарда.</p>
<p>22. СИМПТОМ ПАРДИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЭТО:</p> <p>а) депрессия сегмента ST;</p> <p>б) подъем сегмента ST выше изолинии;</p> <p>в) «уширение» комплекса QRS;</p> <p>г) глубокий отрицательный зубец T</p>
<p>23. ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИМ:</p> <p>а) неселективные бета-адреноблокаторы;</p> <p>б) сартаны,</p> <p>в) нифедипин;</p> <p>г) амлодипин, плендил;</p>
<p>24. ПОКАЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) Динамика КК в первые 3 часа приступа,</p> <p>б) Динамика КК в сроки 3-6 часов приступа с уровнем выше нормы,</p> <p>в) Динамика КК в сроки 8-24 часа после начала болевого приступа с уровнем в 2 раза выше нормы</p> <p>г) Стабильный уровень КК при значениях выше в 1,5 раза нормы</p>
<p>25. ЭФФЕКТИВНЫМ ТРОМБОЛИЗИС СЧИТАЕТСЯ В СЛУЧАЕ</p> <p>а) формирования зубца Q в двух последовательных отведениях</p> <p>б) снижения уровня КФК через 3 часа после введения препарата</p> <p>в) снижения сегмента ST более чем на 50 % через 1,5 часа после введения препарата</p> <p>г) увеличения АЧТВ в 2 раза</p>
<p>26. ТЕРМИН «РЕЦИДИВ» ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ ЕСЛИ</p> <p>а) острый инфаркт миокарда развивается после 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда</p> <p>б) острый инфаркт миокарда развивается в течение 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда</p> <p>в) острый инфаркт миокарда развивается после 45 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда</p> <p>г) острый инфаркт миокарда развивается после 2 месяцев, прошедших с момента первого инфаркта миокарда</p>
<p>27. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ ИСХОДОВ В БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНИЕ СРОКИ ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС</p> <p>а) SCORE</p> <p>б) CRUSADE</p> <p>в) GRACE</p> <p>г) CHADS2</p>
<p>28. СТАРТОВАЯ ДОЗА АТОРВАСТАТИНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКС</p> <p>а) 10 мг</p> <p>б) 20 мг</p> <p>в) 40 мг</p> <p>г) 80 мг</p>
<p>29. СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА, КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРВОГО ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) наличие симптомов ишемии и/или изменений на ЭКГ и/или повышения и/или</p>

<p>закономерной динамики снижения кардиоспецифических ферментов (необходимо наличие 2 любых критериев из 3-х)</p> <p>б) повышение и/или закономерная динамика снижения кардиоспецифических ферментов в сочетании с симптомами ишемии и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии)</p> <p>в) наличие симптомов ишемии в сочетании с повышением и/или закономерной динамикой снижения кардиоспецифических ферментов и/или изменениями на ЭКГ и/или появлением зон гипо/акинезии и/или выявлением интракоронарного тромба (при ангиографии или аутопсии).</p> <p>г) клиника инфаркта миокарда и изменения на ЭКГ</p>
<p>30. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. Кардиогенный шок</p> <p>Б. Острая левожелудочковая недостаточность</p> <p>В. Острая аневризма левого желудочка</p> <p>Г. Нарушения сердечного ритма и проводимости</p>
<p>31. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ У</p> <p>А. 20 – 30% больных</p> <p>Б. 40 – 50% больных</p> <p>В. 60 – 70% больных</p> <p>Г. 80 – 90% больных</p>
<p>32. ПОЗДНИЕ РАЗРЫВЫ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЮТСЯ</p> <p>А. после 24 часов</p> <p>Б. после 72 часов</p> <p>В. после 5 суток</p> <p>Г. после 7 суток</p>
<p>33. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ ВИТАМИНА К ПРИ ПРИСТЕНОЧНОМ ТРОМБОЗЕ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БУДЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>А. Фрагментация тромба</p> <p>Б. Мобильный свободный участок</p> <p>В. Выраженная протрузия тромба</p> <p>Г. Однородность структуры тромба</p>
<p>34. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ СИМТОМ</p> <p>А. Казем – Бека</p> <p>Б. Ризваша</p> <p>В. Вернгейма</p> <p>Г. Криглера – Найяра</p>
<p>35. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА</p> <p>А. СИ < 1,8 л/мин/м²</p> <p>Б. СИ < 1,2 л/мин/м²</p> <p>В. КДД ЛЖ > 10 мм.рт.ст.</p> <p>Г. КДД ЛЖ > 12 мм.рт.ст.</p>
<p>36. НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ДОПАМИНА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А. 1 мкг/кг/мин</p> <p>Б. 3 мкг/кг/мин</p> <p>В. 5 мкг/кг/мин</p>

Г. 20 мкг/кг/мин
37. ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИТИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ А. Диклофенак Б. Ацетилсалициловую кислоту В. Мелоксикам Г. Преднизолон
38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА ПРИ ИМ ЯВЛЯЕТСЯ А. Желудочковая экстрасистолия Б. Суправентрикулярная тахикардия В. Фибрилляция предсердий Г. Синусовая тахикардия
39. ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОПРАНОЛОЛ А. Вводится в/в капельно 1 мг/кг/мин Б. Вводится в/в капельно 3 мг/кг/мин В. Вводится в/в капельно 5 мг/кг/мин Г. Не рекомендуется
40. ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ, КРОМЕ А. Эозинофилия Б. Анемия В. Альфа-2-глобулинемия Г. Гаммаглобулинемия
41. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИМ А. Пропранолол Б. Пропафенон В. Дигоксин Г. Амиодарон
42. ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АРИТМИЙ НАЗНАЧАЮТ ПРИ А. Уровне калия в крови <6 ммоль/л Б. Уровне калия в крови <5 ммоль/л В. Уровне калия в крови <4 ммоль/л Г. Уровне калия в крови <3 ммоль/л
43. ДЛЯ РЕФЛЕКТОРНОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ РЕФЛЕКСА А. Розер-Нелатона Б. Бецольда-Яриша В. Гаккенбруха-Сикара Г. Дельбе-Пертеса
44. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РЕКОМЕНДОВАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ А. Бета-адреноблокаторы Б. Восстановление коронарного кровотока В. Определение уровня магния в крови Г. Лидокаин
45. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХАРАКТЕРНО: А. Приступы возникают рано утром при пробуждении Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге, интенсивной физической

<p>нагрузке</p> <p>В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе</p> <p>Г. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе</p>
<p>46. СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА – ЭТО:</p> <p>А. серии кратковременных ангинозных болей вне связи с нагрузкой, часто в ранние утренние часы, купирующиеся нитроглицерином и сопровождающиеся преходящим подъемом сегмента ST на ЭКГ</p> <p>Б. нетипичная клиника стенокардии, возникающая при физической нагрузке, прием нитропрепаратов не приносит облегчения, отсутствуют изменения на ЭКГ</p> <p>В. микроваскулярная форма ИБС, для которой не характерно атеросклеротическое поражение коронарных артерий</p> <p>Г. вариант безболевого ишемии миокарда</p>
<p>47. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. Дигидропиридиновые антагонисты кальция</p> <p>Б. Недигидропиридиновые антагонисты кальция</p> <p>В. Селективные бета-адреноблокаторы</p> <p>Г. Статины</p>
<p>48. ДЛЯ X-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:</p> <p>А. Отсутствие атеросклеротического поражения коронарных сосудов по данным СКГ</p> <p>Б. Микрососудистая дисфункция интрамиокардиальных отделов коронарных артерий</p> <p>В. У данной категории пациентов возможно выявление ишемии миокарда во время выполнения стресс-теста</p> <p>Г. Ангинозные приступы в покое, часто в ночные часы и в редких случаях связан с физической, приступы имеют тенденцию возникать регулярно в определенное время</p>
<p>49. ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ «НЕМОЙ» ИШЕМИИ МОГУТ БЫТЬ:</p> <p>А. высокий порог болевой чувствительности</p> <p>Б. повреждение рецепторов миокарда и афферентных путей (например, после инфаркта миокарда при возникновении ишемии в зоне рубцов)</p> <p>В. наличие сопутствующих заболеваний, так как сахарный диабет, что может быть обусловлено периферической невропатией.</p> <p>Г. все перечисленное верно</p>
<p>50. К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. Хроническая болезнь почек 4-5 стадии</p> <p>Б. Сахарный диабет тяжелого течения</p> <p>В. Неконтролируемая артериальная гипертензия</p> <p>Г. Острый коронарный синдром</p>
<p>51. К ГРУППАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПОКАЗАННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. антиагреганты, пролонгированные нитраты, селективные бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, гиполипидемические препараты</p> <p>Б. антикоагулянты, гиполипидемические препараты, антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, метаболические препараты (триметазидин)</p> <p>В. антиагреганты, антикоагулянты, неселективные бета-адреноблокаторы, дигидропиридиновые антагонисты кальция, короткодействующие нитраты, ингибиторы АПФ</p> <p>Г. статины, антикоагулянты, неселективные бета-адреноблокаторы, недигидропиридиновые антагонисты кальция, дигидропиридиновые антагонисты кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина, метаболические препараты (АТФ,</p>

неотон, рибоксин, кокарбоксилаза), антиоксиданты (лизивит - С и др.)
52. К ПРОЛОНГИРОВАННЫМ НИТРАТАМ ОТНОСИТСЯ: А. Нифедипин Б. Нитроминт В. Эфокс-лонг Г. Нитрокор
Раздел 2. Заболевания аорты, периферических сосудов. ТЭЛА.
53. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА СЛУЖИТ А. когда-либо перенесенный геморрагический инсульт Б. ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев В. транзиторная ишемическая атака в течение последний 3 месяцев Г. инсульт неизвестного характера в анамнезе
54. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТЭЛА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ: А. варфарин Б. дабигатран В. ривароксабан Г. апиксабан
55. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО Д-ДИМЕР ТЕСТА А. подтверждает диагноз ТЭЛА Б. исключает диагноз ТЭЛА В. не имеет диагностического значения
56. ПРИ НЕВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ А. ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей Б. эхокардиографическое исследование В. высокочувствительный Д-димер тест Г. тропониновый тест
57. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТЭЛА СЛУЖАТ ВСЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ: А. снижение фракции выброса правого желудочка Б. диастолический размер правого желудочка более 30 мм В. соотношение размеров правого и левого желудочков более 1 Г. систолическое сглаживание межжелудочковой перегородки
58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЮТСЯ: А. аортит сифилитического, гигантоклеточного, микотического характера; Б. аутоиммунные заболевания (неспецифический аортоартериит); В. атеросклероз; Г. врожденные системные заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса — Данлоса)
59. ВОЗМОЖНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ НЕМЕДЛЕННО РАССМАТРИВАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С : А. болями в животе и / или в пояснице, Б. пульсирующим образованием в брюшной полости В. гипотензией Г. со всеми тремя признаками
60. ПАЦИЕНТАМ С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО И ИНТЕРРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ БРЮШНОЙ АОРТЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ:

<p>А. диаметре более 4,5 см у женщин и более 5,0 см у мужчин Б. диаметре более 5,0 см у женщин и более 4,0 см у мужчин В. диаметре более 4,0 см у женщин и более 5,0 см у мужчин Г. диаметре более 5,5 см у женщин и более 5,0 см у мужчин</p>
<p>61. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АНЕВРИЗМЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ</p> <p>А. рекомендуется у пациентов с низким или средним риском сердечно-легочных осложнений Б. рекомендуется у пациентов с высоким риском сердечно-легочных осложнений В. увеличивает продолжительность пребывания в стационаре по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами Г. увеличивает число ранних осложнений</p>
<p>62. НАЛИЧИЕ КАКИХ ФАКТОРОВ ИСКЛЮЧАЕТ РЕКОНСТРУКЦИЮ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ ИЛИ ОТКЛАДЫВАЕТ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЕ:</p> <p>А. Перенесенный инфаркт миокарда (> 1 мес) Б. Стенокардия I-II КФК В. Острый коронарный синдром Г. Хроническая сердечная недостаточность 2 ФК</p>
<p>63. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОРАЖАЮТСЯ СОСУДЫ СРЕДНЕГО КАЛИБРА, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. узелковый полиартериит, Б. гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона), В. гранулематоз с полиангиитом, Г. все вышеперечисленное</p>
<p>64. ПРИ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЕ ИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СИМПТОМОВ И УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОХОДИМОЙ ДИСТАНЦИИ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ А (КЛАСС I) ИМЕЕТ:</p> <p>А. пентоксифиллин Б. цилостазол В. сулодексид Г. актовегин</p>
<p>65. ИЗ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ РЕКОМЕНДОВАНЫ</p> <p>А. Антикоагулянты Б. Простагландины В. Регионарный катетерный тромболизис Г. Все вышеперечисленное</p>
<p>66. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОРАЖАЮТСЯ КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А. гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона), Б. болезнь Такаясу, В. синдром Бехчета; Г. все вышеперечисленное</p>
<p>67. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ (БОЛЕЗНИ ХОРТОНА) НЕ ПОРАЖАЕТСЯ:</p> <p>А. Затылочная артерия Б. Аорта В. Верхнечелюстная артерия Г. Почечная артерия</p>

<p>68. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) кратковременные эпизоды потери сознанияб) нарушения сердечного ритма и проводимостив) наличие периферических отековг) боль в теменной и затылочной областях
<p>69. ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) стеноза почечной артерии, тромбоза почечной артерииб) фиброваскулярной гиперплазии почечной артериив) фиброваскулярной дисплазии почечной артерииг) правильно все
<p>70. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРАНАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР:</p> <ul style="list-style-type: none">а) изолированного диастолическогоб) с асимметрией на верхних и нижних конечностяхв) кризовогог) изолированного систолического
<p>71. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ ПРИМЕНЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ингибиторы ангиотензинпревращающего ферментаб) тиазидные диуретикив) антагонисты кальцияг) все перечисленное
<p>72. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?</p> <ul style="list-style-type: none">а) снижение удельного весаб) лейкоцитурияв) микрогематурияг) повышение удельного веса
<p>73. ПРИ АГ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ретропневмоперитонеумб) обзорный снимок брюшной полостив) компьютерная томографияг) мр-томография
<p>74. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) патология почекб) поражение почечных артерийв) феохромоцитомаг) все перечисленное
<p>75. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ишемии внутренних органов ниже места суженияб) тромбоза вен нижних конечностейв) недостаточности мозгового кровообращенияг) присоединения атеросклероза магистральных артерий
<p>76. БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, ВСЕ КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none">а) верапамил,б) нифедипин,в) кордипин,г) атенолол
<p>77. К ИАПФ ОТНОСИТСЯ:</p>

<p>а) моксонидин б) метопролол в) эналаприл г) ариффон</p>	
<p>78. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ:</p> <p>а) антагонистов кальция б) неселективных β-блокаторов в) иАПФ г) препаратов центрального действия</p>	
<p>79. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ?</p> <p>а) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст. б) систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст. в) систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст. г) систолическое давление - ниже 130 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.</p>	
<p>80. ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ, ПРИ КОТОРЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ИЛИ В ЖИВОТЕ И СПИНЕ С ЧАСТИЧНОЙ ИРРАДИАЦИЕЙ В БОК И ПАХОВЫЕ ОБЛАСТИ:</p> <p>а) острое нарушение мозгового кровообращения, б) острая сердечная недостаточность, в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты</p>	
<p>81. ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ К ТЕРАПЕВТУ ПО ПОВОДУ ВНЕЗАПНЫХ ПОДЪЕМОВ АД ДО 200/110 ММ.РТ.СТ. ПРИСТУПЫ ДЛЯТСЯ ОТ 20 МИНУТ ДО ОДНОГО ЧАСА. НА УЗИ УВЕЛИЧЕН ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК, АНАЛИЗ МОЧИ В НОРМЕ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИАГНОЗОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?</p> <p>а) феохромоцитома б) гипернефроидный рак в) гипертонический криз г) первичный альдостеронизм</p>	
<p>82. КАКУЮ ГРУППУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ:</p> <p>а) ингибиторы АПФ б) бета-адреноблокаторы в) альфа-адреноблокаторы г) калийсберегающие диуретики</p>	
<p>Раздел 4. Нарушения ритма и проводимости</p>	
<p>83. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ?</p> <p>А. Верошпирон Б. Бисопролол В. Изосорбида динитрат Г. Аторвастатин</p>	
<p>84. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?</p> <p>А. Тромбоэмболический синдром Б. Гипертонический криз В. Инфаркт миокарда</p>	

Г. ХСН
<p>5. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КВАДРИГЕМЕНИИ?</p> <p>А. наличия нескольких одинаковых экстрасистол подряд</p> <p>Б. чередование экстрасистолы с каждым синусовым импульсом</p> <p>В. появления экстрасистолы после 2 нормальных импульсов</p> <p>Г. появления экстрасистолы после 3 нормальных импульсов</p>
<p>6. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ?</p> <p>А. появление на ЭКГ длинных пауз, превышающих обычные интервалы R-R в несколько раз</p> <p>Б. деформация зубца Р</p> <p>В. отсутствие зубца Р</p> <p>Г. удлинение интервала Р-Q</p>
<p>7. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ?</p> <p>А. периодичность выпадения сердечного сокращения</p> <p>Б. стабильное удлинение интервала Р-Q</p> <p>В. наличие периода Самойлова-Венкебаха</p> <p>Г. постепенное увеличение интервала Р-Q</p>
<p>88. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ I)?</p> <p>А. стабильное удлинение интервала Р-Q;</p> <p>Б. постепенное увеличение интервала Р-Q с последующим выпадением сердечного комплекса;</p> <p>В. увеличение продолжительности зубца Р</p> <p>Г. периодичность выпадения сердечного сокращения</p>
<p>89. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ БЛОКАДЫ?</p> <p>А. зубец Р не изменен</p> <p>Б. деформация зубца Р</p> <p>В. деформация комплекса QRS</p> <p>Г. уширение желудочкового комплекса</p>
<p>90. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ?</p> <p>А. отсутствие зубцов Р</p> <p>Б. наличия множественных беспорядочных, различных по величине, форме и продолжительности предсердных волн мерцания f</p> <p>В. интервалы R-R одинаковые</p> <p>Г. интервалы R-R различные</p>
<p>91. КОГДА ОБЫЧНО НЕ ТРЕБУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ?</p> <p>А. при желудочковой тахикардии</p> <p>Б. при желудочковой экстрасистолии</p> <p>В. при наджелудочковой тахикардии</p> <p>Г. при предсердной экстрасистолии</p>
<p>92. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ?</p> <p>А. отсутствие зубца Р</p> <p>Б. укорочение интервала PQ</p> <p>В. наличие преждевременных комплексов QRS</p> <p>Г. Одинаковые интервалы R-R</p>

<p>93. ЭКТОПИЧЕСКИМ РИТМОМ НАЗЫВАЮТ РИТМ С ЧАСТОТОЙ</p> <p>А. менее 60 ударов в минуту Б. менее 90 ударов в минуту В. более 100 ударов в минуту Г. более 120 ударов в минуту</p>	
<p>94. ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НЕ ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. блокада пучка Гиса Б. сино-аурикулярная блокада II-III степени В. синдром тахи-бради аритмии Г. остановка синусового узла</p>	
<p>95. ЭКГ- ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. удлинение комплекса QRS до 0,10-0,11 сек Б. Высокий положительный зубец Т в отведениях V1-2 В. патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях V5-6 Г. прогрессирующее уменьшение амплитуды зубца R от V1 кV6</p>	
<p>96. ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА</p> <p>А. измененная форма QRS Б. полная компенсаторная пауза В. неполная компенсаторная пауза Г. локализация в отведениях V1-6</p>	
<p>97. КОМПЕНСАТОРНОЙ ПАУЗОЙ НАЗЫВАЮТ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ</p> <p>А. экстрасистолой и последующим нормальным сокращением Б. нормальным сокращением и последующей экстрасистолой В. двумя экстрасистолами Г. группой экстрасистол и нормальным сокращением</p>	
<p>Раздел 5. Пороки сердца</p>	
<p>98. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭХО-КГ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА, ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ:</p> <p>А площадь отверстия Б средний градиент давления В площадь регургитации Г фракция выброса</p>	
<p>99. КЛИНИКА МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ</p> <p>А менее 4 см²; Б менее 3 см²; В менее 2,5 см²; Г менее 1 см²</p>	
<p>100. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А инфекционный эндокардит Б ревматический кардит В атеросклероз Г травма</p>	
<p>101. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ</p> <p>А инфаркт миокарда Б образование внутрисердечных тромбов</p>	

В фибрилляция и трепетание предсердий Г тромбоэмболии в артерии большого круга кровообращения
102. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ А отклонение эос вправо, р-mitrale, увеличение амплитуды r в v1,2 и s в v5,6 Б вертикальное положение эос, р-mitrale, увеличение амплитуды r в v5,6 и s в v1,2 В горизонтальное положение эос, р-mitrale, увеличение амплитуды r в v1,2 и s в v5,6 Г отклонение эос вправо, увеличение амплитуды r в v5,6 и s в v1,2
103. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ А площадь митрального отверстия менее 3 см ² Б площадь митрального отверстия менее 1,5 см ² В площадь митрального отверстия менее 2 см ² Г Митральная регургитация I ст.
104. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ А митральная регургитация II ст Б площадь митрального отверстия менее 3 см ² В выраженная дисфункция левого желудочка и застойная сердечная недостаточность Г выраженная дилатация левого желудочка
105. ХАРАКТЕРНЫЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ШУМЫ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ А систолический шум на верхушке с иррадиацией в подмышечную область Б диастолический шум на верхушке В систолический шум на аорте Г акцент II тона над легочной артерией
106. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ А увеличение амплитуды зубцов r в v1,2, s в v5,6 Б увеличение амплитуды зубцов r в v5,6, s в v1,2 В высокий остроконечный зубец r Г расширение комплекса QRS
107. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРИОБРЕТЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1.РЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ 2. АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ 3. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ 4. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ 5. МИОКАРДИТ А верно 1,2 Б верно 1,2,3 В верно 1,2,3,4 Г верно 1,2,3,4,5
108. АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ШУМЫ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ А ослабление 2 т над аортой, систолический шум в точке Боткина, систолическое дрожание на аорте Б ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке В ослабление 1 и 2 тонов, диастолический шум в точке Боткина Г акцент 2 тона на аорте, систолический шум в точке Боткина
109. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО А обморочные состояния Б типичные приступы стенокардии

<p>В приступы сердечной астмы Г высокое пульсовое давление.</p>
<p>110. БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>А атеросклерозом коронарных артерий Б относительной коронарной недостаточностью В тромбозом коронарных артерий</p>
<p>111. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ</p> <p>А признаки ишемии Б вертикальное положение эос В р-пульмонале Г признаки гипертрофии левого желудочка</p>
<p>112. ПАЦИЕНТУ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМ КЛАПАНОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ</p> <p>А аспирин Б варфарин В ривараксабан Г фраксипарин</p>

Раздел 6. Некоронарогенные заболевания миокарда

<p>113. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) аденовирусы б) вирус Коксаки в) парвовирус В19 г) всё перечисленное</p>
<p>114. ОСОБЕННОСТЬЮ ДИФТЕРИЙНОГО МИОКАРДИТА СЧИТАЮТ</p> <p>а) нарушения проводимости б) быстрое развитие ХСН в) наличие панкардита г) инфаркто-подобные изменения на ЭКГ</p>
<p>115. К НЕБЛАГОПРИЯТНОМУ ФОНУ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ</p> <p>а) наличие резервуаров инфекции б) аллергический фон в) воздействие токсических веществ г) всё перечисленное</p>
<p>116. К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ИНФЕКЦИИ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ МИОКАРДИТ ОТНОСЯТ</p> <p>а) ожирение б) синдром нарушения питания (мальнутриция) в) наличие АГ г) всё перечисленное</p>
<p>117. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ</p> <p>а) декомпенсационный б) малосимптомный в) аритмический г) всё перечисленное</p>
<p>118. ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД МИОКАРДИТА В СРЕДНЕМ ДЛИТСЯ</p> <p>а) один день б) один месяц</p>

<p>в) 1-2 недели г) 6 месяцев</p>
<p>119. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) ночные поты б) кровохарканье в) одышку г) повышение АД</p>
<p>120. МИОКАРДИТ ВЫЗВАННЫЙ ПАРВОВИРУСОМ В19 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) быстрым переходом процесса на перикард б) поражением эндотелия коронарных сосудов в) появлением ритма галопа г) высокой лихорадкой</p>
<p>121. ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ МИОКАРДИТЕ С РАЗВИТИЕМ ОЛЖН К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ</p> <p>а) гептрал б) моксонидин в) левосимендан г) сальбутамол</p>
<p>122. ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА ПРИ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) преднизолон б) азатиоприн в) циклоспорин г) всё перечисленное</p>
<p>123. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИКАРДИТ</p> <p>а) неопластический б) постинфарктный в) туберкулёзный г) постперикардитомный</p>
<p>124. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ СВЯЗАН</p> <p>а) с наличием повышенной температуры б) с уровнем АД в) с положением тела г) со всем перечисленным</p>
<p>125. КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) горизонтальный подъём сегмента ST б) наличие желудочковой экстрасистолии в) возникновение полной поперечной блокады г) появление синдрома удлинённого QT</p>
<p>126. УМЕРЕННЫМ ВЫПОТОМ (ЭХО-НЕГАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО В ЗАДНЕЙ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ БОРОЗДЕ) ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) выпот до 10 мм б) выпот 10-20 мм в) выпот более 20 мм г) выпот более 30 мм</p>
<p>127. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ</p> <p>а) НПВС б) колхицин в) глюкокортикоиды</p>

г) всё перечисленное
<p>128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. грамм-отрицательная микрофлора; б. грибы; в. хламидии, риккетсии. г. грамм-положительная микрофлора;.</p>
<p>129. САМЫМ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. повышение t; б. геморрагический синдром; в. кардиомегалия; г. признаки порока сердца.</p>
<p>130. ПРИ ЭХО-КГ ДОСТОВЕРНОЙ СЧИТАЕТСЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАЦИЙ::</p> <p>а. более 1 мм; б. более 5мм; в. более 2 мм; г. более 3 мм.</p>
<p>131. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. ЭхоКГ-признаки абсцесса миокарда; б. ремиттирующая лихорадка; в. новый шум регургитации; г. тромбозмболический инсульт головного мозга.</p>
<p>132. К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИЭ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. субфебрилитет; б. острофазовые маркеры воспаления; в. сосудистые феномены; г. наличие нового шума регургитации при аускультации.</p>
<p>133. ВЫСОКИЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЭ СВЯЗАН С НАЛИЧИЕМ:</p> <p>а. вегетаций с высокой плотностью; б. стрептококковой этиологии болезни; в. быстрой деструкции клапана; г. больших вегетаций размером более 10 мм.</p>
<p>134. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбозмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности; б. поражение митрального клапана с формированием диастолического шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем; в. частое поражение аортального клапана с формированием грубого систолического шума во втором межреберье справа от грудины, проводящегося на сосуды шеи, с симптомами коронарной и церебральной ишемии; г. развитие дилатации всех камер сердца со снижением его систолической и диастолической функции, появлением тяжелой сердечной недостаточности и тромбозмболическим синдромом.</p>
<p>135. СИМПТОМ ЛУКИНА-ЛИБМАНА ЭТО:</p> <p>а. петехии с белым центром на глазном дне рядом с диском зрительного нерва; б. петехии на конъюнктиве нижнего века;</p>

<p>в. эритематоидные безболезненные высыпания на ладонях и подошвах; г. узелкообразные кожные высыпания.</p>
<p>136. ПРИ ЗАБОРЕ КРОВИ НА ГЕМОКУЛЬТУРУ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА ИЭ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ:</p> <p>а. одномоментно производится забор не менее 50 мл крови; б. производится минимум пятикратный забор крови; в. забор крови производится из разных вен; г. забор крови может производиться из установленного катетера</p>
<p>137. ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ - ЭТО:</p> <p>а. ИЭ у больного, перенесшего инфаркт миокарда; б. ИЭ у больного с пороком сердца; в. ИЭ у больного с иммунодефицитом; г. ИЭ у больного с сепсисом.</p>
<p>138. ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. неэффективность консервативного лечения первичного инфекционного эндокардита в течение 10 дней; б. антибиотикорезистентность повторно выделенной гемокультуры возбудителя; в. повторные тромбоэмболии; г. протезный инфекционный эндокардит.</p>
<p>139. ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:</p> <p>а. дефектом межжелудочковой перегородки; б. дефектом межпредсердной перегородки; в. митральным стенозом; г. пролабированием митрального клапана без регургитации.</p>
<p>140. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а. 2-4 недели; б. 8-10 недель; в. 4-6 недель; г. более 10 недель.</p>
<p>141. ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а. пенициллинов или цефалоспоринов; б. макролидов; в. аминогликозидов; г. фторхинолонов.</p>
<p>142. В СОСТАВ ВЕГЕТАЦИЙ НЕ ВХОДЯТ:</p> <p>а. форменные элементы крови; б. фибрин; в. колонии микроорганизмов; г. иммунные комплексы.</p>

Раздел 7. Сердечная недостаточность

<p>143. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХСН:</p> <p>а. ишемическая болезнь сердца; б. артериальная гипертензия; в. миокардит; г. фибрилляция предсердий.</p>
<p>144. НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ ХСН ПРОЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. повышением уровня кортизола;</p>

<ul style="list-style-type: none"> б. гиперфункцией щитовидной железы; в. активацией САС и РААС; г. активацией САС.
<p>145. ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОБРАЗОВАНИЯ ОТЕКОВ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ухудшение дренажной функции лимфатической системы; б. уменьшение содержания альбуминов плазмы и снижение коллоидно-осмотического давления; в. увеличение задержки Na^+ и жидкости; увеличение транскапиллярного градиента давления
<p>146. КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. одышка, слабость и отеки нижних конечностей; б. боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка; в. гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия; г. приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение.
<p>147. В ПОКОЕ ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИЛИ ПО МАЛОМУ ИЛИ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ К КАКОЙ СТАДИИ ХСН ОТНОСЯТСЯ ДАННЫЕ ПРИЗНАКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. I стадия; б. ПА стадия; в. III стадия; г. ПБ стадия.
<p>148. ПРИЗНАКИ ХСН ПБ СТАДИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и по большому кругу; б. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке; в. при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу; г. дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах.
<p>149. ПРИЗНАКИ ХСН III СТАДИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в покое имеются признаки недостаточности кровообращения по малому и большому кругу; б. при небольшой нагрузке имеются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу; в. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке; г. дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах.
<p>150. ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ II ФК:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке; б. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; в. развитие обмороков при обычной физической нагрузке; г. появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке.
<p>151. ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ IV ФК:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; б. наличие проявлений ХСН в покое; в. развитие обмороков при небольшой физической нагрузке;

г. появление боли в ногах при небольшой физической нагрузке.	
152. ПРЕПАРАТЫ, ЗАМЕДЛЯЮЩИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН: а. диуретики и спиронолактон; б. сердечные гликозиды; в. ингибиторы АПФ и б-адреноблокаторы; г. антиагреганты и непрямые антикоагулянты.	
153. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: а. фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН; б. синусовая тахикардия; в. низкое АД; г. диастолическая дисфункция левого желудочка.	
154. ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. блокады сердца; б. синусовая брадикардия; в. признаки гипотрофии отделов сердца; г. признаки гипертрофии отделов сердца;	
155. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДАЕТСЯ: а. появление никтурии; б. олигурия; в. полидипсия; г. анурия.	
156. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОДЫШКИ, УТОМЛЯЕМОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ ТОЛЬКО ПРИ НАГРУЗКЕ. ИМЕЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ СНИЖЕНА. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО СТРАЖЕСКО – ВАСИЛЕНКО: а. ПА стадия; б. I стадия; в. ПБ стадия; г. III стадия.	
157. ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБЪЕМОМ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: а. стенозе митрального отверстия; б. незаращении овального отверстия; в. стенозе аортального отверстия; г. недостаточности аортального клапана	
Раздел 8. Сердечно-сосудистая патология у особых категорий пациентов	
158. ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А – метаболизм не изменяется Б – усиление всасывания В – замедление выведения Г – ничего из вышеперечисленного	
159. ОДНИМ ИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А – монотерапия Б – начало лечения с больших доз В – быстрое снижение артериального давления	

Г – медленное титрование дозы, начиная с минимальных
160. ЧТО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ? А – высокая температура Б – выраженные стенокардические боли В – пониженное артериальное давление Г – склонность к высоким цифрам артериального давления
161. ЧТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – отсутствие коморбидности Б – многососудистое поражение коронарных артерий В – редкое возникновение побочных эффектов от лечения Г – редко наблюдается одышка
162. В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – высока вероятность сочетанной патологии Б – частый отказ от лечения В – невозможность применения фиксированных комбинаций Г – высокая комплаентность
163. ФАРМАКОКИНЕТИКА ДИУРЕТИКОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – не изменяется с возрастом Б – увеличение периода полувыведения В – усиление выведения Г – нет правильного ответа
164. ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – выраженная боль за грудиной Б – часто встречается атипичная форма инфаркта миокарда В – сопровождается высокими цифрами АД Г – протекает без осложнений
165. ОСОБЕННОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ: А – лекарственные средства выводятся в неизменном виде Б – боль при глотании В – частое возникновение побочных эффектов Г – предпочтение монотерапии
166. ПРИЧИНЫ ЗАМЕДЛЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ: А – увеличение рН желудочного сока Б – замедление эвакуации из желудка В – снижение моторики кишечника и скорости его опорожнения Г – все варианты верны
167. ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: А – начинать лечение с небольших доз препарата Б – медленно повышать дозировку В – следить за возможным появлением побочного действия Г – все верно
168. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫМ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: А. Клофелин Б. Престариум В. Микардис Г. Метилдопа
169. БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А. ЭХО-КГ Б. Компьютерная томография

<p>В. Магнитно-резонансная томография Г. Рентгенография грудной клетки</p>
<p>170. ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ: А. Лейкоцитоза Б. Протеинурии В. Гиперлипидемия Г. Повышение уровня печеночных трансаминаз</p>
<p>171. ВАРИАНТОМ НОРМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: А. Уменьшение сердечного выброса Б. Снижение объема циркулирующей крови В. Выслушивается систолический шум на верхушке Г. Гипертрофия правых отделов сердца</p>
<p>172. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ: А. Приступы ангинозных болей Б. Акроциноз В. Неправильное сердцебиение Г. Одышка</p>
<p>173. ВАРИАНТОМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ: А. Увеличение всех камер сердца Б. Дилатация левого желудочка. В. Снижение фракции выброса Г. Повышение давления в легочной артерии</p>
<p>174. ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО: А. Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности, которое нормализуется после 6 недели беременности Б. Повышение цифр АД в течение всей беременности более 140/90 мм.рт.ст. В. При самоконтроле АД 135/80 мм.рт.ст. с 1й недели беременности Г. Повышение цифр САД на 40 мм.рт.ст после 12 недели</p>
<p>175. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕНО НАЗНАЧЕНИЕ: А. Атенолол Б. Варфарин В. Хлортиазид Г. Хинидин</p>
<p>176. В КЛИНИКЕ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫХОДИТ: А. Гиперемия лица, шеи Б. Приступы стенокардии В. Одышка Г. Повышение САД мм.рт.ст., снижение ДАД</p>
<p>177. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ: А. При перкуссии выявляется расширение границ вправо Б. Повышение ДАД на 25-30мм.рт.ст В. При аускультации выслушивается систолический шум на верхушке Г. При пальпации определяется пульсация восходящего и брюшного отдела аорты</p>
<p>Раздел 9. Сердечно-легочная реанимация</p>
<p>178. ВЫБЕРИТЕ РИТМ СЕРДЦА, ТРЕБУЮЩИЙ НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА</p>

<p>ДЕФИБРИЛЛЯТОРА: А) суправентрикулярная тахикардия; Б) электромеханическая диссоциация; В) асистолия; Г) фибрилляция желудочков.</p>
<p>179. ВЫБЕРИТЕ ЭФФЕКТИВНУЮ ГЛУБИНУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР. А) 1-2 см; Б) 3-4 см; В) 5-6 см; Г) 6-7 см.</p>
<p>180. С КАКОЙ ЧАСТОТОЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ? А) 60-80/мин; Б) 80-100/мин; В) 100-120/мин; Г) 120-140/мин.</p>
<p>181. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИИ:ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР: А) 15:2; Б) 20:2; В) 30:2; Г) 30:3.</p>
<p>182. ВЫБЕРИТЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: А) 100-200 мл; Б) 300-400 мл; В) 500-600 мл; Г) 800-1000 мл.</p>
<p>183. ВЫБЕРИТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ ПОСЛЕ ПЕРВОГО НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА? А) сразу же нанести второй разряд; Б) проверить пульс на магистральной артерии; В) проверить ритм по кардиомонитору; Г) немедленно возобновить СЛР.</p>
<p>184. ВЫБЕРИТЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СЛР: А) внутривенный или внутрикостный; Б) внутривенный или внутрисердечный; В) внутривенный или внутримышечный; Г) внутрисердечный или внутримышечный.</p>
<p>185. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ КАКОГО ПО СЧЁТУ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ВОЗМОЖНО ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ? А) после 1-го; Б) после 2-го; В) после 3-го; Г) после 4-го.</p>
<p>186. ВЫБЕРИТЕ РИТМЫ СЕРДЦА, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА: А) асистолия и электромеханическая диссоциация; Б) асистолия и желудочковая тахикардия с широкими комплексами;</p>

В) фибрилляция желудочков и электромеханическая диссоциация; Г) фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия с широкими комплексами.
187. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ СТОИТ ВВОДИТЬ АДРЕНАЛИН ПРИ АСИСТОЛИИ? А) каждую минуту; Б) каждые 3-5 минут; В) каждые 10 минут; Г) каждые 15 минут.

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 48 лет, обратился к врачу с жалобами на появление одышки и слабости при незначительной физической нагрузке, ноющих длительных болей в области сердца, перебоев в работе сердца, отёков «лодыжек», непродуктивный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс ОРВИ 2 недели назад с небольшим подъёмом температуры, болями в горле при глотании. К врачам не обращался, лечился самостоятельно настоями трав, гомеопатическими средствами; продолжал работать. Не курит, алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме хронического гайморита) отрицает. Однако отмечает частые аллергические реакции на пищевые продукты (апельсины, мёд, шоколад). Работает прорабом на стройке.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 20 кг/м². Окружность талии – 78 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски, однако на коже предплечий имеется красноватая зудящая сыпь. Отмечается незначительный акроцианоз губ и ундуляция шейных вен (в положении лёжа). Поколачивание в проекции гайморовых пазух безболезненно. В легких дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. ЧДД 22 в мин. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены (1тон ослаблен), ритмичные. Тахикардия с ЧСС 110 ударов в мин., акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке сердца. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 3см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность нижних конечностей (голени).</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-79 ммоль/л., АСАТ-87 ммоль/л, СОЭ-31мм/час, эозинофилия.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Миокардит подострого течения средней тяжести, декомпенсационно-аритмический вариант, митральная регургитация, ХСН IIб ст., III ФК. Хронический гайморит вне обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена патогенетическая форма глаукомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, митральной регургитации и ослабления I тона на верхушке (аускультативно), кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) наличие «резервуаров инфекции» (хр.гайморит), неблагоприятного аллергического статуса и эозинофилии, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для определения фракции выброса и размеров полостей сердца, оценки степени митральной регургитации, КДР, КСР и наличия лёгочной гипертензии; УЗ-исследование печени для оценки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина, ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови; выполнения рентгенографии придаточных пазух носа. Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения МРТ сердца, а при возможности (в специализированном центре) биопсии миокарда (для уточнения этио-морфологического фактора).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.

		или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости. При неэффективности терапии (сохранение Фракции выброса менее 35%) и при наличии продолжительности Интервала QRS более 130мсек необходимо решение вопроса о направлении больного на проведении кардиальной ресинхронизирующей терапии (РСТ). Для базисной противовоспалительной терапии используются глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперио); минимальных доз дигоксина (после детального обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ-мониторирования).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ХСН на фоне миокардита и базисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ХСН на фоне миокардита, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антагонистов минералокортикоидных рецепторов или юперио. Не указано возможное проведение РСТ (при наличии показаний) при неэффективности проводимой терапии.
В	5	<i>Через 3недели регулярной терапии ХСН IIб ст, ФКIII на фоне миокардита: глюкокортикоиды и комбинация рамиприла 5мг/сутки, метопролола суцинат в дозе 100 мг/сутки, эплеренона 50 мг/сутки, торасемида 5мг /сутки явления ХСН значительно уменьшились: исчезли отёки ног и хрипы в лёгких, печень (при пальпации) – по краю рёберной дуги, активен (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). Купирован болевой синдром, экстрасистолы – единичные (по ЭКГ-монитору), АД колеблется в пределах 120-125/75мм рт.ст., ФВ = 49%, АЛАТ, АСАТ – нормализовались, калий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>

Э	-	Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), торасемид – только «по потребности», продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным соблюдение диеты, исключение фактора постоянного переохлаждения и уточнить его повседневную физическую активность. Целесообразна консультация ЛОР-врача и врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация инвазивного аритмолога (проведение РСТ) в настоящее время не показана.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление одышки и слабости при умеренной физической нагрузке, иногда - колющих болей в области верхушки сердца, потливости.</p> <p>Из анамнеза известно, что больная в юности перенесла миокардит (имеется подробный эпикриз). Появление указанных жалоб связывает с перенесённой «простудой», которая прошла без активного лечения. К врачу обратилась только через 2 недели. Был выставлен диагноз «Постинфекционная астения». Больная продолжала работать, хотя вечером отмечала незначительный субфебрилитет и указанные выше жалобы. Принимала самостоятельно настои трав, БАДы. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, какие-либо заболевания (кроме перенесённого миокардита) отрицает. Однако отмечает аллергические реакции на стиральные порошки.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 78 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД в покое 18 в мин. Границы сердца несколько расширены влево. Тоны сердца ясные, (1тон на верхушке ослаблен), ритмичные. ЧСС 76 ударов в мин., незначительный акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке сердца. АД – 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л.; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ - 72 ммоль/л., АСАТ-67 ммоль/л, СОЭ 28 мм/час, нейтрофилёз, эозинофилия.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Рецидивирующий миокардит подострого течения лёгкой степени тяжести, малосимптомный вариант, митральная регургитация, ХСН I ст., II ФК. Постмиокардитический (1999г.) кардиосклероз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия ХСН, или неверно оценено наличие коморбидной патологии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (миокардит в 1999г.), признаков ХСН (слабость, одышка, тенденция к тахикардии, жёсткое дыхание в лёгких), наличии незначительной кардиомегалии, ослабления 1 тона на верхушке и митральной регургитации (аускультативно), редких кардиалгий, анамнестических указаний на перенесённое 2 недели назад ОРВИ (с самолечением) с сохранением субфебрилитета к вечеру, неблагоприятного аллергического статуса, «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз и СОЭ)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клинико-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для определения фракции выброса и размеров полостей сердца, оценки степени митральной регургитации, КДР, КСР и наличия лёгочной гипертензии; УЗ-исследование печени для оценки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина, ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови. Для верификации диагноза - МРТ сердца и, при возможности, для уточнения этиологической и морфологической картины - биопсия миокарда (в специализированном центре).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования.

		или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп для лечения ХСН Iст. II ФК на фоне рецидива миокардита Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС или глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, минимальных доз дигоксина (после обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ-мониторирования), перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юпериио).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ХСН на фоне миокардита и базисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ХСН на фоне миокардита, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антагонистов минералокортикоидных рецепторов и АРНИ. Не указано возможное назначение глюкокортикоидов при неэффективности проводимой терапии.
В	5	<i>Через 1 месяц регулярной терапии ХСН I ст, ФК II на фоне рецидива миокардита: (комбинация периндоприла 2,5мг/сутки, карведилола 3,125 два раза в сутки, эплеренона 25 мг/сутки) в сочетании с коротким курсом глюкокортикоидов явления ХСН уменьшились: в лёгких –дыхание везикулярное, ЧСС 67уд. в мин., АД 120/80 мм рт.ст., исчезли кардиалгии, активна (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). По ЭКГ-монитору нарушений ритма не регистрируется. ФВ = 58%, АЛАТ, АСАТ – нормализовались, калий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную терапию ХСН на фоне перенесённого рецидива миокардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз препаратов по уровню АД и ЧСС), продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больной исключение фактора постоянного переохлаждения на работе и уточнить её

		повседневную физическую активность. Целесообразна консультация врача-аллерголога. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP. Регулярное диспансерное наблюдение у врача-терапевта по месту жительства.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	003
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 52года, обратился к врачу с жалобами на длительные загрудинные боли, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, а также - ночью («иногда приходилось садиться на кровати и боль утихала»), одышку и слабость при незначительной физической нагрузке, перебоев в работе сердца, отёков «лодыжек», непродуктивный кашель, вечерний субфебрилитет.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс трахеобронхит затяжного течения со стойким подъёмом температуры, упорным кашлем. К врачам не обращался, лечился самостоятельно аспирином и отхаркивающими травами; продолжал работать. Не курит, алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме травмы грудной клетки при автомобильной катастрофе 5 лет назад) отрицает. Работает фрезеровщиком на заводе.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Регистрируется незначительный акроцианоз губ и ундуляция шейных вен (в положении лёжа). При глубоком вдохе отмечает загрудинный дискомфорт. В легких дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные. Тахикардия с ЧСС 110 ударов в мин., акцент II тона над проекцией лёгочной артерии. АД – 115/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 4см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёки нижних конечностей (область г/с суставов).</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-82 ммоль/л., АСАТ-77 ммоль/л, СРБ значимо повышен, СОЭ-31мм/час, Le-цитоз и нейтрофилёз сыворотки крови.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Перикардит подострого течения средней тяжести, ХСН IIб ст., III ФК.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия ХСН.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии кардиомегалии, резкого приглушения тонов сердца (аускультативно), загрудинных болей связанных с положением тела и дыханием, анамнестических указаний на перенесённый трахеобронхит затяжного течения (с самолечением), указаний в анамнезе на травму грудной клетки (при автокатастрофе), «воспалительных» изменений крови (повышение трансаминаз, СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клинико-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомакёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), проведение ЭХО-КГ для выявления перикардального выпота и его объёма, определения фракции выброса и размеров полостей сердца, оценки диастолической функции), УЗ-исследование печени для оценки её поражения; рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина (сопутствующий миокардит?) ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови. Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения КТ органов грудной клетки и МРТ сердца, а также (в профильном отделении) - пункции миокарда (как с лечебной, так и с диагностической целью).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из

		списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне перикардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения ХСН (класс доказательства I) включает: ингибитор АПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокатор (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз) и антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (с титрованием под контролем калия крови до максимально переносимых «доказательных» доз). Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости. Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС, АБ - терапия, глюкокортикоиды. Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов и уточнения этиологического фактора) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юпериио), а также решения вопроса о проведении перикардиоцентеза (с учётом объёма и характера перикардиального выпота)
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ХСН на фоне перикардита и базисное лечение основного заболевания. Выбор правильно обоснован. Указана возможность направления больного к кардиоторакальному хирургу для решения вопроса о проведении пункции перикарда и перикардиоцентеза.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ХСН на фоне перикардита, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антагонистов минералокортикоидных рецепторов или юпериио. Не указана консультация кардиоторакального хирурга.
B	5	<i>Через 3недели регулярной терапии ХСН IIб ст, III ФК на фоне миокардита: ибупрофен, АБ-терапия, глюкокортикоиды и комбинация рамиприла 5мг/сутки, метопролола сукцинат в дозе 100 мг/сутки, эплеренона 50 мг/сутки, торасемида 10мг /сутки явления ХСН значительно уменьшились: исчезли отёки ног и хрипы в лёгких, печень (при пальпации) – по краю рёберной дуги, активен (отмечает значимое уменьшение одышки и слабости). Купирован болевой синдром (в т.ч. в ночное время),</i>

		<i>экстрасистолы – единичные (по ЭКГ-монитору), АД колеблется в пределах 125-135/85мм рт.ст., ФВ = 49%, АЛАТ, АСАТ – нормализовались, калий – 4,6 ммоль/л, СОЭ 18мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную терапию <u>ХСН</u> на фоне перенесённого перикардита без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), торасемид – только «по потребности», продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным исключение фактора постоянного переохлаждения и уточнить его повседневную физическую активность. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина и калия сыворотки крови, динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP (при возможности). С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация кардиоторакального хирурга в настоящее время может быть отсрочена.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	004
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 68лет, обратился к врачу с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на 150-200м., появление которых заставляет уменьшить темп ходьбы или иногда остановиться. Кроме того, отмечает небольшую одышку, редкие перебои в работе сердца, ухудшение памяти, иногда-головокружения.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс инфаркт миокарда в 2002г., а в 2014г. ему выполнена операция АКШ по поводу рефрактерной стенокардии и 3-х сосудистого поражения миокарда. После операции состояние было удовлетворительным, однако в последние 2 года стал отмечать вышеуказанные жалобы. При обращении 2 месяца назад к врачу и проведении дуплексного сканирования артерий нижних конечностей выявлен стеноз общей бедренной артерии справа 45% и слева 35%.</p> <p>Больной курил около 50 лет, последний год – не курит. Не работает (на пенсии). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме указанных выше) отрицает. Лекарственные препараты последние 2 года принимал нерегулярно, так как после операции «чувствовал себя хорошо».</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца</p>

		<p>приглушены, ритмичные с ЧСС 80 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум на верхушке, акцент II тона над аортой и здесь же систолический «скребущий» шумок. В проекции каротидных артерий также выслушивается слабый систолический шумок (больше слева). АД – 165/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка 5не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет, но при пальпации отмечено ослабление пульсации на тибиальной артерии и a.dorsalis pedis (с двух сторон), стопы несколько холодны на ощупь, кожа не изменена.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 7,3 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; ХСЛПНП- 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-32 ммоль/л., АСАТ-47 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, ПИКС (2002), АКШ (2014). Мультифокальный атеросклероз: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, каротидный атеросклероз, умеренный аортосклероз. Митральная регургитация, ХСН I ст.ПФК. Гипертоническая болезнь III ст. (изолированная систолическая АГ), степень 2, риск 4. ДЭП 2ст. Дислипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия ХСН или вид АГ.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (ПИКС, АКШ) и признаков мультифокального атеросклероза: систолический шум на аорте, каротидных артериях, наличие синдрома «перемежающей хромоты», ослабления пульсации на артериях нижних конечностей; подтверждён данными УЗ-исследования. Аускультативно выявлена митральная регургитация на фоне ПИКС. Признаки ХСН выражены незначительно, однако не исключается её недооценка с учётом шадящей ходьбы за счёт наличия облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Обращает внимание наличие АГ, выраженной дислипидемии и длительный стаж курения. Подтверждение ДЭП требует оценки когнитивных нарушений (тест Мини-ког) и консультации невролога.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клинико-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования

		пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, КФК, ОАК, фибриногена, ПТИ, креатинина (УЗИ почек), проведение ЭХО-КГ (для определения фракции выброса, размеров полостей сердца, характеристики аорты, степени митральной регургитации); дуплексное сканирование сосудов БЦС для оценки степени стенозирования каротидных артерий; рентгенография органов грудной клетки; определение липопротеина (а) с учётом агрессивного течения атеросклероза и корректной оценки риска сердечно-сосудистых осложнений.</p> <p>Больного необходима консультация ангиохирурга для определения совместной тактики ведения больного (как диагностической, так и лечебной)</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
В	4	Препараты каких групп для лечения мультифокального атеросклероза Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Стратегия лечения включает: статинотерапию в максимально переносимых дозах с возможным добавлением эзетимиба при недостижении целевого уровня ХСЛПНП (не исключается применение PCSK-ингибиторов), ИАПФ (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), бета-адреноблокаторы с вазодилатирующими свойствами (с титрованием до максимально переносимых «доказательных» доз), антагонисты кальция, дезагреганты.</p> <p>Взоактивные препараты могут быть назначены после консультации и по согласованию с ангиохирургом.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения облитерирующего атеросклероза нижних конечностей как компонента мультифокального атеросклероза. Выбор правильно обоснован. Указана возможность направления больного к ангиохирургу для решения вопроса об оптимизации терапии (курсы взоактивных препаратов).
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения

		мультифокального атеросклероза, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме эзетимиба и дезагрегантов. Не указана консультация ангиохирурга.
B	5	<i>Через 3 месяца регулярной терапии облитерирующего атеросклероза периферических артерий на фоне ПИКС, ХСН, АГ: эзипрес (5мг рамиприла/10мг амлодипина), небиволол, ко-плавикс, розулипПлюс (20мг розувастатина/10мг эзетимиба), боли при ходьбе уменьшились, больной стал более активен, нормализовалось АД, одышку практически не отмечает (работает в саду), ХСЛПНП 1,4 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), продолжить динамическое наблюдение с проведением УЗ-исследования артерий нижних конечностей (через 3 месяца), обсудить с больным его повседневную физическую активность. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина, КФК; динамика ЭХОКГ и кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP (при возможности). С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии повторная консультация ангиохирурга может быть отсрочена.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	005
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 58лет, обратился к врачу с жалобами на боли в грудной клетке справа при дыхании, умеренную одышку смешанного характера, кратковременное «потемнение в глазах», сердцебиение, повышение температуры до 38*, непродуктивный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает дилатационной кардиомипатией. Наблюдается у кардиолога, но лекарства принимает не всегда регулярно. От проведения РСТ и установки ИКВД отказался.</p> <p>Ухудшение в состоянии почувствовал около недели, когда дома упал и «чуть не потерял сознание», отметил холодный липкий</p>

		<p>пот, усиление одышки, а также ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, которая усиливалась при дыхании. К врачу не обратился – «думал пройдёт». Когда появилась температура, кашель (однократно заметил розовую мокроту), усилилась одышка и стали нарастать отёки ног «пошёл в поликлинику».</p> <p>Больной не курит. Не работает (инвалид 2 группы). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние больного ближе к тяжёлому. Цианотичен. Шейные вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 28 кг/м². Окружность талии – 108 см. Аускультативно в легких дыхание в правой половине грудной клетки ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах справа незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 26 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные с ЧСС 80 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум на верхушке и трикуспидальном клапане, акцент II тона над лёгочной артерией. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 5см выступает из-под края рёберной дуги, край плотный, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Признаков асцита не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Умеренно выражены отёки голеней.</p> <p>В анализах: гемоглобин 150 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, ПТИ 110%, СОЭ 28 мм/час., холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, фибриноген 6,7г/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ТЭЛА мелких ветвей справа, подострое течение. Инфаркт-пневмония правого лёгкого. ДКМП с митрально-трикуспидальной регургитацией. ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз..
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия ХСН.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (ДКМП) и признаков нарастания правожелудочковой недостаточности (цианоз, ундуляция шейных вен, тахикардия, ортопноэ, усиление отёков ног, увеличение печени), регистрации трикуспидальной регургитации и лёгочной гипертензии. Манифест - с резкого падения АД (дома упал и отмечал «потемнение в глазах, «чуть не потерял сознание»), появления холодного липкого пота, усиления одышки. Инфаркт-пневмония заподозрена вследствие болей в грудной клетке, связанных с дыханием, повышения температуры, кашля (однократно-кровохарканья), аускультативных данных, одышки, нейтрофилёза крови и повышения СОЭ. Обращает внимание гемоконцентрация (повышение ПТИ, гемоглобина, фибриногена).

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клиничко-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ, определение в сыворотке крови Д-димера (первоочерёдно), кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, тропонина, КФК, проведение ЭХО-КГ (для определения среднего давления в лёгочной артерии и наличия признаков лёгочной гипертензии, степени трикуспидальной и митральной регургитации, фракции выброса, размеров полостей сердца); мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием, рентгенография органов грудной клетки (при невозможности проведения МСКТ), а также проведение УЗДГ вен нижних конечностей и суточного ЭКГ-мониторирования (для исключения угрожающих нарушений ритма). Больному необходима консультация кардио-ангиохирурга для определения совместной тактики ведения больного (как диагностической: проведение ангиопульмонографии?, так и лечебной – хир. вмешательство?)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения подострой ТЭЛА и инфаркт-пневмонии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения включает: экстренную госпитализацию больного с проведением после дополнительного обследования тромболитической терапии (или гепаринотерапии), O ₂ -ингаляций и безотлагательную консультацию карди-ангиохирурга.

		Базисными препаратами после указанной выше тактики будут: непрямые антикоагулянты, АБ-терапия, стандартная терапия ХСН (ИАПФ или АРНИ, бета-блокаторы с вазодилатирующими свойствами, эплеренон, торасемид, ивабрадин-при недостижении оптимальной ЧСС; дигоксин – только по особым показаниям).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения подострой ТЭЛА мелких ветвей с инфаркт-пневмонией. Выбор правильно обоснован. Указана необходимость после проведения ЭХОКГ и МСКТ консультации больного карди-ангиохирургом для решения вопроса об экстренном хирургическом вмешательстве.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ТЭЛА мелких ветвей, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме НОАК. Не указана консультация карди-ангиохирурга.
В	5	<i>После выписки из стационара состояние больного улучшилось, однако с учётом основного заболевания (ДКМП) остаётся средней тяжести. Дома продолжает приём прадаксы, карведилола, юперии, эплеренона, торасемида, ивабрадина. От направления к инвазивному аритмологу (РСТ) и кардиохирургу (ИКВД, искусственный левый желудочек?) категорически отказался. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), продолжить постоянное динамическое наблюдение с проведением ЭХОКГ, МСКТ органов грудной клетки (при необходимости), обсудить с больным его повседневную физическую активность. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина, гемореологических показателей, динамика кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP..
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	006
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы,

		<p>сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 190/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. Семейный анамнез: мама страдает АГ.</p> <p>При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия, I стадии, 3 степени, риск 2, неконтролируемая АГ. Феохромоцитомы. Кризовая форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень, риск артериальной гипертонии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз симптоматической АГ установлен на основании жалоб (на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом, резкое похудание в течение короткого времени); анамнеза заболевания (за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, неэффективность медикаментозной терапии, резкое похудание), данных объективного осмотра (АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8 °С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь, синкопальное состояние).</p> <p>I стадия АГ, т.к. имеется повышение АД без объективных признаков поражений органов, III степень на основании цифр АД 220/130 мм рт.ст., риск 2, т.к. 3 степень АГ+ факторы риска (отягощенный семейный анамнез).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	ОАК, сахар крови натощак, липидный профиль, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, определение метанефрина и норметанефрина в плазме крови или суточной моче. Также пациенту рекомендовано проведение: суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация кардиолога; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек и определения стадии ХПН,ХБП;
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите тактику ведения пациента. Назовите группы препаратов.
Э	-	В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия). Всем пациентам с подозрением на ФХЦ показана предоперационная подготовка α -адреноблокаторами (доксазозин). Блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) чаще всего применяются в качестве дополнительного препарата для дальнейшего улучшения контроля АД у пациентов, которым уже были назначены α -адреноблокаторы β -адреноблокаторы (пропранолол) назначаются предоперационно при тахикардии и только после предварительного применения α -адреноблокаторов. Применение β -адреноблокаторов без предварительного использования α -адреноблокаторов может привести к состоянию неуправляемой гемодинамики.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и тактика ведения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов, тактика определена неверно.

В	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	1. Эссенциальная АГ 2. Другие формы симптоматической АГ (нефрогенная, лекарственная, центрогенная, АГ, обусловленная поражением крупных артериальных сосудов).
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Перечислены не все заболевания, с которыми проводят дифференциальный диагноз
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
Н	-	007
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, учащенное сердцебиение, спит полусидя. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда, с того времени страдает стенокардией напряжения на уровне II ФК. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 в минуту АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.</p>


		<p>В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.</p> <p>ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН со сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадия и функциональный класс ХСН;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании жалоб больного (на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость); анамнеза заболевания (51 года перенес инфаркт миокарда, страдает стенокардией напряжения на уровне II ФК); анамнеза жизни (отец умер от ССЗ); данных объективного осмотра (акроцианоз губ, частота дыхания - 20 в мин, при аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет, ЧСС 94 уд/мин); данных ЭХОКГ (конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 37%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,2 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта).</p> <p>Стадия IIА, т.к. тахикардия и одышка выявляются в покое, морфологические и гемодинамические изменения левых отделов сердца, имеется застой в МКК.</p> <p>II ФК, т.к. имеется умеренное ограничение физической активности, в состоянии покоя жалоб нет, однако обычная физическая нагрузка приводит к усталости, тахикардии, одышке.</p> <p>Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, семейный анамнез, дислипидемия.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования

		пациента.
Э	-	Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, определение NT-proBNP с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	- Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут); - Рассмотреть вопрос о назначении АРНИ (Перевод данной категории больных на АРНИ в дозе 100 мг х 2 раза в день не ранее, чем через 36 часов после последней дозы иАПФ (АРА), с последующей титрацией дозы до оптимальной 200 мг х 2 раза в день) Валсартан + Сакубитрил - в-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС), - АМКР (эплеренон 50 мг) -подавление активации фибробластов и блокада развития периваскулярного/интерстициального фиброза: ↓ объемов сердца, уровня NT-proBNP, ↑ФВ, ↓ ФП - Диуретики- малые дозы торасемида (2,5–5 мг) - Антиагреганты - Статины
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	Проведите оценку клинического состояния по шкале ШОКС
Э	-	1. Одышка: 2 – в покое 2. Изменился ли за последнюю неделю вес: 0 – нет 3. Жалобы на перебои в работе сердца: 1 – есть 4. В каком положении находится в постели: 1 – с приподнятым головным концом 5. Набухшие шейные вены: 0 – нет 6. Хрипы в легких: 0 – нет 7. Наличие ритма галопа: 0 – нет 8. Печень: 0 – не увеличена 9. Отеки: 0 – нет

		10. Уровень САД: 1 – 115/80 уд/мин Итог-5 баллов, соответствует II ФК.
P2	-	Оценка проведена верно.
P1	-	Оценка по шкале проведена верно, однако перечислены не все критерии или неправильно поставлены баллы.
P0	-	Оценка проведена полностью неверно.
H	-	008
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка В., 67 лет, госпитализирована по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК. Постоянно принимает беталок зок (50 мг/сут), лозап плюс (50+12,5 мг/сут) аспирин (100 мг/сут), при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь.</p> <p>В анамнезе - в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 13,4 г/л, эритроциты - 3,8 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ -10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 71 мкмоль/л, ТпТ-0,2 нг/мл. На ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Класс I (по Killip). Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4 (очень

		высокого риска). Неконтролируемая АГ. Целевой уровень АД <130/80 мм рт.ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень, риск артериальной гипертонии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острого коронарного синдрома установлен на основании жалоб (затянувшийся приступ загрудинных болей, не купируемый нитроглицерином), анамнеза заболевания (страдает стенокардией напряжения 5 лет), ЭКГ-признаков (на ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF), маркеров некроза миокарда (ТnТ-0,2 нг/мл). Класс I (по Killip) т.к. симптомы и признаки сердечной недостаточности отсутствуют. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (190/110 мм рт.с.), риск 4, т.к. 3 степень повышения АД сочетается с ассоциированным клиническим состоянием (в данном случае ИБС).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий. или Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Определите риск согласно шкале GRACE и сроки ЧКВ.
Э	-	Возраст 67 лет- 58 баллов ЧСС 84 уд/мин- 9 баллов Сист. АД 190 мм рт.ст.-10 баллов Креатинин 71 мкмоль/л- 7 баллов Класс СН I- 0 баллов Отклонение ST от изолинии- 28 баллов Диагностически значимое повышение маркеров некроза миокарда- 14 баллов Итого: 126 баллов (<140 баллов), отсроченная КАГ в течение 72 часов.
P2	-	Риск и сроки определены верно.
P1	-	Риск и сроки определены верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два клинических признака/сроки из списка или обоснование для одного или двух клинических признака обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более клинических признака/сроки. или

		Обоснование трех и более клинических признаков дано неверно. или Риск и сроки определены полностью неверно.
В	4	Какие антиишемические препараты Вы порекомендуете в данной клинической ситуации. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Антиишемические препараты: -нитраты (внутривенное введение с переходом на непарентеральное, обеспечивая при этом некоторый безнитратный интервал). -бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС -ингибиторы АПФ (рамиприл, периндоприл) – под контролем АД. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST, 2015.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	Порядок назначения гиполипидемической терапии
Э	-	Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – в высоких дозах (80 мг) под контролем липидного профиля и трансаминаз.
P2	-	Порядок назначения гиполипидемической терапии определен верно.
P1	-	Порядок назначения гиполипидемической терапии определен верно, однако обоснования даны не полностью.
P0	-	Порядок назначения гиполипидемической терапии определен неверно.
Н	-	009
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при

		<p>незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.</p> <p>Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились.</p> <p>Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 130/190 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голени.</p> <p>Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):</p> 
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: стенокардия напряжения, II ФК. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НПБ, ФК IV.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или ФК;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз стенокардии напряжения установлен на основании анамнеза заболевания (больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином).</p> <p>Диагноз полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса поставлен на основании жалоб (приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца), анамнеза заболевания (год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием, в последний месяц аналогичные приступы участились), объективного осмотра (выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту.), данных ЭКГ.</p> <p>НПБ т.к. одышка в покое, выраженные гемодинамические изменения отделов сердца, застойные явления в обоих кругах кровообращения</p> <p>ФК IV, т.к. невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют</p>

		в покое и усиливаются при минимальной физической активности.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий. или Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ
Э	-	Полная атриовентрикулярная блокада (III степени)
P2	-	Отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ названы верно.
P1	-	Отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ названы верно, однако не указана степень блокады.
P0	-	Отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ названы неверно.
B	4	Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?
Э	-	Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.
P2	-	Метод выбран правильно.
P1	-	Метод выбран правильно, но не указан вид электрокардиостимуляции.
P0	-	Метод выбран неверно.
B	5	Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен верно, однако перечислены не все сходные состояния.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
H	-	010
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к участковому врачу с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут.</p> <p>Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъёмах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день.</p> <p>Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС 64 уд. в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ишемическая болезнь сердца: вазоспастическая стенокардия. Н 0. Дислипидемия ИБ тип по Фредриксону.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно указана форма ИБС, часть нозологий упущена или неверно оценен тип дислипидемии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на приступ болей, характерный для стенокардии по локализации.</p> <p>Диагноз «вазоспастическая стенокардия» установлен на основании характеристики болевого приступа: загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, возникающие в ночные и ранние утренние часы, купирующиеся самостоятельно в течение нескольких минут, наличие высокой толерантности к физической нагрузке.</p> <p>Диагноз «дислипидемия ИБ типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счет ХС-ЛПНП и ТГ.</p> <p>Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного</p>

		этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез, дислипидемия.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий. или Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	-суточное мониторирование ЭКГ для выявления эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, их характера (особо обратить внимание на возможность появления эпизодов элевации сегмента ST наиболее характерных для этого вида стенокардии), общего количества и длительности; возможных нарушений ритма и проводимости, которые, наряду с обширной зоной ишемии при приступе, могут свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе заболевания; -проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, оценки диастолической и систолической функции миокарда и состояния клапанного аппарата сердца; - стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%) для оценки толерантности к физической нагрузке. У части пациентов свазоспастическая стенокардия развивается на фоне атеросклероза коронарных артерий. -следующий этап диагностики – выполнение коронароангиографии (КАГ). Главным диагностическим критерием вазоспастической стенокардии является верифицированный при КАГ спазм коронарной артерии - спонтанный или во время фармакологической пробы.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе

		комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	- Нитраты короткого действия. Короткодействующие нитраты рекомендуют для купирования ангинозных приступов. (Нитроглицерин и Изосорбидадинитрат). -Антагонисты кальция. В качестве антиангинальных препаратов для профилактики приступов вазоспастической стенокардии. (Амлодипин) Прогностическое действие АСК, статинов, ингибиторов АПФ при вазоспастической стенокардии на фоне ангиографически интактных коронарных артерий не изучено. Несмотря на это, учитывая атерогенный тип дислипидемии целесообразно применение статинов. Целями лечения является уровень ХС-ЛНП < 1,8 или уменьшение уровня ХС-ЛНП > 50%, если целевой уровень не может быть достигнут. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ИБС.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	Как должно быть организовано и проводиться диспансерное наблюдение данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Диспансерное наблюдение: контроль липидного спектра через 6 месяцев первые 1,5 года, затем ежегодно. Контроль АСТ, АЛТ, глюкозы 1 раз в год. При невозможности достижения целевых значений ТГ < 1,7ммоль/л - рассмотреть возможность добавления фибратов к схеме терапии. Контроль ЭКГ не реже 1 раза в год. Суточное мониторирование ЭКГ в динамике по показаниям при возобновлении приступов загрудинных болей. Ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления экстракардиального атеросклероза при взятии на диспансерное наблюдение. Ежегодная вакцинация против гриппа. Объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (развитие ОИМ, жизнеугрожающих аритмий).
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	011
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и

		безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная К., 26 лет, поступила с жалобами на выраженную общую слабость, снижение аппетита, слабость в мышцах конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей, периодически повышения температуры до 38°C, одышку при ходьбе, сердцебиение, головные боли, головокружение.</p> <p>В анамнезе около 3 лет онемение в правой руке, периодически отмечались подъемы температуры до 37,5°C, постепенно появилась и усилилась общая слабость, снизился аппетит, появились онемение и зябкость пальцев, потеряла в весе 5 кг за полгода, последнее время повышение температуры до 38°C. Выставляли диагноз «остеохондроз шейного отдела позвоночника», по поводу чего принимала эпизодически кетонал. Пациентка не работает. Имеет двоих детей. Наследственность отягощена по ИБС, гипертонической болезни.</p> <p>При поступлении общее состояние средней тяжести, сознание ясное, питание снижено, астенична, кожа и видимые слизистые бледные, гипотермия пальцев кистей, лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены, молочные железы без изменений. Гипотрофия мышц конечностей. Частота дыхания 20 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум над всей прекардиальной областью с эпицентром над аортой, шум над подключичными артериями, брюшным отделом аорты. Выявлено отсутствие пульса на правой лучевой артерии, выраженное ослабление пульса на левой лучевой артерии. ЧСС=88 уд/мин. Верхние конечности: АДd 50/40 мм рт ст. АДs 90/40 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу), акт III, с поражением аорты, сосудов верхних конечностей.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценены активность заболевания либо не полностью указана предполагаемая локализация поражения сосудов.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании основных критериев заболевания: начало заболевания в возрасте до 40 лет; перемежающаяся хромота конечностей (слабость и дискомфорт в мышцах конечностей), снижение пульсации на обеих плечевых артериях, разница систолического АД >10 мм рт ст., наличие шума, выявляемого при аускультации над подключичными артериями и брюшным отделом аорты. Кроме этого имеется синдром

		общевоспалительных реакций (лихорадка, астения, похудание)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: выписаны не все классификационные критерии.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для оценки состояния восходящего отдела аорты, клапанного аппарата, определения давления в легочной артерии; консультация ревматолога; консультация офтальмолога (осмотр сосудов глазного дна); УЗДГ брюшного отдела аорты, сосудов верхних конечностей, сосудов шеи для уточнения активности воспалительного процесса в стенке сосудов, размера сосудов; ангиография аорты, сосудов верхних конечностей для оценки состояния и типа поражения сосудистого русла с последующей консультацией ангиохирурга; КТ- или МР-ангиография – позволяют уточнить активность воспалительного процесса в стенке сосудов, визуализировать аневризмы, в том числе расслаивающие, участки кальцификации, сформировавшийся тромб; исследование общего анализа крови (СОЭ, гемоглобина), С-РБ для уточнения воспалительной активности заболевания; исследование общего анализа мочи, уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации, уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью уточнения состояния выделительных органов перед назначением противовоспалительной терапии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	1) глюкокортикоиды (ГКС) – при высокой воспалительной активности процесса назначение преднизолона из расчета 1 мг/кг массы тела в сутки, не более 60 мг/сут; а также в режиме пульс-терапии метилпреднизолон 1000 мг в/в кап №3 один раз в месяц в течение 6-9 мес; 2) циклофосфамид 1000 мг в/в кап ежемесячно в течение 6-9 мес; 3) ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки – для уменьшения

		пролиферативных изменений в артериях
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	Напишите показания к хирургическому лечению и условия его проведения у пациентов с данным заболеванием
Э	-	1) сужение просвета артерии на 70% и более 2) признаки ишемии; 3) неактивная стадия заболевания
P2	-	Показания к хирургическому лечению указаны верно.
P1	-	Показания к хирургическому лечению указаны не полностью.
P0	-	Показания к хирургическому лечению указаны полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	012
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной С, 59 лет, госпитализирован скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в первичный сосудистый центр составила 1,5 часа.</p> <p>Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет отмечает повышение артериального давления с максимальными цифрами 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2°С,</p>

		<p>кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м². Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадия, степень 3, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевое АД ≤130/80.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии артериальной гипертонии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указана форма ИБС.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз ИБС, острый коронарный синдром (ОКС) установлен на основании затянувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, тошнотой, головокружением и чувством страха.</p> <p>Вариант ОКС с подъемом сегмента ST установлен на основании данных ЭКГ, где в отведениях II, III, aVF определяется элевация сегмента ST на 1,5 мм.</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и наличия ассоциированного клинического состояния (ИБС, ОКС). Степень артериальной гипертензии установлена на основании уровня АД. Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациента.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>

P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: исследование маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонины Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение уровня гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов для оценки и контроля риска кровотечений, коагулограммы; исследование глюкозы крови для оценки и контроля углеводного обмена, креатинина и расчет СКФ для выбора дозирования ряда лекарств, а также оценки риска ишемических и геморрагических событий; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных осложнений (тромбоз полости, разрывы сердца, нарушение функции клапанов (в частности, митральная регургитация), ИМ правого желудочка, перикардит); однако ЭХО-КГ не должно задерживать у пациента проведение КАГ, которая необходима в экстренном порядке (в связи с высоким риском неблагоприятных событий) для решения вопроса о выполнении ЧКВ и обязательна как в рамках стратегии первичного ЧКВ, так и в рамках стратегии с фармакоинвазивным подходом.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие группы препаратов должны были использоваться в первые сутки нахождения пациента в стационаре
Э	-	Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) - внутрь; у ранее регулярно не принимавших первая доза 325 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз/сут Блокаторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов - рекомендуются в дополнение к АСК до начала реперфузионного вмешательства в нагрузочной дозе для снижения суммарного риска ишемических событий - рекомендуется прасугрел нагрузочная доза 60 мг, ежедневная поддерживающая доза 10 мг в течение 12 месяцев.

		<p>Антикоагулянты прямого действия – нефракционированный гепарин в/в болюсом 70-100 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать частичное активированное время свертывания крови 70-80 сек в последующем подбор дозы, обеспечивающей увеличение АЧТВ в 1,5–2 раза выше контрольной величины для конкретной лаборатории.</p> <p>Бета-блокаторы при стабильной гемодинамике, как антиишемическая терапия с положительным прогностическим эффектом.</p> <p>Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – иАПФ или БРА2 (при непереносимости ИАПФ) для предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначение с первых суток с титрацией дозы по уровню АД</p> <p>Статины в высокой дозе (вне зависимости от исходного уровня холестерина) - для снижения суммарного риска ишемических событий. аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20-40 мг в сутки</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	<i>Укажите ключевые компоненты кардиореабилитации (КР) данного пациента и ее сроки</i>
Э	-	<p>КР длится не менее 8-12 недель.</p> <p>Ее ключевыми компонентами являются</p> <ul style="list-style-type: none"> • физическая реабилитация, • обучение и консультирование пациентов, • управление факторами риска ИБС посредством адекватного назначения кардиопротективной терапии и мероприятий по повышению приверженности пациентов.
P2	-	Тактика КР выбрана верно.
P1	-	Тактика КР пациента указана не полностью и/или не соблюдены сроки проведения.
P0	-	Тактика КР данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	013
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях

		сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Н, 62 года, госпитализирован каретой скорой медицинской помощи (КСП) с жалобами на давящие боли в области сердца, сопровождающиеся ощущением удушья, чувством нехватки воздуха, выраженной слабостью, потливостью. В анамнезе более 10 лет гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, по поводу чего принимает эналаприл. Последний год при быстрой ходьбе отмечает появление одышки, чувство сдавления за грудиной, в связи с чем прекращал движение до устранения симптомов. Ухудшение состояния последние три дня в виде снижения переносимости нагрузок, общей слабости, повышения артериального давления в утреннее время до 160/90, сопровождающееся сдавлением за грудиной, в связи с чем дополнительно принимал капотен. В день поступления в 5 утра развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Самостоятельно принял капотен и валидол без существенного эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе вводили наркотические анальгетики, нитраты спрей. Пациент доставлен в приемное отделение ГКБ через 15 минут. Ближайший сосудистый центр находится в 100 км от данного стационара.</p> <p>Пациент курит по 15 сигарет в день в течение 20 лет. Родители пациента умерли в пожилом возрасте от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,6°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 32,0 кг/м². Частота дыхания – 28 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 68 в мин., АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 на 2мм, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Осложнение: ОЛЖН (Killip 1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадия, неконтролируемая, риск 4. Целевое АД ≤130/80.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии артериальной гипертонии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указана форма ИБС.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз ИБС, острый коронарный синдром (ОКС) установлен на основании затянувшегося приступа интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, потливостью, ощущением удушья и чувством страха. Вариант ОКС с подъемом сегмента ST установлен на основании данных ЭКГ, где в отведениях I, V1, V2, V3, V4, V5, V6 определяется элевация сегмента ST на 2 мм.</p> <p>ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон.</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и наличия ассоциированного клинического состояния (АКС) – ИБС, ОКС. Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия АКС. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациента.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.
		или
		Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.
		или
		Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: исследование маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонины Т или I) для окончательного подтверждения некроза сердечной мышцы; определение уровня гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов для оценки и контроля риска кровотечений, коагулограммы; исследование глюкозы крови для оценки и контроля углеводного обмена, креатинина и расчет СКФ для выбора дозировок ряда лекарств, а также оценки риска ишемических и геморрагических

		событий; определение сатурации кислорода для определения необходимости поддержки кислородом; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных осложнений (тромбоз полости, разрывы сердца, нарушение функции клапанов (в частности, митральная регургитация), ИМ правого желудочка, перикардит); коронароангиография (КАГ), которая необходима для решения вопроса о выполнении чрескожного вмешательства (ЧКВ) и обязательна как в рамках стратегии первичного ЧКВ, так и в рамках стратегии с фармакоинвазивным подходом.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие группы препаратов должны были использованы в первые сутки нахождения пациента в стационаре
Э	-	В качестве реперфузионной терапии в виду отсутствия возможности проведения ЧКВ в пределах 120 минут необходимо использовать тромболитическую терапию (ТЛТ) во время транспортировки – препарат выбора альтеплаза в/в 1 мг/кг МТ (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг МТ за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии 1,5 ч). В пределах суток после проведения ТЛТ необходимо рассмотреть вопрос возможности незамедлительного перевода пациента в учреждение, реализующее ЧКВ в круглосуточном режиме Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) - внутрь; у ранее регулярно не принимавших первая доза 250 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток по 75-100 мг 1 раз/сут Блокаторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов - в дополнение к АСК до начала или во время ТЛТ для снижения суммарного риска ишемических событий - рекомендуется клопидогрел нагрузочная доза 300 мг, со второго дня ежедневная поддерживающая доза 75 мг в течение 12 месяцев. Антикоагулянты прямого действия – эноксапарин в/в болюсом в/в болюс 30 мг; через 15 мин п/к живота в дозе 1 мг/кг 2 раза/сут. Бета – блокаторы – антиишемическая терапия с положительным прогностическим эффектом.

		<p>Наркотические анальгетики с целью купирования болевого синдрома у пациента с ОКС</p> <p>Петлевые диуретики – фуросемид 40-60 мг в/в струйно;</p> <p>Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью купирования болевого синдрома, снижения пред- и постнагрузки, устранения симптомов сердечной недостаточности – под контролем АД.</p> <p>Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – иАПФ или БРА2 для предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти – при стабильной гемодинамике назначение с первых суток с титрацией дозы по уровню АД</p> <p>Статины в высокой дозе (вне зависимости от исходного уровня холестерина) - для снижения суммарного риска ишемических событий. аторвастатин в дозе 80 мг в сутки или розувастатин в дозе 20-40 мг в сутки</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	Укажите ключевые компоненты кардиореабилитации (КР)данного пациента и ее сроки
Э	-	<p>КР длится не менее 8-12 недель.</p> <p>Ее ключевыми компонентами являются</p> <ul style="list-style-type: none"> • физическая реабилитация, • обучение и консультирование пациентов, • управление факторами риска ИБС посредством адекватного назначения кардиопротективной терапии и мероприятий по повышению приверженности пациентов.
P2	-	Тактика КР выбрана верно.
P1	-	Тактика КР пациента указана не полностью и/или не соблюдены сроки проведения.
P0	-	Тактика КР данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	014
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации

		инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент К., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 3 этаж и ходьбе до автобусной остановки (300 м).</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 10 лет, эпизодически принимал каптоприл. Курит в течение 25 лет. Работает библиотекарем. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 160/95 мм рт ст; в биохимическом анализе крови выявлена гиперлипидемия.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 82 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л. На ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии ЛЖ.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Стенокардия II ФК. ХСН 0. Гипертоническая болезнь III стадия, степень 2, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевое АД $\leq 130/80$. Гиперлипидемия тип IIb.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функциональный класс стенокардии напряжения, неправильно определен тип гиперлипидемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное течение ИБС установлено исходя из давности появления симптомов (3 месяца) и отсутствия их прогрессирования в течение последнего месяца.</p> <p>Клинико-функциональный класс установлен исходя из указаний на переносимость физической нагрузки (боль появляется при ходьбе более, чем на 200 м и подъеме по лестнице более, чем на 1 пролет). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент</p>

		отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (миокард). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний. Тип гиперлипидемии определен на основании лабораторного анализа липидного профиля пациента.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий. или Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение нагрузочной пробы с регистрацией ЭКГ (велозергометрия или тредмил-тест), с целью определения уровня толерантности к физической нагрузке, суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация кардиолога; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек; исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью определения возможности назначения и контроля безопасности применения гиполипидемических препаратов (статины); исследование уровня глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (предпочтительно в защитной форме).</p> <p>Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз.</p> <p>Антиишемические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - короткодействующие нитраты при приступе стенокардии - бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС - ингибиторы АПФ (рамиприл, периндоприл) – под контролем АД. <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние европейские рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пожизненное диспансерное наблюдение (ДП) – осмотр участкового терапевта 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, ЭКГ и нагрузочные пробы – 2 раза в год, липидный профиль – 1 раз в год 2. психологическая реабилитация – психотерапевт 1 раз в год 3. обучение и повышение комплаентности – школа ИБС и АГ, психотерапевт 4. отказ от курения (при необходимости – помощь психотерапевта или нарколога) 5. гипохолестериновая диета 6. рекомендации по физической активности (умеренная анаэробная нагрузка, постепенно наращиваемая, под контролем ЧСС – 50-75% от пороговой).
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	015
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Больная С, 49 лет, госпитализирован каретой скорой медицинской помощи (КСП) с жалобами ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, головокружение, умеренную головную боль в затылочной области. В анамнезе около 5 лет гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, по поводу чего принимает эналаприл. Последний год при быстрой ходьбе отмечает появление одышки, учащенного сердцебиения, похудела на 10 кг, стала раздражительной, беспокойной, последний месяц участилось повышение АД до высоких цифр, что требовало дополнительного приема антигипертензивных препаратов (использовала капотен). Ухудшение состояния три часа назад на работе, когда после психоэмоционального стресса появилась головная боль, ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, при измерении АД выявлено его повышение до 200/110 мм рт ст. Принимала капотен, дана таблетка нитроглицерина под язык, вызвана КСП.</p> <p>Пациентка работает учителем в школе, курит 10 сигарет в день в течение 15 лет. Родители ее живы, у отца гипертоническая болезнь, у матери сахарный диабет, перенесла инфаркт миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к тяжелому, положение активное, температура тела 37,0°C, кожные покровы бледные, влажные. Небольшой экзофтальм с обеих сторон. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Нормального питания, ИМТ – 22,0 кг/м². Частота дыхания – 30 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 100 в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 в мин., отклонение ЭОС влево, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с систолической перегрузкой. Нарушение процессов реполяризации левого желудочка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипертоническая болезнь II стадия, неконтролируемая АГ, отягощенная наследственность, курение, ГЛЖ, риск 4 (очень высокий). Целевое АД ≤130/80. Осложнение: гипертонический криз, осложненный ОЛЖН (Killip 1).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть диагноза упущена или неверно оценены стадии артериальной гипертонии и/или сердечно-сосудистый риск; неверно указаны осложнения заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (отмечает повышение АД в течение 5 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения

		<p>органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка). Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия совокупности стадии заболевания и высокой степени АД. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациентки.</p> <p>Осложнение ГБ в виде гипертонического криза основано на резком повышении уровня АД с появлением симптоматики со стороны органов мишеней. ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения гипертонического криза установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование нозологической формы или ее осложнений дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Обоснуйте необходимость специфического обследования пациентки и его объем.
Э	-	<p>Пациентке рекомендовано: исследование анализов - общий анализ крови, фибриноген, креатинин, рСКФ, электролиты, оценку альбуминурии и микроскопию осадка мочи – с целью оценки состояния почек как органа-мишени, исключения вторичной почечной гипертензии, для оптимального подбора доз лекарственных препаратов с учетом функции почек; определение маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонина Т или I) для исключения повреждения некроза сердечной мышцы в связи с наличием признаков ОЛЖН; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных сопутствующих состояний сердца (нарушение функции клапанов, перикардит);</p> <p>Консультация офтальмолога с целью проведения фундоскопии.</p> <p>УЗИ почек, области надпочечников – для исключения патологии этих органов, в том числе как возможной причины вторичной артериальной гипертензии.</p> <p>Пациент с гипертоническим кризом является пациентом высокого риска и должен быть скринирован на наличие вторичной артериальной гипертензии. Наличие в клинике таких симптомов, как похудание, экзофтальм, психоэмоциональная лабильность указывает на возможную дисфункцию щитовидной железы (тиреотоксикоз), что требует специфического обследования – определение уровня гормонов ТТГ, Т4, Т3.</p>

P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие группы препаратов оптимально использовать в качестве неотложной помощи в данном случае
Э	-	Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью устранения симптомов сердечной недостаточности и снижения АД – под контролем АД. Ингибиторы АПФ в/в струйно эналаприлат – для снижения АД, устранения дисфункции ЛЖ, СН и смерти. Петлевые диуретики – фуросемид в/в струйно. Возможно рассмотреть назначение морфина с целью снижения гиперкатехоламинемии. Кислородотерапия. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние российские рекомендации по диагностике и лечению гипертонической болезни.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	Укажите тактику снижения АД в данном клиническом случае
Э	-	У пациентов с кардиогенным отеком легких рекомендовано немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.
P2	-	Тактика снижения АД выбрана верно.
P1	-	В выборе тактики снижения АД допущены неточности – указаны не точные целевые значения или не соблюдены сроки проведения.
P0	-	Тактика снижения АД выбрана полностью не верно.
H	-	016
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>У больного 65 лет, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с ходьбой более 200 м, при подъеме по лестнице на 1 пролет. Боль иррадирует в левую руку, шею, длится 3-5 минут, проходит после приёма нитроглицерина через 1-2 мин или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в неделю, возникают при ходьбе менее 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет, сопровождаются ощущением нехватки воздуха. Дважды боли возникали и в покое. Приступы стали интенсивнее, за сутки больной принимает до 8-10 таблеток нитроглицерина. Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 8 лет (во время приема в поликлинике регистрировалось повышение АД до 170/90, но регулярной антигипертензивной терапии не получал, уровень АД не контролировал). 5 лет назад выявлен сахарный диабет, получает метформин 1000 мг в сутки. 1 месяц назад при обследовании в поликлинике HbA1c 8,5%, в анализе мочи белок 1 г/л. Курил по 20 сигарет в день в течение 30 лет, последние 3 года не курит. Отец умер 10 лет назад от инсульта на фоне высокой гипертензии. Мать страдает стенокардией.</p> <p>При осмотре состояние больного удовлетворительное. Больной повышенного питания, вес 105 кг, рост 180 см. Кожные покровы обычной окраски. Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет, ЧСС – 80 в мин. АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.</p> <p>В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 3,8 млн.; гематокрит – 37%; лейкоциты – 6,6 тыс.; п/я – 1%; с/я – 67%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч. Тропонин Т 0,05 нг/л, тропонин I 0,25 нг/л, КФК-МВ 10 МЕ/л. Общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 2,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 4,0 ммоль/л, глюкоза – 8,0 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, общий билирубин – 15 мг/дл.</p> <p>ЭКГ. Ритм синусовый, регулярный. ЧСС – 78 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации в виде депрессии ST на 1,5 мм и отрицательных T в V4,5,6.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ОКС без подъема ST (ОКСбпST). ИБС, прогрессирующая стенокардия. Гипертоническая болезнь III стадии, II степени. Неконтролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c ≤8%. ХБП С3а стадии, альбуминурия А2. Гиперлипидемия тип IIb. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/< 80 мм рт. ст. Н 0.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или

		неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертензии; неверно указана форма ИБС; неправильно определен тип гиперлипидемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз ИБС, стенокардия установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке, снимающиеся нитропрепаратами через 1-2 мин. течение Прогрессирующее течение ИБС установлено в связи с учащением болей в течение 1 недели, изменения условий их возникновения (переход из КФК I в КФК III, дважды боли появлялись в покое), что с учетом данных ЭКГ (отсутствие стойкой элевации сегмента ST) и биохимических показателей (маркеры некроза миокарда тропонины T и I, КФК-MB в норме) позволяет говорить об ОКС без подъема ST (ОКСбпST).</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 8 лет); степень АГ установлена на основании цифр АД, измеренных во время приема в поликлинике. Стадия АГ установлена на основании наличия ассоциированных заболеваний: ИБС, стенокардия; ХБП С3а стадии (расчетная СКФ по СКД-ЕРІ 51, альбуминурия А2).. Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска: ожирения 1 ст. (ИМТ 32,4), гиперлипидемии (тип гиперлипидемии оценен по лабораторным данным, характеризующим липидный профиль пациента); поражений органов-мишеней (гипертрофии ЛЖ); сопутствующих заболеваний: сахарного диабета 2 типа (целевой уровень HbA1c рассчитан с учетом возраста, функциональной независимости пациента, наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с национальными рекомендациями последнего пересмотра); ассоциированных заболеваний: ИБС, ХБП С3а А2). Целевое АД определено на основании возраста.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Необходимо повторно снять больному ЭКГ и исследовать биомаркеры через 6-9 ч, предпочтительно использовать высокочувствительный метод. ЭКГ должна быть повторно зарегистрирована также при рецидивировании симптомов, через 6-

		<p>9 ч и 24 ч, или проведено холтеровское мониторирование. Эхо-КГ проводится для оценки региональной и глобальной функции левого желудочка для уточнения диагноза.</p> <p>Для оценки прогноза и определения тактики при ОКС без подъема ST выделяют несколько групп риска, определяемых на основании клинической оценки, изменений ЭКГ, определения уровня тропонинов, а также с помощью определения риска по шкале GRACE, включающей возраст, ЧСС, уровень систолического АД, уровень креатинина и тропонина, выраженность сердечной недостаточности, наличие девиации сегмента ST. Факторы риска (повышение тропонина, депрессия ST, ХБП, сахарный диабет) позволяют предсказать отдаленную эффективность инвазивной стратегии. В зависимости от степени повышения риска коронароангиография при условии согласия пациента может проведена в следующие сроки: отсроченная - 72 ч, неотложная (<120 мин), ранняя (<24 ч), первичная консервативная стратегия. Проведение инвазивного стресс-теста для выявления индуцированной ишемии рекомендуется больным без возобновления загрудинной боли, с отрицательным тропонином, нормальной ЭКГ и низким уровне риска прежде чем применение инвазивной стратегии. КТ с коронарографией может служить альтернативой инвазивной ангиографии для исключения ОКС при маловероятной ИБС и когда определение тропонинов и ЭКГ малоинформативны.</p> <p>Данный больной относится к группе промежуточного риска (129 баллов). Пациентам этой категории показано проведение коронарографии в сроки до 72 ч. По результатам коронарографии выбирают оптимальный метод реваскуляризации. Нередко для этого требуется решение консилиума в составе кардиолога, рентгенэндоваскулярного хирурга, кардиохирурга, важными также являются предпочтения пациента.</p> <p>В последующем пациенту в связи с наличием ГБ и сахарного диабета показано также суточное мониторирование АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек; исследование уровня глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина, суточной протеинурии, консультация эндокринолога.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>

В	4	Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Лечение в остром периоде заболевания включает</p> <ul style="list-style-type: none"> - обезболивание и седацию; - антиишемические препараты: бета-блокаторы (метопролол, бисопролол, карведилол) под контролем ЧСС, в последующем должны использоваться у всех пациентов при отсутствии противопоказаний; нитраты короткого (при приступе стенокардии) и длительного действия (предусматривается безнитратный период ночью); недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем). - Антиагрегантная терапия – препараты ацетилсалициловой кислоты (предпочтительно в защитной форме), клопидогрель или тикагрелор или прасугрел. - Антикоагулянты (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины). - перед проведением ЧКВ необходимо убедиться, что была дана двойная антиагрегантная терапия в нагрузочной дозе и введены антикоагулянты парентерально. - в ходе вмешательства при наличии признаков интакоронарного тромбоза могут использоваться блокаторы гликопротеиновых рецепторов П2/П3а. - ингибиторы АПФ (рамиприл, периндоприл) или при их непереносимости БРА со строгой рекомендацией у пациентов с ХСН и сниженной ФВЛЖ - Гиполипидемические препараты - статины в высокой дозе (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – должны быть назначены с 1х суток заболевания (под контролем липидного профиля, трансаминаз и КФК). <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины, последние российские и европейские рекомендации.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
Н	-	017
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка N, 32 года, обратилась с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, которые участились в последнюю неделю, сопровождаются слабостью, головокружением, внезапно

		<p>начинаются и самостоятельно проходят. Ранее за медицинской помощью по поводу кардиальной патологии не обращалась. Курит 5 – 10 сигарет / сут. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. Беременность 12 недель. В легких хрипов не выслушивается. ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритм правильный, ЧСС – 152 в мин, АД – 100/60 мм.рт.ст. Отеков нет. На ЭКГ – тахикардия с ЧСС 150 в мин, комплекс QRS не расширен, зубец Р следует сразу за комплексом QRS.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия (ПАВУРТ)
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Не указана вид суправентрикулярной тахикардии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие методы дополнительного обследования необходимы
Э	-	Суточное ЭКГ – мониторинг, Эхокардиография, электролиты крови, оценка функции щитовидной железы
P2	-	План дополнительного обследования указан правильно
P1	-	План дополнительного обследования указан неполно, отсутствует 1 - 2 метода
P0	-	План дополнительного обследования указан неправильно
В	3	Какое лечение рекомендовано
Э	-	Лечение начинают с вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса). Если вагусные приемы неэффективны, переходят к в/в введению антиаритмических препаратов: — Аденозинтрифосфат (АТФ) — 10 мг или аденозин — 6 мг в/в быстро. При отсутствии эффекта можно повторно ввести через 2 мин АТФ (20 мг) или аденозин (12 мг). Синхронизированная ЭИТ при гемодинамической нестабильности, когда вагусные пробы и аденозин неэффективны.
P2	-	Лечебная тактика выбрана верно
P1	-	Лечебная тактика выбрана верно, однако не указаны дозы препаратов
P0	-	Лечебная тактика выбрана неверно
В	4	Обоснуйте назначенное лечение
Э	-	АТФ (аденозин) купирует ПАВУРТ в 90% случаев. β-АБ (метопролол, пропранолол) верапамил, новокаинамид относятся к препаратам второй линии при купировании ПАВУРТ у беременных (класс рекомендаций IIb, уровень доказательности C), т. к. описаны побочные эффекты у плода — брадикардия, гипотензия, блокады сердца и др. Амиодарон – противопоказан
P2	-	Лечение обосновано полностью
P1	-	Лечение обосновано не полностью, отсутствует класс доказанности
P0	-	Лечение обосновано неправильно

В	5	Определите тактику дальнейшего ведения
Э	-	Отказ от курения. Нормализация психо – эмоционального статуса. С профилактической целью возможно назначение β-АБ (метопролол) после 20 – й недели беременности. Наблюдение кардиолога 1 р./6 нед. Динамика суточного ЭКГ мониторингования на фоне лечения.
P2	-	Тактика дальнейшего ведения сформулирована правильно
P1	-	Тактика дальнейшего ведения сформулирована неполно, отсутствуют указания на отказ от вредных привычек
P0	-	Тактика дальнейшего ведения сформулирована неправильно
Н	-	018
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Н, 75 лет, обратился с жалобами на одышку при минимальных физических нагрузках, учащенное сердцебиение, отеки ног. Проживает в сельской местности, за медицинской помощью практически не обращался, АД не контролировал, злоупотреблял алкоголем. Ухудшение состояния отмечает в течение полугода, когда постепенно нарастала вышеописанная симптоматика. При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз лица, губ. Обращает внимание ритмичное покачивание головы. Яремные вены набухшие, сонные артерии усиленно пульсируют. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы в нижне - боковых отделах с обеих сторон. ЧД – 20 в мин. Границы сердца расширены влево, вверх и вправо. Тоны глухие, ритмичные. Диастолический шум над всеми точками аускультации. ЧСС – 120 в мин. АД – 100/40 мм.рт.ст. Живот безболезненный, печень + 3,0 из-под реберной дуги. Отеки голеней и стоп. На ЭКГ синусовая тахикардия, P-mitrale, ПБПНПГ, гипертрофия левого желудочка, диффузные реполяризационные нарушения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Склеро – дегенеративный комбинированный порок сердца. Стеноз митрального клапана, недостаточность аортального клапана, недостаточность клапана легочной артерии. НПБ
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью. Не указаны все клапанные пороки. Неправильно указана стадия сердечной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз митрального стеноза установлен на основании клинической картины сердечной недостаточности, аускультативной картины (диастолический шум на митральном клапане), данных ЭКГ (P-

		mitrale). Диагноза аортальной недостаточности установлен на основании клинической картины сердечной недостаточности, наличия специфических симптомов (симптом Мюссе, пляска каротид), аускультативной картины (диастолический шум на аортальном клапане). Диагноз недостаточности клапана легочной артерии установлен на основании клинической картины сердечной недостаточности по обоим кругам, аускультативной картины (диастолический шум на клапане легочной артерии (шум Грехема - Стилла). Стадия хронической сердечной недостаточности по Стражеско – Василенко установлена на основании наличия признаков сердечной недостаточности по обоим кругам кровообращения.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, не дано обоснование одной из нозологических форм
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
Э	-	Пациенту рекомендовано: определение уровня холестерина и трансаминаз для решения вопроса о необходимости и безопасности назначения статинов. Определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа - мишени и возможностей фармакотерапии. Рентгенографию органов грудной клетки для определения выраженности застойных явлений. Эхокардиографию для определения выраженности систолической и диастолической дисфункции, характера и степени поражения клапанного аппарата. Суточное ЭКГ мониторирование для выявления бессимптомных нарушений ритма и эпизодов ишемии миокарда. Шестиминутный тест ходьбы для определения функционального класса ХСН.
P2	-	План дополнительного обследования составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно
B	4	Какое фармакологическое лечение показано больному. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Согласно клиническим рекомендациям ОССН – РКО – РНМОТ, больному показано лечение хронической сердечной недостаточности. Рекомендованы иАПФ (при непереносимости – сартаны или Юперо), при этом, учитывая артериальную гипотензию, дозу следует титровать с минимальной. Кардоселективные БАБ титруются с минимальных доз (при непереносимости – ивабрадин). Для уменьшения застойных явлений предпочтительнее назначение петлевых диуретиков (торасемид). Также показано назначение антиагрегантов и статинов.
P2	-	Выбрана правильная схема фармакологического лечения
P1	-	Выбрана правильная схема фармакологического лечения, но нет четкого обоснования назначения препаратов
P0	-	Фармакологическое лечение выбрано неправильно.
B	5	Определите показания и дайте обоснование хирургическому

		лечению больного
Э	-	Хирургическое лечение комбинированных пороков сердца предполагает их коррекцию, исходя из гемодинамически значимых нарушений. Показанием к чрезкожной митральной комиссуротомии будет клинически значимый митральный стеноз (площадь клапана <math><1,5 \text{ см}^2</math>). Протезирование аортального клапана показано при симптомах ХСН, снижении ФВ $\leq 50\%$, либо при выраженной дилатации ЛЖ (КДР ЛЖ > 70 мм или КСР ЛЖ > 50 мм). У больного имеется выраженная симптоматика ХСН, этапность хирургической коррекции порока следует определить после проведения ЭХОКГ.
P2	-	Показания и обоснование хирургического лечения указаны правильно
P1	-	Показания указаны не полностью
P0	-	Показания указаны неправильно
Н	-	019
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Н, 35 лет, инженер. Предъявляет жалобы на одышку при подъеме на 3 – й этаж, периодически перебои и боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой. Ранее за медицинской помощью не обращался. Вредные привычки отрицает. Наследственность отягощена: отец внезапно умер от болезни сердца в возрасте 38 лет. При осмотре: нормостеник. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. При аускультации, в легких хрипов не выслушивается. ЧД – 17 в мин. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны приглушены. Систолический шум над всей поверхностью сердца. Ритм неправильный. ЧСС – 88 в мин., дефицита пульса нет. АД – 120/80 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.</p> <p>При обследовании: в стандартных клинических и биохимических анализах отклонений от нормы не выявлено.</p> <p>На ЭКГ – синусовый ритм. Частая желудочковая экстрасистолия по типу тригеминии. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Патологические зубцы Q в III и aVF.</p> <p>По ЭХОКГ – полость ЛЖ уменьшена, ФВ – 57%, пролапс митрального клапана, регургитация на митральном клапане I ст., толщина задней стенки ЛЖ – 24 мм, толщина межжелудочковой</p>

		перегородки – 28 мм, градиент давления в ВТЛЖ – 42 мм.рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией ВТЛЖ, частая желудочковая экстрасистолия. ХСН и ФВ, Н Па.
P2	-	Диагноз установлен верно
P1	-	Диагноз установлен не полностью. Не указаны нарушения ритма и сердечная недостаточность
P0	-	Диагноз установлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании клинико-анамнестических данных: молодой возраст, отягощенная наследственность, отсутствие модифицируемых факторов риска ССЗ (ожирение, АГ, СД). Данных ЭКГ (ГЛЖ, ЖЭ, зубцы Q в III и aVF), данных ЭХОКГ (асимметричная гипертрофия стенок ЛЖ, высокий градиент давления в ВТЛЖ). Диагноз сердечной недостаточности сформулирован на основании клинической картины (одышка при нагрузках средней интенсивности и данных ЭХОКГ)
P2	-	Диагноз обоснован правильно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Нет обоснования некоторых клинических состояний.
P0	-	Диагноз обоснован неправильно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
Э	-	Суточное мониторирование ЭКГ для выявления асимптомных нарушений ритма (фибрилляция и трепетание предсердий, желудочковые аритмии) и определения показаний к имплантации ИКД. МРТ сердца с контрастированием для выявления и оценки распространенности фиброза миокарда и исключения других заболеваний. Нагрузочные пробы с мониторированием ЭКГ и АД для определения толерантности к физическим нагрузкам, степени ХСН и стратификации риска ВСС.
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован правильно
P1	-	План дополнительного обследования составлен правильно, но нет обоснования назначения некоторых методов исследования
P0	-	План дополнительного обследования составлен неправильно
В	4	Определите и обоснуйте лечебную тактику
Э	-	Ограничение значительных физических нагрузок и занятий спортом с целью предупреждения прогрессирования гипертрофии ЛЖ. Основу фармакотерапии составляют β -адреноблокаторы (метопролол до 100 мг/сут., атенолол до 200 мг/сут., бисопролол до 20 мг/сут.) Они доказали хороший симптоматический эффект в отношении основных клинических проявлений: одышки и сердцебиения, болевого синдрома, включая стенокардию, не менее чем у половины больных ГКМП, что обусловлено, в основном,

		способностью этих препаратов уменьшать потребность миокарда в кислороде. Решение о назначении антиаритмических препаратов (амиодарон, соталол) или имплантации ИКД следует принять после проведения суточного ЭКГ – мониторингования.
P2	-	Лечебная тактика назначена и обоснована правильно
P1	-	Лечебная тактика назначена правильно, но не обоснованы некоторые тактические решения
P0	-	Лечебная тактика назначена и обоснована неправильно
B	5	Составьте и обоснуйте план диспансерного наблюдения.
Э	-	На начальном этапе медикаментозного лечения рекомендуются плановые повторные визиты (через 6, 9, 12 месяцев, при необходимости чаще) к врачу для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения врачебных рекомендаций. Полное обследование, включающее ЭКГ и ЭХО-КГ (в т.ч. нагрузочные пробы) и суточное мониторирование ЭКГ рекомендуется проводить ежегодно. При наличии отрицательной клинической динамики (тяжелая одышка, стенокардия III-IV функционального класса и/или наличие других тяжелых симптомов (обмороки, предобморочные состояния)) и/или прогрессировании гемодинамических нарушений (динамический градиент давления ВТ ЛЖ в покое и в условиях физиологической провокации более 50 мм рт.ст., ассоциированный с септальной гипертрофией и переднее-систолическим движением створки митрального клапана) показано направление на интервенционное лечение (септальная миктомия, ЧТАСА)
P2	-	План диспансерного наблюдения составлен и обоснован правильно
P1	-	План диспансерного наблюдения составлен правильно, нет четкого обоснования направления на интервенционное лечение
P0	-	План диспансерного наблюдения составлен и обоснован неправильно
H	-	020
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 45 лет, менеджер. В приемное отделение самостоятельно обратился с жалобами на приступообразные загрудинные боли, сжимающего характера на фоне физических (подъем на 3-4 этаж) или психоэмоциональных нагрузок. Боли длятся 10 – 15 мин.,

		<p>проходят самостоятельно. В течение суток отмечает 2 – 3 приступа, частота их не нарастает. Заболевшим себя считает около 3 – 4 недель. Ранее в анамнезе только ОРВИ. Курит 1 пачку / сут. в течение 20 лет. При осмотре: нормостеник. Кожные покровы, видимые слизистые без особенностей. В легких хрипов не выслушивается. ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритм правильный. ЧСС – 68 в мин. АД – 125/85 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.</p> <p>В общем анализе крови и мочи – без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,8 ммоль/л, общий ХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 3,2 ммоль/л, креатинин – 81 мкмоль/л</p> <p>На ЭКГ – синусовый, регулярный ритм. Нормальное положение ЭОС. Девиации ST и инверсии T не выявляются.</p> <p>Маркеры некроза миокарда не повышены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острый коронарный синдром без подъема ST низкого риска
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Не указан риск неблагоприятных событий.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании характерных жалоб (ангинозные боли, провоцируемые нагрузками), анамнез заболевания (менее 1 месяца), анамнеза жизни (курение), дислипидемии. Низкий риск неблагоприятных событий установлен по шкале GRACE (69 баллов)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, не дано обоснование низкого риска неблагоприятных событий
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
Э	-	<p>Эхокардиография (проведение дифференциальной диагностики с заболеваниями, сопровождающимися кардиалгией).</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки (проведение дифференциальной диагностики с заболеваниями, сопровождающимися торакалгией)</p> <p>Суточное мониторирование ЭКГ (выявление ишемии миокарда, в т.ч. безболевой, выявление асимптомных нарушений ритма)</p> <p>Проведение коронароангиографии возможно в течение 72 часов.</p> <p>Нагрузочные пробы (ВЭП, стресс – ЭХОКГ) для оценки коронарного резерва и толерантности к физическим нагрузкам.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью, нет четкого обоснования некоторых методов исследования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен неверно
В	4	Какое лечение показано больному в условиях стационара.
Э	-	Антитромбоцитарная терапия, которая включает в себя назначение в

		нагрузочных дозах ацетилсалициловой кислоты (325 мг) и клопидогреля (300мг), затем по 100 мг и 75 мг соответственно. В дополнение к антиагрегантам назначается НМГ (эноксапарин, фраксипарин) п/к на срок до 8 суток, с возможным более ранним прекращением в случае выписки больного. Кардиоселективные БАБ (бисопролол 2,5 – 10 мг/сут., метопролол 25 – 100 мг/сут.) титруются с малых доз, учитывая нормальные цифры АД. Статины (аторвастатин 40 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут). Ингибиторы АПФ (периндоприл 2,5 – 10 мг/сут.) также титруются с малых доз, учитывая нормальные цифры АД.
P2	-	Выбрана правильная схема лечения в условиях стационара
P1	-	Выбрана правильная схема фармакологического лечения, но не указаны дозы препаратов
P0	-	Фармакологическое лечение выбрано неправильно.
В	5	Определите план диспансерного наблюдения больного
Э	-	Наблюдение кардиолога по месту жительства через 3, 6, 12 мес. и далее ежегодно. Раз в год рекомендована динамика ЭКГ, ЭХОКГ, суточного мониторирования ЭКГ. Рекомендован отказ от курения, соблюдение гипохолестериновой и гипосолевой диеты. Продолжить прием двойной антиагрегантной терапии (АСК 100 мг/сут. + клопидогрель 75 мг/сут. в течение 12 мес.), статинов с контролем через 3 мес. липидного профиля, трансаминаз, общего КФК. Терапию БАБ и ИАПФ проводить под контролем ЧСС и АД.
P2	-	План диспансерного наблюдения больного указан верно
P1	-	План диспансерного наблюдения больного указан неполно, не указаны даты повторных осмотров, дозы препаратов.
P0	-	План диспансерного наблюдения больного указан неверно
Н	-	021
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина Н, 52 года, тренер фитнес – центра, обратился с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при интенсивных силовых нагрузках в тренажерном зале. Боли длятся около 5 мин, купируются самостоятельно. Заболевшим себя считает в течение 3 – х месяцев. Ранее за медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. При осмотре: гиперстеник. Кожные покровы, видимые слизистые без

		особенностей. В легких хрипов не выслушивается, ЧД – 16 в мин. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритм правильный, ЧСС – 62 в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет. В клинических анализах крови и мочи отклонений от нормы нет. В биохимическом анализе – глюкоза 5,4 ммоль/л, креатинин – 89 мкмоль/л, ХС – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л. Маркеры некроза миокарда не повышены. На ЭКГ – синусовый, регулярный ритм, ЭОС смещена влево, признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Стабильная стенокардия I ФК.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью. Не указан функциональный класс стенокардии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие необходимы дополнительные методы исследования. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Эхокардиография для оценки морфофункциональных параметров сердца и дифференциальной диагностики с заболеваниями, сопровождающимися кардиалгией. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления асимтомных аритмий и ишемических изменений миокарда (в т.ч. безболевых и спонтанных). Нагрузочные пробы для определения толерантности к физическим нагрузкам и оценки коронарного резерва. По результатам нагрузочных тестов принять решение о проведении КАГ.
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, нет четкого обоснования дополнительных методов исследования
P0	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован неверно
В	3	По данным ЭХОКГ клапанный аппарат не изменен, ФВ – 68%, выявляется концентрическая гипертрофия левого желудочка (ТЗСЛЖ – 13 мм, ТМЖП – 14 мм). По данным суточного мониторирования ЭКГ выявлены 5 коротких пробежек суправентрикулярной тахикардии на фоне синусовой брадикардии, ишемических изменений не регистрировалось. По данным велоэргометрической пробы – положительный результат (двойное произведение = 310, мощность последней ступени нагрузки – 200 Вт). Сформулируйте окончательный диагноз и дайте его обоснование.
Э	-	ИБС. Стабильная стенокардия I ФК. Нарушение ритма по типу суправентрикулярной тахикардии. Диагноз установлен на основании характерных жалоб (ангинозные приступы на фоне высокоинтенсивных нагрузок), анамнеза более месяца, наличия дислипидемии. Данные ЭХОКГ исключают клапанные пороки или кардиопатии, гипертрофия левого желудочка носит «спортивный» характер. По данным суточного мониторирования ЭКГ выявлена асимптомная аритмия. I ФК стенокардии подтвержден ВЭП (двойное произведение >278;

		мощность последней ступени нагрузки > 125 Вт)
P2	-	Диагноз сформулирован и обоснован правильно
P1	-	Диагноз сформулирован правильно, но в обосновании нет трактовки некоторых дополнительных методов исследования
P0	-	Диагноз сформулирован и обоснован неправильно
В	4	Какое лечение показано больному. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стенокардия I ФК не является показанием к неотложному эндоваскулярному лечению, поэтому больной ведется консервативно. Вопрос о хирургическом лечении ИБС ставится на фоне неэффективности фармакокоррекции. Больному показана гипохолестериновая диета, аэробные физические нагрузки средней интенсивности. Постоянный прием АСК в дозе 100 мг/сут., статины (аторвастатин 40 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут) с контролем липидограммы, трансаминаз и общего КФК через 3 мес. Назначение иАПФ и БАБ, в настоящий момент, не показано ввиду синусовой брадикардии и отсутствия АГ. Суправентрикулярная тахикардия не требует антиаритмической терапии, т.к. является гемодинамически незначимой и потенциально безопасной.
P2	-	Лечение назначено и обосновано правильно.
P1	-	Лечение назначено правильно, но не полностью обосновано.
P0	-	Лечение назначено неправильно.
В	5	Определите и обоснуйте тактику диспансерного ведения больного.
Э	-	Больной может находиться под диспансерным наблюдением врача – участкового терапевта. Частота посещений ЛПУ должна быть не реже 4 - 6 раз в течение первого года с момента установки диагноза. Если в дальнейшем состояние остается стабильным, амбулаторный осмотр можно проводить каждые полгода. Во время визита проводят целенаправленный сбор анамнеза, физикальный осмотр, регистрируют 12-канальную ЭКГ покоя. Выполняется общеклинический и биохимический анализ крови с липидограммой. Учитывая наличие аритмии, показано проведение в динамике суточного мониторирования ЭКГ (1 раз/год). Целью является контроль за правильным выполнением врачебных предписаний и своевременное выявление признаков изменения (обострения) течения заболевания, и требующих медикаментозной или иной коррекции. Рекомендуются гипохолестериновая диета. Аэробные физические нагрузки средней интенсивности. Продолжить прием АСК и статинов.
P2	-	Тактика диспансерного наблюдения определена и обоснована правильно.
P1	-	Тактика диспансерного наблюдения определена правильно, но нет четкого обоснования некоторых элементов.
P0	-	Тактика диспансерного наблюдения определена и обоснована неправильно.
Н	-	022
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки

		диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 30 лет, обратилась за консультацией к кардиологу, беспокоят высокие значения холестерина, выявленные при подготовке к ЭКО.</p> <p>Из семейного анамнеза известно, что отец пациентки перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет, несколько лет назад- операции стентирования КА и аорто- коронарное шунтирование, имеет высокие значения холестерина (цифр не знает)</p> <p>При осмотре: жалоб нет, состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определяется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 9,80 ммоль/л, ТГ – 1,13 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,51 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 7,65 ммоль/л, ХС ЛПОНП-0,70ммоль/л.</p> <p>ЭКГ – норма.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: определен тип гиперлипидемии, но не указан семейный характер.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз геСГХС установлен на основании критериев DLCN (Критерии Dutch Lipid Clinic Network) для диагностики геСГХС у взрослых (18 лет и старше). Диагноз ставится на основании суммы баллов: «определенная» СГХС – >8 баллов, «вероятная» СГХС – 6–8 баллов. Пациентка набирает 6 баллов (1- за родственника первой степени родства с ранним (у мужчин <55 лет; у женщин <60 лет) ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, атеротромботический ишемический инсульт, ТИА, периферический атеросклероз с атеросклеротическими бляшками, стенозирующими просвет сосуда ≥ 50%), 5 баллов- за уровень ХСЛНП в диапазоне 6,5–8,4 ммоль/л). Понятие «вероятная» геСГХС позволяет устанавливать соответствующий клинический диагноз</p>

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование с применением диагностических критериев
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: повторный анализ липидного спектра, проведение ЭХО-КГ для оценки состояния миокарда и аортального клапана (возможно начальные дегенеративные изменения, часто ассоциируется с геСГХС), УЗДГ БЦА, артерий нижних конечностей, артерий почек для уточнения толщины и состояния артериальной стенки, наличия бляшек. Исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ), общей КФК с целью определения возможности назначения и контроля безопасности применения гиполипидемических препаратов (статины); исследование уровня глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз. При недостаточной эффективности комбинация с эзетимибом (цель- достижение уровня ХС ЛНП 1,8 ммоль/л- как пациентке высокого СС риска (наличие геСГХС без дополнительных факторов риска) согласно рекомендациям по дислипидемии ESC 2019) Однако, необходимо учитывать подготовку пациентки к беременности
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

Э	-	1. С учетом планирования беременности все гиполипидемические препараты должны быть прекращены на весь срок беременности и за 3 месяца до планирующейся беременности 2. гипохолестериновая диета 3. рекомендации по физической активности 4. диспансерное наблюдение кардиолога
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	023
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 47 лет, обратился за консультацией к кардиологу, имеет коронарный анамнез, принимает статины, беспокоит мышечная слабость, боли в мышцах (бедро, плечи) Из анамнеза: с 2012 года диагноз ИБС, 6 месяцев назад- инфаркт миокарда, стентирование ПНА, прошел программу реабилитации, приступил к труду, стенокардии нет; уровень ОХС до ИМ около 9 ммоль/л, после перенесенного ИМ начал принимать аторвастатин 40 мг/сут.</p> <p>При осмотре: жалобы на мышечную слабость в ногах при подъеме по лестнице, состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 15 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Сухожильных ксантом и липидной дуги роговицы не определяется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 8,34 ммоль/л, ТГ – 2,13 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 5,34 ммоль/л, общая КФК- 340 МЕ/л, Аст, Алт- норма ЭКГ – рубцовые изменения в области передней стенки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: постинфарктный кардиосклероз, стентирование ПНА (дата), НІ, ІІ ФК. Гипертоническая болезнь 3 ст 1 степени, риск 4.

		Гиперхолестеринемия. Дислипидемия IIa типа. Статиновая миопатия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указана миопатия, но не определен тип гиперлипидемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз гиперхолестеринемии и дислипидемия IIa поставлен на основании значительного повышения общего и ХС ЛНП при относительно нормальных значениях ТГ, диагноз статиновой миопатии поставлен на основании характерных болей и слабости в проксимальных мышцах конечностей на фоне приема статинов, а так же повышения фермента- общей КФК.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование статиновой миопатии
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Опрос пациента на предмет интенсивных физических нагрузок, в т.ч. тренировочных; для подтверждения характера миопатии-отмена статина на 2-3 недели, полное исчезновение симптомов за этот период подтверждает диагноз; динамический контроль общей КФК при подборе дозы и режима приема другого статина, оценка уровня ТТГ (исключение гипотиреоза, в т.ч. субклинического, что провоцирует развитие миопатий)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, питавастатин) – под контролем общей КФК, липидного профиля и трансаминаз. Пациенту необходимо снижение ХС ЛНП на 75-80%,

		следовательно необходима комбинированная терапия, особенно с учетом низкой вероятной дозы статина При недостаточной эффективности комбинация с эзетимибом и iPCSK9 (цель- достижение уровня ХС ЛНП 1,4 ммоль/л)
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.
Э	-	Пациенту согласно рекомендациям ESC 2019: если КФК <10 × ULN: при наличии симптомов прекратить прием статинов и следить за нормализацией уровня КФК, а затем снова начать прием статинов в меньшей дозе. Рассмотреть возможность преходящего повышения КФК по другим причинам, таким как физ. нагрузка. Рассмотреть комбинированную терапию или альтернативный препарат. При сохранении симптомов и повышенной КФК на меньших дозах других статинов- переход к низким дозам статинов, альтернативному режиму приема- через день или один раз / два раза в неделю или комбинированной терапии.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	024
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 67 лет, обратилась к кардиологу, с жалобами на одышку, возникающую при подъеме на второй этаж, ходьбе на расстояние около 500 метров, особенно при ускорении темпа ходьбы, пастозность стоп, голеней, повышенную утомляемость и долгое восстановление сил после нагрузок. Из анамнеза: в течение длительного времени (более 20 лет) страдает гипертонией, принимает 3-х компонентную схему лечения

		<p>(амлодипин, индапамид, периндоприл), максимальные значения-170/100 мм рт ст, в настоящий период АД стабильно на уровне 135-140/80-90 мм рт ст</p> <p>При осмотре: Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, ЧД – 15 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 138/87 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Умеренная пастозность голеней и стоп</p> <p>ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, ЭХОКГ-увеличение полости ЛП, концентрическая ГЛЖ, Е/А 0,60, IVRT 45мс, ФВ 57%, умеренная легочная гипертензия (СрДЛА 40 мм рт ст)</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> Гипертоническая болезнь, стадия 2, степень II, риск 4. ХСН с сохраненной ФВ (57%), стадия IIб, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указана АГ, но не определена форма СН
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз АГ 2стадии поставлен на основании наличия ГЛЖ, степень- соответственно максимальным значениям АД, форма ХСН и ФК- на основании наличия характерных симптомов (одышка, возникающая при подъеме на второй этаж, ходьбе на расстояние около 500 метров, особенно при ускорении темпа ходьбы, повышенная утомляемость и долгое восстановление сил после нагрузок) и клинических признаков (пастозность стоп, голеней), учитывая наличие ГЛЖ, признаков диастолической дисфункции миокарда ЛЖ и сохраненную ФВ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование СНсФВ
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	СМАД, длительный домашний самоконтроль АД- для уточнения контроля АД, рентгенография органов грудной клетки, общий и биохимический анализы крови с электролитами, оценкой функции ЩЖ и расчетом СКФ (учитывая планирующийся прием диуретиков). Регулярный контроль массы тела, взвешивание 1 раз в 5 дней. Уровень NT-pro-BNP по возможности.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет

		обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентка получает трехкомпонентную схему лечения АГ, включающую индапамид, амлодипин и ИАПФ, при этом не достигнут необходимый диапазон АД (120-130/70-80 мм рт ст), имеется активация САС, появились и прогрессируют симптомы СНсФВ. Единственным пока классом препаратов, имеющим доказанную пользу при СНсФВ (в виде снижения количества госпитализаций) являются диуретики. Данной пациентке показано применение торасемида с целью уменьшения отеков и одышки, под контролем массы тела. С учетом недостаточной эффективности комбинированной АГ терапии, а так же на фоне применения торасемида- показано применение спиронолактона в малых дозах. Применение ИАПФ и амлодипина необходимо сохранить; к лечению допустимо добавление БАБ, желателен с дополнительными вазопротективными свойствами, например- небиволол, с положительным влиянием на функцию эндотелия, что актуально при СНсФВ. Вероятно, необходимо назначение статинов.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
B	5	<i>Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.</i>
Э	-	На фоне лечения- умеренные физические нагрузки, регулярный контроль АД и массы тела для использования гибкого режима приема диуретиков.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	025

Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 66 лет, обратилась за консультацией к кардиологу, беспокоят одышка, слабость, перебои в работе сердца, эпизоды учащенного сердцебиения.</p> <p>Из анамнеза известно, что длительно страдает хронической ревматической болезнью сердца, сформировался порок- выраженная недостаточность МК, 15 лет назад выполнена хирургическая коррекция- протезирование МК механическим протезом. Длительно принимает варфарин, бета- блокаторы. Около 3-х месяцев назад был эпизод синкопального состояния, проявившийся после физического напряжения.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, небольшая бледность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, частая, периодически- бигеминическая экстрасистолия, ЧСС – 64 уд.в мин., АД – 135/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет.</p> <p>ЭКГ МТ– среднесуточная ЧСС 62 в минуту, циркадный индекс в норме, 2450 политопных желудочковых экстрасистол, преимущественно днем, 7 эпизодов неустойчивой суправентрикулярной тахикардии, длительное время в течение суток наблюдается удлинение QT. Постоянно- удлинение PQ более 0,2сек, эпизоды АВ- блокады 2 степени 2 типа до 2.3 секунд в ночные и дневные часы (более 300), в дневные часы- эпизод АВ диссоциации с максимальной паузой между желудочковыми сокращениями до 3,1 сек.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока- выраженной митральной недостаточности, протезирование МК механическим протезом (дата), нарушение ритма и проводимости по типу частой ЖЭС, пароксизмальной НЖТ, постоянной АВ- блокады 1 степени, преходящей АВ- блокады 2 степени 2 типа, преходящей АВ- блокады 3 степени, НИ, ШФК.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнены типы АВ- блокады
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ХРБС и порока сердца поставлен на основании анамнеза, АВ- блокады 3 степени на основании эпизода АВ диссоциации с максимальной паузой между желудочковыми сокращениями до 3,1 сек. Для снижения АВ- проводимости характерными особенностями являются частая ЖЭС, НЖТ, удлинение QT (тахикардия типа пируэт- частая причина (как и паузы) синкоп и МЭС на фоне АВ- блокады 3 степени)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь нарушений ритма и АВ- проводимости
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: дополнительные исследования не нужны, состояние можно расценивать как экстренное (в анамнезе- синкопальное состояние, пауза на фоне полной АВ блокады в дневное время более 3 секунд у пациентки с органическим поражением сердца)
P2	-	План дополнительного обследования не нужен.
P1	-	План дополнительного обследования составлен, однако состояние правильно расценено как экстренное
P0	-	Составлен подробный план обследования, состояние не расценено как экстренное
В	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке необходима имплантация ЭКС
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствует.
Н	-	026
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 75 лет, обратилась к врачу с жалобами на давящие боли за грудиной, появившиеся около 3-х месяцев назад и сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. Данная симптоматика появляется при подъеме на 1 этаж и ходьбе до 100 метров. Также пациентка отмечает учащенное сердцебиение, периодически отмечает головокружения, шум в ушах. Участились головные боли.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациентка около 30-ти лет страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает ко-ренитек, уровень АД все эти годы был в диапазоне от 150/70 до 180/70. В детстве часто болела ангинами. Также пациентка страдает гонартрозом более 10 лет.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура -36,8 С. Кожные покровы чистые, небольшая бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ослаблен II тона над проекцией аорты, ослаблен I тон на верхушке сердца. выслушивается диастолический шум в точке Боткина-Эрба, ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 160/40 мм рт.ст. Определяется пульс Корригена. Усилена пульсация на сонных артериях. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП- 2,2 ммоль/л, глюкоза крови - 5,4 ммоль/л, креатинин -80 мкмоль/л.</p> <p>ЭКГ – поворот ЭОС влево, выявлены признаки гипертрофии ЛЖ, инверсия Т-зубца во I,II, V5,V6.</p> <p>Рентгенография грудной клетки - расширение левого желудочка и тени аорты, смещение верхушки сердца влево и вниз.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения III КФК. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск ССО 4. Недостаточность аортального клапана III ст. (субкомпенсации). Гипертрофия ЛЖ. Н 0. Гиперлипидемия тип IIb. Целевое АД<130/80.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функциональный класс стенокардии напряжения, неправильно определен тип гиперлипидемии, не указана недостаточность аортального клапана.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	<p>Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке. Стабильное течение ИБС установлено исходя из давности появления симптомов (3 месяца) и отсутствия их прогрессирования в течение последнего месяца.</p> <p>Клинико-функциональный класс установлен исходя из указаний на переносимость физической нагрузки (боль появляется при ходьбе до 100 м и подъеме по лестнице менее 1 пролета).</p> <p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб на повышение АД, данных анамнеза (20 лет стажа АГ), неконтролируемая АГ поставлена на основании цифр АД, зафиксированных на приеме, а также учитывая данные анамнеза (пациентка не достигает целевого уровня АД) Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (миокард), наличии ССЗ. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гипертрофии ЛЖ, ИБС, гиперлипидемии.</p> <p>Тип гиперлипидемии определен на основании лабораторного анализа липидного профиля пациента.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: исследование АСЛО (учитывая частые ангины в анамнезе), суточное ЭКГ-МТ (пробу с физической нагрузкой невозможно провести из-за болей в коленных суставах, а также появившихся в последнее время эпизодов головокружения), проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; для определения степени недостаточности АК, определения КДО ЛЖ, исследование уровня трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) с целью определения возможности назначения и контроля безопасности применения гиполипидемических препаратов (статины), консультация кардиохирурга для решения вопроса о необходимости хирургического лечения недостаточности АК.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз. Препараты для коррекции степени АГ: Антагонисты кальция (амлодипин) в сочетании с сартанами (вальсартан). Можно использовать комбинированный препарат, например Эксфорж 5/80. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и рекомендации по диагностике и лечению стабильной ИБС, ГБ и недостаточности АК.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
V	5	<i>Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.</i>
Э	-	1. Пожизненное диспансерное наблюдение (ДП) – осмотр участкового терапевта 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, регистрация ЭХО-КГ 1 раз в год. 2. гипохолестериновая диета 3. Ограничение физической нагрузки
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
H	-	027
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации

		инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, неинтенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в спину, длительностью до нескольких дней, не купирующиеся приемом нитроглицерина, общую слабость, головокружение. Из анамнеза известно, больной длительно страдает артериальной гипертензией, АД повышается до 200/120 мм. рт. ст., периодически наблюдался у врача, но последнее посещения было 2,5 года назад. Самостоятельно принимал эналаприл 10мг ×2 раза и амлодипин 5мг×1раз. Боли за грудиной появились около 3 месяцев назад, вначале были менее интенсивными, самостоятельно ничего не принимал, потом присоединился сухой кашель. Около недели боли усилились, принимал нитроглицерин, но без эффекта. Больной курит до 1 пачки в день, принимает алкоголь.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, кожные покровы немного бледные, пастозность голеней, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный нитевидный. Поперечник сосудистого пучка у больного равен 14 см. Умеренно увеличена левая граница относительной тупости сердца. При осмотре заметна пульсация грудной клетки справа от грудины во II - III межреберье, АД -180/80 мм.рт.ст. PS -70 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Данные дополнительных методов исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ОАК: Нб – 138 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$/л, ЦП – 1,0, СОЭ – 10 мм/ч; лейкоц. – $8,0 \times 10^9$/л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%. 2. ОАМ: отн. плотность - 1027, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-2, эпит. – 3-4 в п. зр. 3. Глюкоза крови - 4,0 ммоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 7,8ммоль/л, ТГ- 2,6 ммоль/л. <p>ЭКГ – выявлены признаки гипертрофии ЛЖ, отклонение ЭОС влево.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипертоническая болезнь II стадии, неконтролируемая АГ, риск ССО 3. Гипертрофия ЛЖ. Н 0. Гиперлипидемия тип IIb. Целевое АД<130/80/.Подозрение на аневризму восходящего отдела аорты.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертензии; неверно указана форма ИБС; неверно оценен клинико-функциональный класс стенокардии напряжения, неправильно определен тип гиперлипидемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет); Стадия АГ

		<p>установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (миокард). Неконтролируемая АД ставится на основании того, что пациент не достигает целевого уровня АД (по данным анамнеза и анализируя цифры АД, выявленные на приеме). Степень риска ССО поставлена на основании наличия гипертрофии ЛЖ, гиперлипидемии.</p> <p>Тип гиперлипидемии определен на основании лабораторного анализа липидного профиля пациента.</p> <p>Аневризму восходящего отдела аорты можно предположить на основании жалобы пациента, данных анамнеза (длительный стаж ГБ), данных объективного осмотра, изменений на ЭКГ.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм или ее классификационных категорий дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рентгенологическое исследование грудной клетки, на которой можно увидеть расширение сосудистого пучка вправо и выбухание правой стенки восходящей аорты (лучше выявляется во второй косой проекции). 2) Ультразвуковое сканирование сердца и аорты, которое позволяет установить размеры и обнаружить аневризму. 3) Аортографию, считающуюся одним из достоверных методов выявления аневризмы аорты (определяет увеличение диаметра аорты). 4) консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении пациента. 5) консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; 6) УЗ-исследование почек, исследование уровня креатинина и определение скорости клубочковой фильтрации для оценки поражения органа-мишени почек. 7) консультация пульмонолога для исключения ХОБЛ
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p>

		Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите лечебную тактику для пациента.
Э	-	1) При аневризме восходящего отдела и дуги аорты – необходимо оперативное лечение. 2) Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – под контролем липидного профиля и трансаминаз. 3) Антигипертензивные препараты: -сартаны (телмисартан), 80 мг в комбинации с диуретиком, например в сочетании с гипотиазидом. При недостаточном снижении уровня АД - бетаблокаторы (бисопролол, 5 мг) под контролем ЧСС. Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и национальные рекомендации по диагностике и лечению АГ, Аневризме аорты.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны не все (не хватает одного препарата) необходимые группы или их выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, либо в схеме не хватает двух и более препаратов.
В	5	Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению за пациентом
Э	-	1. Пожизненное диспансерное наблюдение (ДП) – осмотр участкового терапевта 2 раза в год, кардиолога – 1 раз в год, экг, липидный профиль – 1 раз в год 2. психологическая реабилитация – психотерапевт 1 раз в год 3. обучение и повышение комплаентности – школа по АГ, психотерапевт 4. отказ от курения, злоупотребления алкоголем (при необходимости – помощь психотерапевта или нарколога) 5. гипохолестериновая диета. 6. сбалансированная физическая нагрузка.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно или отсутствуют более 2 обязательных пунктов
Н	-	028
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях

		сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 51 года экстренно госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, выраженную потливость, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 7 кг за последние 2 месяца. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем и курит по 1 пачке в день.</p> <p>Около 2 месяцев назад лечился у стоматолога - экстракция зуба. Через 10 дней после чего появились температура до 37,6°C и повышенная потливость. К врачу не обращался, три недели лечился «народными средствами», на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, усилилась потливость, боли в мышцах и суставах.</p> <p>Обратился в поликлинику по месту жительства. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - $14 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Был назначен ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 3 дня после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом, одышку, резкую слабость. Вызвал врача на дом. Рекомендована госпитализация.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, вынужденное положение - ортопноэ. Температура тела - 39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонных поверхностях - геморрагические пятна $d=3$ мм, безболезненные. Периферические лимфоузлы не увеличены.</p> <p>При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы над 1/3 обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в V точке - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих лучевых артериях. ЧСС - 110 в минуту. АД - 125/60 мм рт. ст. Видимая пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у</p>

		<p>края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Отеков нет.</p> <p>В анализах: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9/л, нейтрофилы: палочки - 8%, сегменты - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%, тромбоциты - 155×10^{12}/л, СОЭ - 38 мм/ч.; общий билирубин - 44 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, РФ +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, щелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.</p> <p>ЭХОКГ: ФВ = 41%, толщина ЗС ЛЖ и МЖП = 10 мм. Расширение полости ЛЖ: КДР ЛЖ = 58 мм, размер ЛП = 55 мм. На створке аортального клапана имеется экзогенное образование размерами 10×8 мм. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный активный ненозокомиальный инфекционный эндокардит аортального клапана. Недостаточность аортального клапана 3 ст., относительная недостаточность митрального клапана 2 ст., ХСН с промежуточной фракцией выброса, II А, 4 ФК (ОССН). Гепатит. Нефрит. Анемия 2 степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены активность и топика ИЭ, условия возникновения; неверно оценены поражения АК и МК, тяжесть ХСН по ФВ, стадиям и ФК, степень анемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Инфекционный эндокардит определен в соответствии с критериями DUKE: 1 большой (синдром клапанных изменений – новая регургитация аортального клапана по ЭХОКГ) и 2 малых (у данного пациента 4 малых – предрасположенность (эндотелиальная дисфункция вследствие вредных привычек), фебрильная лихорадка, сосудистые феномены – пятна Дженуэйя, иммунологические феномены – положительный РФ, спленомегалия, гепатит, нефрит). Активный – персистирующая лихорадка, лечение антибиотиками. Ненозокомиальный – наличие медицинского контакта (экстракция зуба). Поражения АК и МК – данные пальпации лучевых, сонных артерий, аускультации сердца и ЭХОКГ. ХСН - клинические (одышка) и данные ЭХОКГ (промежуточная ФВ=41-49%, расширение полостей ЛЖ и ЛП), II А ст. (гемодинамика нарушена в одном круге кровообращения – влажные хрипы), 4 ФК (симптомы в покое). Гепатит: увеличение размеров и болезненность печени, повышение билирубина в 2 раза, тромбоцитопения, альбуминемия. Нефрит: снижение уд.веса, альбуминурия, эритроцитурия. Анемия 2 ст. – гемоглобин менее 90 г/л.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.

P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или диагноз обоснован полностью неверно.
B	4	Назовите основные принципы лечения больного и есть ли показания к хирургическому лечению
Э	-	Основные принципы лечения: продолжительные курсы (4-6 недель), высокие дозы парентеральных и бактерицидные антибиотиков, культуры возбудителей должны сохраняться до выздоровления пациента, мониторинг функции почек по СКФ. До получения результатов крови на гемокультуру следует назначить эмпирическую схему β-лактамами антибиотиками и аминогликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорректируемая прогрессирующая СН; неконтролируемый антибиотиками инфекционный процесс; повторные эпизоды тромбозов; абсцессы миокарда; эндокардит оперированного сердца, размеры вегетаций более 10 мм для левых отделов и более 20 мм для правых отделов сердца (на данный момент нет показаний к хирургическому лечению).
P2	-	Названы все принципы лечения и показания к хирургическому лечению, выбраны верные группы препаратов, указано отсутствие показаний для вмешательства хирурга.
P1	-	Выбраны неверно группы препаратов, однако все принципы лечения и показания к хирургическому лечению указаны верно или Выбор препаратов верный, но принципы терапии или показания к хирургическому вмешательству указаны неверно.
P0	-	Ответ неверный: все принципы лечения и показания к хирургическому лечению, группы препаратов указаны неверно.
B	5	Кому и как проводится профилактика развития данного заболевания?
Э	-	У пациентов с «факторами риска» (врожденные и приобретенные, в том числе оперированные пороки сердца, перенесенный инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрфилактика. При стоматологических манипуляциях и других вмешательствах в полости рта, в области носоглотки, на верхних дыхательных путях и пищеводе рекомендуют: - Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры или Клиндамицин 600 мг за 1 час до процедуры. При вмешательствах на желудочно-кишечном тракте, мочевых путях, в области гениталий - Амоксициллин или Ампициллин: Амоксициллин 2 г перорально за 1 час до процедуры или Ванкомицин: 1 г внутривенно капельно за 1-2 часа до процедуры, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры).
P2	-	Показания и схема профилактики указаны верно.
P1	-	Схема профилактики выбрана верно, однако не показаны

		неверно или Схема профилактики выбрана неверно, однако показания указаны верно.
P0	-	Показания и схема профилактики указаны неверно.
H	-	029
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 63 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения 3 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013г., 2014г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4. ХСН II Б, 3 ФК».</p> <p>Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней.</p> <p>ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка.</p> <p>ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%).</p> <p>Биохимия крови: АСАТ – 45 Ед/л, АЛАТ – 39 Ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К+ – 4,0 ммоль/л.</p> <p>На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день. Больной госпитализирован.</p>
В	1	Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента.
Э	-	Недостаточная доза Спиринолактона (25 мг/сут) на фоне клинических проявлений ХСН IIБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия – сочетание Спиринолактона с петлевыми диуретиками (Торасемид).
P2	-	Ответ полный
P1	-	Не полностью оценена адекватность диуретической терапии
P0	-	Адекватность оценена неверно

В	2	Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.
Э	-	При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных (уменьшение отеков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.
P2	-	Указаны все критерии
P1	-	Критерии указаны неполностью: отсутствует один из критериев или назван неверно.
P0	-	Неверно указаны все критерии.
В	3	Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.
Э	-	Одновременное назначение комбинации Дигоксина и Бисопролола повышает риск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, регистрация ЭКГ, возможно проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.
P2	-	Названы верная комбинация препаратов, методы контроля.
P1	-	Выбраны неверно комбинация препаратов или методы контроля.
P0	-	Ответ неверный: комбинация лекарственных препаратов и методы контроля указаны неверно.
В	4	Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.
Э	-	МНО – международное нормализованное отношение, для пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий = 2-3.
P2	-	Показатель и его диапазон указаны верно.
P1	-	Неверно указан диапазон.
P0	-	Показатель указан неверно.
В	5	Изменение каких лабораторных показателей и во сколько раз может свидетельствовать о развитии побочных эффектов на фоне приема статинов?
Э	-	При терапии статинами необходимо контролировать уровень трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) для выявления поражения печени и контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Увеличение трансаминаз более 3 норм и КФК более 5 норм требует отмены препарата.
P2	-	Показатели и их диапазон указаны верно
P1	-	Неполный ответ: не указан один показатель или диапазон показателя.
P0	-	Неверно указаны показатели и диапазоны.
Н	-	030
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза

Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 65 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные боли при ходьбе на 3-ий этаж (проходят при остановке движения) в течение одного года, сопровождающиеся появлением одышки, слабости и тревоги.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ (около 10 лет), курит (20лет), отмечает редкие головокружения и ухудшение памяти, однако к врачам не обращался. Во время последнего визита к терапевту 2 года назад было зарегистрировано АД 160/95; в биохимическом анализе крови - гиперлипидемия. Семейный анамнез: мать – 79 лет, страдает сахарным диабетом, ИБС; отец – умер в 49 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на верхушке сердца, аорте и каротидной артерии справа. ЧСС – 84 уд.в мин., АД – 172/104 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков не регистрируется.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 106мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 61,8 мл/мин., АЛАТ – 32 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2. Артериальная гипертония III стадии, II степени, риск ССО 4. Умеренный аортосклероз. Каротидный атеросклероз справа. Митральная регургитация. Ожирение 2ст., гиперлипидемия. ХСН I ст., II ФК. Хроническая болезнь почек II стадии.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии ХСН, ХБП, АГ и ФК стенокардии, неверно оценен риск ССО.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ИБС установлен на основании жалоб больного на кратковременные загрудинные боли при ходьбе (проходят в покое)

		и сопровождаются одышкой, слабостью и чувством страха, данных анамнеза (пациент страдает АГ около 10 лет); факторов риска ИБС (курение, дислипидемия, АГ, ожирение, отягощённый семейный анамнез), проявлениях мультифокального атеросклероза (систолический шум на аорте и каротидной артерии справа), наличия ХБП. Стадия АГ и степень риска установлены на основании наличия ассоциированного состояния (ИБС). Диагноз хронической болезни почек (ХБП) определен по снижению СКФ и длительному анамнезу АГ,
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение тредмил-теста и суточного мониторирования ЭКГ и АД для оценки наличия ишемических изменений и суточного профиля АД; снятие ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки степени митральной регургитации, фракции выброса, толщины стенок миокарда и характеристики аорты; УЗ-исследование каротидных артерий (дуплексное сканирование сосудов БЦС) и почек для оценки их поражения. Проведение стресс-ЭХОКГ или МСКТ коронарных артерий с последующей селективной коронароангиографией (после дообследования и оценки эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии). Определение лодыжечно-плечевого индекса (при возможности).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения ИБС и АГ Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия «АБСД»: Аспирин, Бета-адреноблокатор, Статин, Ингибитор АПФ (последний – с учётом наличия ХСН, АГ, ХБП).

		Данные группы препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ИБС в сочетании с АГ, ХСН, ХБП. Нитро-спрей – носить с собой (приём – по потребности).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ИБС и АГ. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ИБС и АГ, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и статинов.
В	5	<i>Через 6 месяцев регулярной терапии ИБС (стенокардии) и АГ: (комбинация бисопролола в дозе 5 мг/сутки, кардиомагнила в дозе 150 мг/сутки, рамиприла 10мг/сутки + розувастатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты + неполный отказ от курения – за грудинные боли при ходьбе в обычном темпе практически не беспокоят, АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 65,3 мл/мин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить терапию ИБС и АГ без изменений, продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным конкретный план борьбы с никотиновой зависимостью, а также уточнить его физическую активность и мероприятия по коррекции избыточной массы тела. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии, отсутствия умеренного/высокого риска по Тредмил-индексу и угрожаемых нарушений ритма, а также наличия Сохранённой Фракции Выброса проведение коронароангиографии может быть отсрочено. Ведение Дневника АД приветствуется.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	031
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Мужчина, 47 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружения при физической нагрузке (однократно было падение), периодически – перебои в работе сердца. Иногда – непродолжительные загрудинные боли при физической нагрузке, слабость, появление одышки при ходьбе.</p> <p>Из анамнеза известно, что появление вышеописанных жалоб отмечает около 2-х лет. К врачам не обращался. Продолжал заниматься физическим трудом (работает слесарем). Не курит, наследственность не отягощена. Из перенесённых заболеваний: однократно болел пневмонией в детстве.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные. В лёгких – везикулярное дыхание с жёстким оттенком, единичные сухие хрипы, ЧДД – 18 в мин. При перкуссии границы сердца расширены влево. Верхушечный толчок усилен, смещён вниз. Тоны сердца приглушены, ритмичные, (редкие экстрасистолы), ЧСС 58 уд/мин. Грубый (резкий) «скребущий» систолический шум во II-ом межреберье справа от грудины, проводится на сосуды шеи, II тон здесь же ослаблен. АД на плечевой артерии 119/75 мм рт.ст., D=S. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не увеличены. Диурез в норме. Отёков нет.</p> <p>Лабораторные данные: общий холестерин – 3,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ – 32 ммоль/л. На ЭКГ – синусовая брадикардия с ЧСС 58 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Редкая желудочковая экстрасистолия.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, редкая желудочковая экстрасистолия, синкопальное состояние (анамнестически). Стенокардитический синдром. ХСН I ст., ПФК.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть синдромов упущена или неверно оценена стадия ХСН.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз аортального стеноза установлен на основании жалоб больного на головокружения при физической нагрузке (однократное падение), непродолжительные загрудинные боли при ходьбе, одышку, наличии классических аускультативных и перкуторных проявлений аортального стеноза, выявления признаков ГЛЖ (в т.ч. на ЭКГ), наличия ХСН. Стадия и ФК ХСН предположены по клиническим данным.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одного из синдромов.
P0	-	Обоснование двух и более синдромов дано неверно. или

		Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение ЭХОКГ и суточного мониторинга ЭКГ для оценки наличия конкретных нарушений ритма, ишемических изменений и подтверждения поражения аортального клапана (в т.ч.: площадь аортального отверстия, средний градиент давления на аортальном клапане и скорость кровотока), а также регистрации фракции выброса, толщины стенок миокарда. Проведение МСКТ коронарных артерий с последующей селективной коронароангиографией. Необходима неотложная консультация кардиохирурга.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Какой метод лечения Вы бы предпочли: оперативный или медикаментозный? Какую тактику пред – и постоперационного лечения Вы бы избрали? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Предпочтительным является транскатетерное протезирование аортального клапана (баллонная вальвулопластика-TAVI), при невозможности – протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения. Предоперационное лечение включает (с учётом наличия нарушений ритма и для профилактики ВКС) бета-адреноблокатор, аспирин; в минимальной дозе и с крайней осторожностью - ингибитор АПФ (последний – с учётом наличия ХСН).
P2	-	Выбор правильно обоснован: хирургическая коррекция аортального стеноза. Выбраны верные группы препаратов при отсрочке операции.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов в предоперационный период, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: не избрана хирургическая стратегия лечения.
В	5	<i>Через 6 месяцев после баллонной вальвулопластики (TAVI) головокружений, загрудинных болей больной не отмечает.</i>

		<i>Одышка и экстрасистолия значительно уменьшились. Гемодинамика стабильная. Продолжает приём карведилола 3,125 (2раза в сутки), периндоприл под контролем АД (2,5мг вечером), варфарин (под контролем МНО). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больным его физическую активность. Ведение Дневника АД и ЧСС приветствуется.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	032
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Юноша, 20 лет, студент, обратился к врачу с жалобами на частые перебои в работе сердца, приступы сердцебиений, колющие боли в области верхушки сердца в покое, повышенную утомляемость, тревожность.</p> <p>Из анамнеза известно, что подобные симптомы отмечались во время учёбы в школе (9-11классах), особенно после «нервных нагрузок», принимал валериану (пустырник) с незначительным эффектом. К врачам не обращался. Наличие хронических заболеваний отрицает. Перенесённые детские инфекции вспомнить не может, в больницах никогда не лечился. Семейный анамнез спокоен – «родители здоровы». Не курит, алкоголь не употребляет, спортом не занимался. Частые вирусные респираторные инфекции отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м². Окружность талии – 72 см. Астеническое телосложение. Кожные покровы чистые, обычной окраски, имеется гипергидроз ладоней. Пальцы рук удлинены. При осмотре ротовой полости выявлено укорочение уздечки языка, миндалина – без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, тенденция к тахикардии (ЧСС 84 уд.в мин.); по левому краю грудины регистрируется нежный систолический шум и мезосистолический щелчок; также во время аускультации зарегистрировано несколько экстрасистол. АД – 110/75 мм рт.ст.</p>

		<p>Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В анализах крови: тенденция к гемоконцентрации: гемоглобин-172г/л., эритроциты-5,64x10¹²/л. СОЭ 2мм/час. Глюкоза 4,3 ммоль/л., в остальном – без особенностей.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный (идиопатический) пролапс митрального клапана с регургитацией, частая экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия неуточнённого характера (редкие приступы).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не отмечено наличие митральной регургитации или неверно оценен характер нарушений ритма.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании признаков дисплазии соединительной ткани (см. данные осмотра), кардиалгий, наличии митральной регургитации (аускультативно) и нарушений ритма. Клинико-anamnestические данные не позволили заподозрить другие виды кардиомиопатий (вторичные миокардиодистрофии) и миокардит.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование основной нозологической формы и её осложнений (характер нарушений ритма).
P0	-	Обоснование нозологической формы и её осложнений дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ, проведение суточного ЭКГ – мониторинга (для уточнения характера нарушений ритма, исключения признаков дисфункции синусового узла и т.п.), проведение ЭХО-КГ для подтверждения наличия ПМК и определения степени митральной регургитации, а также выявления хордальных нарушений; рентгенография органов грудной клетки; определение магния и калия крови (при возможности). По результатам полученных данных будет решён вопрос о необходимости проведения ЧПЭКС и ЭФИ сердца.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из

		списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения первичного (идиопатического) пролапса митрального клапана с нарушениями ритма Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения ПМК с нарушениями ритма и кардиалгическим синдромом включает: препараты магния/калия, бета-адреноблокаторы, сартаны (под строгим контролем уровня АД), седативную терапию и метаболиты. Необходимы немедикаментозные рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, а также некоторые физиотерапевтические процедуры.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ПМК с нарушениями ритма. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ПМК с нарушениями ритма, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме препаратов магния. Не перечислены немедикаментозные методы лечения ПМК.
B	5	<i>Через 3 месяца регулярной терапии ПМК с редкими наджелудочковыми нарушениями ритма: (комбинация магнерота 500мг x 3 раза в сутки, небиволола 2,5 мг/сутки и регулярного посещения занятий по психорелаксации) отмечает значимое уменьшение перебоев в работе сердца. Кардиалгии практически не беспокоят, приступов сердцебиений за время наблюдения не было, АД колеблется в пределах 110-115/70 мм рт.ст., магний крови – 1,0 ммоль/л. Начал заниматься спортом. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Закончить курс магнерота. Продолжить терапию ПМК с редкими наджелудочковыми нарушениями ритма небивололом в поддерживающих дозах, рекомендовать динамическое наблюдение с проведением ЭКГ-мониторирования (через год), ЭХОКГ (через 3года), обсудить с больным рациональную дозированность занятий спортом с исключением участия в соревнованиях. С учётом значимого эффекта Оптимальной Медикаментозной Терапии консультация инвазивного аритмолога и кардиохирурга может быть

		отсрочена.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	033
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Юноша 16 лет. Был госпитализирован в БИН с диагнозом: ОКС. Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазм на коже век впервые был проведен анализ атерогенных липидов в крови, который показал высокий уровень общего холестерина. В течение 3 – х недель беспокоят приступы загрудинных сжимающих болей при физических нагрузках. При осмотре: границы сердца не расширены, тоны ясные, патологических шумов нет, ритм правильный, ЧСС – 68 в 1', АД – 120/70 мм.рт.ст. При обследовании в отделении по данным КАГ выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии на 70%, стеноз огибающей коронарной артерии на 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%. В крови общий холестерин 21,1 ммоль/л, ХС-ЛПНП 13,1 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (трехсосудистое поражение). Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (II а тип).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно указан тип дислипидемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз впервые возникшей стенокардии установлен на основании анамнеза приступов стенокардии не более месяца. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий установлен на основании данных коронарографии. Семейная гомозиготная гиперхолестеринемия (II а

		тип) установлена на основании специфических поражений ахилловых сухожилий, кожи век и данных липидограммы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	ДНК диагностика с целью идентификации мутации генов, ответственных за развитие заболевания (ген ЛНП рецептора, ген апопротеина апоВ - 100 и ген фермента-конвертазы рецептора ЛНП — PCSK9).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако не указаны гены, ответственные за развитие заболевания.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Тактика лечения больного.
Э	-	Реваскуляризация: аортокоронарное шунтирование. Данный вид хирургического лечения показан при многососудистом поражении коронарных артерий. Гиполипидемическая терапия: статины в высоких дозах. (Симвастатин 40-80 мг/сут, Аторвастатин 20-80 мг/сут, Розувастатин 20-40 мг/сут) в сочетании с эзетимибом в дозе 10 мг/сут. Экстракорпоральное лечение: плазмаферез, иммуносорбция ХС-ЛПНП.
P2	-	Выбрана верная тактика лечения больного
P1	-	Выбрана верная тактика лечения больного, однако не указаны дозы препаратов
P0	-	Ответ неверный: неправильно выбран метод реваскуляризации, фармакологической коррекции
B	5	Что входит в оценку профиля безопасности проводимой терапии при диспансерном наблюдении
Э	-	Определение уровней печеночных ферментов – АСТ, АЛТ и мышечных ферментов (КФК). Больному также рекомендуется немедленно сообщать врачу обо всех необычных изменениях в своем состоянии, в частности, о немотивированной мышечной слабости, болях в мышцах, потемнении цвета мочи.
P2	-	Оценка профиля безопасности проводимой терапии указана верно
P1	-	Оценка профиля безопасности проводимой терапии указана не полностью. Отсутствуют лабораторные или клинические признаки побочных эффектов (миопатии, рабдомиолиза).
P0	-	Оценка профиля безопасности проводимой терапии указана неверно.
H	-	034

Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 200/110 мм.рт.ст. Применение гипотиазида переносит плохо. Объективно: ЧСС 88/мин, АД 180/110 мм рт ст. Признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи – относительная плотность – 1002-1008.
В	1	Предположите наиболее вероятную причину артериальной гипертензии?
Э	-	Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна, альдостерома).
P2	-	Причина высказана верно.
P1	-	Причина названа не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Причина названа неверно.
В	2	Какие изменения электролитов крови ожидаются?
Э	-	Гипокалиемия, гипернатремия
P2	-	Электролиты и их изменения указаны верно.
P1	-	Изменения и название только одного электролита названо правильно.
P0	-	Электролиты и их изменения указаны неверно.
В	3	Какие другие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
Э	-	УЗИ или томография надпочечников, экскреция альдостерона.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Назван только один дополнительный метод обследования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Тактика лечения?
Э	-	Спиролактон в дооперационном периоде для нормализации уровня калия в крови, хирургическое удаление опухоли
P2	-	Выбрана верно группа препаратов, указано оперативное вмешательство, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верно группа препаратов, указано оперативное вмешательство, выбор не обоснован

		или Выбрано только оперативное вмешательство, обоснование верное.
P0	-	Выбрана только медикаментозная терапия неправильной группы.
B	5	Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.
Э	-	Вторичный альдостеронизм - уровень калия в сыворотке крови при этом не снижается или снижается мало. Почечная гипертония, связанная с ишемией почек - выделение альдостерона мочой повышено, однако отсутствует существенная гипокалиемия. Нефрит с потерей натрия, при котором в связи с повышенной экскрецией натрия повышается продукция альдостерона - лишение натрия в пище не приводит к уменьшению его выделения мочой. Несахарный диабет - удельный вес мочи ниже, чем при альдостеронизме, обычно повышается после введения вазопрессина; гипертония и гипокалиемия отсутствуют. Гиперпаратиреоз - отсутствует гипокалиемия, повышено содержание в крови кальция, снижен уровень фосфора.
P2	-	Приведены 3 и более нозологий, обоснованы верно.
P1	-	Приведены 1 или 2 нозологий, обоснованы верно или приведены 3 и более нозологий, но обоснование дано верно лишь 1.
P0	-	Приведены менее 3 нозологий, обоснование не верно или отсутствует.
H	-	035
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Осмотрен пациент, мужчина 39 лет. В течение 5 лет он отмечал небольшую одышку, которая беспокоила при умеренной физической нагрузке, периодические сердцебиения. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда он заболел ОРЗ, и на фоне высокой температуры и кашля появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, возникли частые сердцебиения. В анамнезе - хронический тонзиллит, в 18 лет была проведена тонзиллэктомия. Вредные привычки отрицает. Объективно: выявляются ортопноэ, акроцианоз, ИМТ – 21 кг/м ² , ЧД = 22 в мин. ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 32 в мин. АД = 105/60 мм рт ст. Температура тела 37,5С. Границы

		<p>сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Выслушивается акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах и в аксиллярных областях. Живот мягкий, при пальпации выявляется легкая болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выявляется умеренная отечность голеней и стоп. В крови СОЭ 35 мм/час, лейкоциты 12100, С-реактивный белок – 24 мг/л. По ЭКГ выявляется фибрилляция предсердий с ЧСС 76- 150 в минуту. По ЭХОКГ выявляется расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-V отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-V отверстие. Ток регургитации через правое А-V отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана. Систематического лечения ранее не получал, нерегулярно, с частотой 3-4 раза в месяц, использовал корвалол по 30 капель при усилении сердцебиений.</p> <p>После осмотра было назначено следующее лечение: лозартан в дозе 50 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, варфарин 5 мг/сут под контролем МНО. Запланирована хирургическая коррекция порока сердца после стабилизации состояния больного. При осмотре на следующий день отмечено уменьшение выраженности жалобна одышку и сердцебиения, ЧСС 110 – 130 в минуту, дефицит пульса уменьшился до 25 в минуту. В остальном – без динамики.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием комбинированного митрального порока с преобладанием митральной недостаточности, с нарушением ритма по типу перманентной формы фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант, НК ПБ ст., III ФК. по NYHA.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или ФК СН; неверно оценен вариант фибрилляции предсердий.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз комбинированного ревматического порока сердца установлен на основании данных анамнеза (частые ангины и тонзиллэктомия в 18 лет, одышка и сердцебиения в течение 5 лет), физикальных данных (тахисистолическая мерцательная аритмия,

		дефицит пульса, ортопноэ, трехчленный ритм. систолический и диастолический шумы на верхушке сердца, акцент второго тона над легочной артерией, увеличение печени, влажные хрипы в легких, расширение границ сердца, периферические отеки), данных ЭКГ и ЭХОКГ. Острая ревматическая лихорадка установлена на основании нарастания симптомов поражения сердца и недостаточности кровообращения после перенесенной респираторной инфекции, наличия субфебрилитета, воспалительных сдвигов по ОАК, увеличения СРБ. Наличие фибрилляции предсердий подтверждается анамнезом, при физикальном обследовании и по ЭКГ. Стадия НК установлена на основании выявления клинических и инструментальных признаков выраженных изменений правых и левых отделов сердца, застойных явлений в большом и малом кругах кровообращения.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одного из нозологических форм или синдромов. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Эффективна ли назначенная терапия?
Э	-	Несмотря на небольшое улучшение по субъективным и физикальным данным, сохраняются признаки НК, гемодинамических нарушений и тахисистолической мерцательной аритмии. Лечение недостаточно эффективно. Поскольку ФП носит клапанный характер и является перманентной, а по ЭХОКГ подтверждено расширение предсердий, прогноз восстановления ритма без хирургического лечения порока сердца неблагоприятный. Назначение кордарона нецелесообразно. Кроме того, попыткам восстановления ритма должна предшествовать ЧПЭХОКГ, для исключения формирования тромба в левом предсердии, а также трехнедельная терапия варфарином под контролем МНО. Пациенту показаны бета-блокаторы, для урежения ритма. Доза лозартана является низкой и неоптимальной для данного больного. Показана антибактериальная этиотропная терапия острой ревматической лихорадки.
P2	-	Оценка эффективности терапии проведена и обоснована полностью верно.
P1	-	Оценка эффективности терапии проведена верно, однако нет обоснования. или Обоснование дано, но один из являющихся критериями параметров не указан или указан неточно.
P0	-	Обоснование эффективности терапии дано неверно.
B	4	Врач с помощью медицинской документации установил, что при развитии респираторной инфекции антимикробная терапия не

		применялась. Является ли отказ от этиологической терапии обоснованным? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Учитывая наличие острой ревматической лихорадки, назначение antimicrobных препаратов целесообразно. Прежде всего должны быть рассмотрены варианты пенициллинотерапии.
P2	-	Оценка эффективности терапии проведена и обоснована полностью верно.
P1	-	Оценка эффективности терапии проведена верно, однако нет обоснования. или Обоснование дано, но требует уточнения.
P0	-	Обоснование эффективности терапии дано неверно.
В	5	<i>Следует ли оставить терапию без изменений?</i>
Э	-	Требуется коррекция лечения: отмена кордарона, назначение бета-блокаторов, увеличение дозы лозартана, этиотропная терапия, подготовка к оперативному лечению.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	036
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На амбулаторный прием пришел пациент, мужчина, 69 лет. Пациент чувствует себя удовлетворительно. Однако в течение длительного периода времени у него имеются жалобы на утомляемость, периодически возникающие сердцебиения.</p> <p>В анамнезе имеется артериальная гипертензия; ее стаж около 10 лет. В последние годы, на фоне проводимого лечения, АД держится на уровне 130-135/75-80 мм рт, однако ранее оно достигало 160/95-100 мм рт ст. Чуть более года назад появились жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца; по результатам ЭКГ была выявлена фибрилляция предсердий. Пациент надеется на восстановление ритма, однако, несмотря на проводимую терапию, фибрилляция предсердий сохраняется. ИБС, инфарктов миокарда, ОНМК в анамнезе нет.</p> <p>Также известно, что пациент около года страдает сахарным диабетом 2 типа, гликемию корригирует с помощью диеты. Состоит на диспансерном учете, посещал занятия «Школы диабета». При контрольном обследовании у эндокринолога неделю назад уровень гликированного гемоглобина составил 6,0%.</p> <p>Больной курит в течение 30 лет, одну пачку сигарет в день.</p>

		<p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС – 62-86 уд.в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>В биохимических анализах: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,3 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации 80 мл/мин. На снятой ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС - 60 - 90 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Показатель риска инсульта по шкале CHA²DS²VASc составил 3 балла (СД, возраст 65 -74 года, гипертензия).</p> <p>Регулярно принимает лозартан в дозе 100 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, варфарин (текущая доза 5 мг, последнее измерение МНО 3 месяца назад (2,2)), аторвастатин 40 мг/сут. Нерегулярно (3-4 раза в неделю) принимает корвалол по 30 капель при усилении сердцебиений.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Артериальная гипертония, II стадия, 2 степень, риск ССО 4, нарушение ритма по типу длительно персистирующей фибрилляции предсердий. Сахарный диабет 2 типа, целевой НвА1С менее 7,0%.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или риск артериальной гипертонии; неверно оценен вариант фибрилляции предсердий; неверно оценены тяжесть течения или состояние компенсации сахарного диабета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет, для поддержания нормальных показателей АД регулярно принимает 2 гипотензивных препарата); установление степени АГ основано на данных анамнеза и цифрах АД, измеренных ранее.</p> <p>Стадия АГ установлена на основании выявления гипертрофии левого желудочка при отсутствии осложнений со стороны органов мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета 2 типа.</p> <p>Наличие фибрилляции предсердий подтверждается анамнезом, при физикальном обследовании и по ЭКГ. Длительно-персистирующий вариант подтверждается тем, что имеется непрерывно текущая ФП в течение ≥1 года, в отношении которой решено подобрать стратегию контроля ритма (получает амиодарон)</p> <p>Диагноз сахарного диабета установлен на основании данных анамнеза (в течение года состоит на диспансерном учете в связи с данным заболеванием). Тяжесть диабета установлена на основании данных о коррекции гликемии с помощью диеты, при отсутствии осложнений.</p>

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Эффективна ли проводимая гипотензивная терапия?
Э	-	При наличии сахарного диабета целевые уровни АД должны быть менее 140/85 мм рт ст. У пациента данный целевой уровень был достигнут, что подтверждается результатами контроля АД дома (по анамнезу) и данными объективного обследования на визите.
P2	-	Оценка эффективности терапии проведена и обоснована полностью верно.
P1	-	Оценка эффективности терапии проведена верно, однако нет обоснования. или Обоснование дано, но один из являющихся критериями параметров не указан или указан неточно.
P0	-	Обоснование эффективности терапии дано неверно.
B	4	Врач с помощью медицинской документации установил, что в течение года было выполнено 10 измерений МНО. Результаты составили 2,6; 2,3; 2,8; 3,4; 2,5; 4,0; 3,2; 2,7; 3,1; 2,2. Достаточно ли эффективна и безопасна текущая антитромботическая терапия в плане профилактики инсульта? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	4 из 10 результатов исследования МНО показали уровни за пределами «разрешенного окна» (МНО 2 – 3). Следовательно, у данного пациента только 60% значений МНО находятся в терапевтическом диапазоне. Профилактика инсульта с помощью антагонистов витамина К эффективна при достаточном времени пребывания МНО в терапевтическом диапазоне (например, >70%). Терапия не варфарином не достигла поставленной терапевтической цели.
P2	-	Оценка эффективности терапии проведена и обоснована полностью верно.
P1	-	Оценка эффективности терапии проведена верно, однако нет обоснования. или Обоснование дано, но требует уточнения.
P0	-	Обоснование эффективности терапии дано неверно.
B	5	Следует ли оставить антитромботическую терапию без изменений? Что могло повлиять на ее эффективность?
Э	-	Пациентам мужского пола с неклапанной ФП, имеющим ≥ 1 балла по шкале CHA2DS2VASc показана терапия оральными антикоагулянтами (ОАК). Данный пациент имеет 3 балла по шкале

		СНА2DS2VAS и нуждается в приеме ОАК. Однако применение варфарина у него оказалось недостаточно эффективным, что может быть связано с лекарственными взаимодействиями (принимает препараты, влияющие на метаболизм варфарина - амиодарон, корвалол). Для больного был бы оптимальным перевод на новые ОАК.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	037
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 34 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление головной боли, сердцебиений, иногда повышения АД до 160/100мм рт.ст.(к вечеру), одышку при умеренной нагрузке.</p> <p>Больная беременна (первая беременность, 24 недели). Из анамнеза известно, что больная и ранее часто отмечала повышения АД до 150/100 мм рт. ст. К врачам не обращалась- принимала анаприлин, ношпу, анальгин. Появление указанных жалоб связывает с беременностью, «набором веса» и нервным перенапряжением.</p> <p>Больная продолжала работать, хотя вечером отмечала учащение подъёмов АД и указанные выше жалобы. К врачу не обращалась («очень много работы»). Принимала самостоятельно настои трав, БАДы., занималась психорелаксацией. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, какие-либо заболевания (кроме цистита в 20-летнем возрасте) отрицает. У отца была гипертоническая болезнь (умер от инсульта в 55 лет).</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД в покое 18 в мин. Границы сердца несколько расширены влево. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС 86 ударов в мин., АД – 152/98 мм рт.ст.(сидя) на обеих руках и 148/96мм рт.ст. (стоя). Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нижних конечностей нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7</p>

		ммоль/л.; глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, АЛАТ - 35 ммоль/л., АСАТ-40 ммоль/л, гемоглобин 124 г/л, СОЭ 28 мм/час., креатинин, мочевина и мочевая кислота - в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гипертоническая болезнь, степень I, стадия II, риск 3. (pre-existing hypertension), ХСН Iст. II ФК. Беременность 24 недели.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия, степень или тип АГ у беременных.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (повышение АД несколько лет до 150/100мм рт.ст. с эпизодическим самостоятельным приёмом антигипертензивных препаратов, признаков поражения органов-мишеней: ГЛЖ, акцент II тона на аорте), признаков ХСН (слабость, одышка, тенденция к тахикардии), анамнестических указаний на перенесённый в юности цистит (с самолечением), отягощённой наследственности.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клиничко-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного мониторирования АД (СМАД), взятие общего анализа мочи, определение отношения «альбумин/креатинин», взятие анализа крови на калий/натрий и кардиомаркёры ХСН (BNP и NTpro-BNP); проведение ЭХОКГ, УЗ-исследование почек, УЗДГ сосудов почек (при возможности), осмотр глазного дна.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано

		неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп для лечения ГБ II стадии у беременной женщины Вы бы рекомендовали. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения ГБ II ст. на фоне беременности 24 недель включает назначение метилдопы (класс рекомендаций I, уровень доказательства «В») При сохранении симпатoadреналовой активации допустимо добавление бета-альфаадреноблокатора (класс рекомендаций I, уровень доказательства «С»). При рефрактерности к метилдопе возможно добавление нифедипина в минимальной дозе (класс I, уровень «С»). Не исключается приём минимальных доз аспирина (100мг) после стабилизации АД. Необходим регулярный самоконтроль АД дома (СКАД) с ведением Дневника АД, соблюдение немедикаментозных рекомендаций по стабилизации АД и, самое главное, регулярное наблюдение у врача.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения ГБ на фоне беременности 24 недель. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ГБ на фоне беременности 24 недель, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме метилдопы. Не указано регулярное проведение больной СКАД.
В	5	<i>Через 1неделю регулярной терапии ГБII на фоне беременности 25 недель (метилдопа), проведения СМАД и СКАД, а также исключения заболеваний почек и вторичных АГ (по возможности) состояние больной улучшилось: не отмечает сердцебиений, реже стали головные боли, САД 122-124мм рт.ст. и ДАД 82-84мм рт. ст. (по СКАД), одышки не отмечает. Не работает. Врача посещает регулярно. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную терапию ГБ II ст. на фоне беременности 25 недель без изменений (с возможной минимизацией доз), продолжить динамическое наблюдение, обсудить с больной исключение фактора постоянного нервного перенапряжения, значимость контроля веса и соблюдения оптимального двигательного режима. Продолжить СКАД, при необходимости – повторить СМАД, общий анализ мочи, креатинин сыворотки крови.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	038
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечнососудистой системы, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 55 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиения и перебои в работе сердца, появление отёков ног, непродуктивный кашель, слабость.</p> <p>Пациенту 3 года назад был выставлен диагноз дилатационной кардиомиопатии. Лечился стационарно (имеются подробные выписки). Дома самостоятельно принимал эналаприл (утром) и метопролол (вечером). Ухудшение в состоянии почувствовал около одного месяца назад (после «тяжёлой физической работы по строительству дачи»), когда отметил усиление слабости и одышки, появление отёков ног. К врачу не обратился – «думал пройдёт и надо было достроить дачу». Когда отёки «поднялись до колен», а одышка и слабость «не давали работать» обратился к врачу поликлиники.</p> <p>Больной курит. Не работает (инвалид 3 группы). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает. Мать умерла в 60 лет «от какого-то заболевания сердца».</p> <p>При осмотре: состояние больного ближе к тяжёлому. Несколько цианотичен. Шейные вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 23 кг/м². Окружность талии – 98 см. Аускультативно в легких дыхание жёсткое, в нижних отделах с двух сторон незвучные сухие хрипы. ЧДД 24 в мин. Границы сердца значимо расширены в поперечнике. Тоны сердца резко приглушены, аритмичные (частая экстрасистолия) с ЧСС 84 ударов в мин. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум на верхушке и трикуспидальном клапане, акцент II тона над лёгочной артерией. АД – 110/75 мм рт.ст. (утром принимал эналаприл). Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 5см выступает из-под края рёберной дуги, край плотный, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется. Признаков асцита не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Умеренно выражены отёки голеней.</p> <p>В анализах: гемоглобин 150 г/л, СОЭ 16 мм/час., холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, глюкоза натощак 5,2 ммоль/л. ПТИ 105%, фибриноген 6,1г/л.,АЛАТ 34ммоль/л, АСАТ 37ммоль/л</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Дилатационная кардиомиопатия с митрально-трикуспидальной регургитацией, частой экстрасистолией; декомпенсация, ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть компонентов диагноза упущена или неверно оценена стадия ХСН.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании анамнеза (ДКМП) и признаков нарастания тотальной ХСН (цианоз, хрипы в лёгких, ундуляция шейных вен, тахикардия с экстрасистолией, одышка с ЧДД 24 в мин., усиление отёков ног, увеличение печени), регистрации митрально-трикуспидальной регургитации. Обращает внимание гемоконцентрация (повышение ПТИ, гемоглобина, фибриногена).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует полное перечисление клиничко-анамнестических показателей. Обоснование варианта заболевания дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов нозологической формы дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ, определение в сыворотке кардиомаркёров ХСН (BNP и NTpro-BNP), билирубина, креатинина, КФК, Д-димера, проведение ЭХО-КГ (для определения среднего давления в лёгочной артерии и наличия признаков лёгочной гипертензии, степени трикуспидальной и митральной регургитации, фракции выброса, размеров полостей сердца), а также проведение суточного ЭКГ-мониторирования (для уточнения вида и частоты экстрасистолии, исключения угрожающих нарушений ритма). Необходима рентгенография органов грудной клетки (или, при подозрении на ТЭЛА мелких ветвей, - МСКТ). Целесообразно проведение УЗДГ вен нижних конечностей.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано

		неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Стратегия лечения включает: госпитализацию больного с проведением указанного обследования. Базисным лечением будет стандартная терапия декомпенсированной ХСН: (рамиприл или АРНИ с тщательной титрацией и под строгим контролем АД, бета-блокаторы, эплеренон, торасемид, ивабрадин-при недостижении оптимальной ЧСС, дезагреганты, а также (после данных ЭКГ-монитора, ЭХОКГ,МСКТ) антикоагулянтов.. После анализа ЭКГ (наличие блокады ножек пучка Гиса?) целесообразна консультация инвазивного аритмолога для решения вопроса о проведении ресинхронизирующего вмешательства (РСТ), а также (после данных ЭКГ-мониторирования – пробежки желудочковой тахикардии? и ЭХОКГ- ФВ?) – установки ИКД. В случае нарастания острой декомпенсации тотальной ХСН и рефрактерности к базисной терапии необходимо решение вопроса о назначении левосимендана (в/в).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения декомпенсированной ХСН. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения ХСН, однако выбор не обоснован. Не указана возможность проведения РСТ и/или установки ИКД. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме дезагрегантов, ивабрадина.
В	5	<i>После выписки из стационара состояние больного улучшилось, однако с учётом основного заболевания (ДКМП) остаётся ближе к удовлетворительному. Дома продолжает приём кардиомагнила, карведилола, юпериио, эплеренона, торасемида, ивабрадина. От направления к инвазивному аритмологу (РСТ) и кардиохирургу (ИКД) категорически отказался. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить базисную без изменений (с необходимой титрацией и минимизацией доз), продолжить постоянное динамическое наблюдение с проведением ЭХОКГ, ЭКГ-мониторирования, МСКТ органов грудной клетки (при необходимости), обсудить с больным его повседневную физическую активность. Периодически - контроль АЛАТ, АСАТ, билирубина, гемореологических показателей, динамика кардиомаркёров ХСН: BNP, NTproBNP
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована

		или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

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

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Кардиология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<u>I семестр:</u>	УК-1
1) Атеросклероз, определение, этиология, патогенез, факторы риска клиническая классификация. Международная классификация гиперлипидемий. Современные нормативы содержания липидов различных классов в плазме крови. Дифференциальный подход к пациентам в зависимости от уровня атерогенных липидов, наличия факторов риска и сопутствующих заболеваний. Первичные и вторичные гиперлипидемии. Диагностическая и лечебная тактика.	УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4
2) Клинические проявления атеросклероза, понятие мультифокального атеросклероза, методы диагностики.	ОПК-5 ОПК-6
3) Классификация гиполипидемических препаратов, сравнительная эффективность. Особенности выбора гиполипидемического препарата в зависимости от типа ГЛП. Эфферентные и сорбционные методы лечения атеросклероза. Показания и противопоказания к ним. Эффективность методов.	ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10
4) Характеристика статинов как группы гиполипидемических препаратов. Принципы лечения, препараты и дозы.	ПК-1 ПК-2 ПК-3
5) Контроль эффективности и безопасности гиполипидемической терапии.	ПК-4 ПК-5
6) Хирургические методы лечения атеросклероза. Показания к ним. Немедикаментозное лечение атеросклероза. Возможности и уровень эффективности. Первичная и вторичная профилактика.	ПК-6 ПК-7
7) Понятие ишемической болезни сердца. Определение стенокардии (С). Современные представления об этиологии и патогенезе С. Факторы риска в развитии С. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики С. Понятие и критерии стабильного течения стенокардии. Формы и клиническая характеристика стабильной стенокардии. Понятие хронических коронарных синдромов. Примеры формулировки диагноза. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз стабильной стенокардии.	
8) Понятие и критерии нестабильного течения стенокардии и ее прогностическая значимость. Формы и клиническая характеристика нестабильной стенокардии. Классификация по Braunwald. Примеры формулировки диагноза. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз нестабильной стенокардии.	
9) Медикаментозная терапия стабильной стенокардии. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка. Методы реваскуляризации при СС (описание	

метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).

- 10) Медикаментозная терапия нестабильной стенокардии. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка. Методы экстренной реваскуляризации при ИС (описание метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).
- 11) Особенности диагностики и терапии вазоспастической и микроваскулярной стенокардии.
- 12) Инфаркт миокарда (ИМ). Современные представления об этиологии и патогенезе ИМ. Факторы риска в развитии ИМ. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики ИМ. Современная классификация ИМ (классификация ВОЗ, электрокардиографическая классификация, классификации по типам ИМ, по величине и глубине некроза, локализации, периодам и клиническим вариантам). Классификация ИМ при ИМ (по Killip) Примеры формулировки диагноза. Клиническая картина ИМ. Перечислить и описать клинические варианты начала ИМ.
- 13) Лабораторные и инструментальные методы диагностики ИМ. Ранние и поздние маркеры некроза миокарда (МНМ), их роль и значение в диагностике ИМ (уровни МНМ при различных соматических заболеваниях). Применение ЭКГ, ЭХО-КГ и СКГ в диагностике ИМ. Критерии диагноза ИМ. Дифференциальный диагноз ИМ.
- 14) Современные представления об ОКС без подъема сегмента ST и ОКС с подъемом сегмента ST. Тактика ведения больных.
- 15) ИМ правого желудочка. Особенности клиники, диагностики и лечения.
- 16) Медикаментозная терапия ИМ. Принципы терапии, показания, противопоказания, используемые препараты, их дозировка.
- 17) Методы экстренной реваскуляризации при ИМ (описание метода, принципы выбора и сроки проведения, показания, противопоказания).
- 18) Осложнения ИМ. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, неотложные мероприятия.

II семестр:

- 19) Аневризмы аорты. Классификация. Патологическая анатомия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение. Наблюдение кардиолога. Расслаивающаяся аневризма аорты. Этиология, факторы риска. Классификация. Диагностические мероприятия.
Лечение (медикаментозное и хирургическое). Осложнения. Прогноз.
- 20) Тромботическая окклюзия периферических артерий. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Предоперационное и послеоперационное ведение пациентов с тромботической окклюзией периферических артерий. Осложнения, их коррекция и профилактика. Наблюдение кардиолога.
- 21) Эмболическая окклюзия периферических артерий. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное и

- хирургическое лечение. Предоперационное и послеоперационное ведение пациентов с эмболической окклюзией периферических артерий. Осложнения, их коррекция и профилактика.
Наблюдение кардиолога.
- 22) Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Инвазивные и неинвазивные методы исследования. Оперативное и эндоваскулярное лечение (при наличии и в отсутствие СД). Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Медикаментозное лечение (при наличии и в отсутствие СД). Осложнения, их профилактика и коррекция. Трофические язвы (клиника, медикаментозное и хирургическое лечение).
- 23) Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Гигантоклеточный артериит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Аортоартериит (болезнь Такаю). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения.
- 24) Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Этиология, факторы риска, патогенез. Клиника, диагностика. Медикаментозное лечение (препараты, условия назначения, дозировки). Контроль эффективности лечения. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Хирургическое лечение (методы, показания и противопоказания к ним). Наблюдение кардиолога.
- 25) Болезнь и синдром Рейно. Этиология, патогенез. Клиническая картина, методы диагностики. Лечение. Особенности ведения и наблюдения кардиолога.
- 26) Определение артериальной гипертензии (АГ). Понятие о гипертонической болезни (ГБ). Современные представления об этиологии и теории патогенеза эссенциальной АГ. Факторы риска в развитии ГБ. Роль и возможности первичной и вторичной профилактики ГБ. Регуляция АД в норме. Современная классификация уровней АД (в т.ч. пороговые уровни по данным различных методов измерения). Стратификация сердечно-сосудистого риска у больных с АГ. Понятие об органах мишенях. Возможные варианты поражения. Стадии АГ. Выявление субклинического поражения органов-мишеней. Лабораторно-инструментальные методы исследования при АГ (основные, дополнительные и углубленное исследование).
- 27) Тактика ведения больных с АГ. Цели терапии. Немедикаментозное лечение. Классификация антигипертензивных препаратов. Рациональный выбор антигипертензивных препаратов в различных клинических ситуациях. Возможности моно- и комбинированной фармакотерапии. Рациональные комбинации. Терапия для коррекции факторов риска и сопутствующих заболеваний.
- 28) Особенности лечения АГ в различных клинических ситуациях
- 29) Вторичные артериальные гипертензии. Классификация. Особенности диагностики и ведения пациентов вторичной АГ различного генеза.

- | | |
|---|--|
| <p>30) Гипертонический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Классификация. Неотложные мероприятия.</p> <p>31) Понятие аритмии. Классификации аритмий. Патогенетические механизмы возникновения аритмий. Экстрасистолия. Определение. Классификации. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>32) Фибрилляция и трепетание предсердий. Определение, классификация, механизмы возникновения. Клиническая картина и прогностическая значимость. Медикаментозное восстановление ритма (принципы проведения, показания, противопоказания, используемые препараты и их дозировка). Немедикаментозное восстановление ритма (методы проведения, показания, противопоказания).</p> <p>33) Ургентные аритмии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы оказания неотложной помощи при ургентных аритмиях.</p> <p>34) Нарушения проводимости. АВ-блокада. СА-блокада. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>35) Нарушения проводимости. Блокады ножек пучка Гиса. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>36) Понятие СССУ. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>37) Приступ Морганьи-Адамса-Стокса. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз с другими синкопальными состояниями.</p> <p>38) Хирургические методы коррекции нарушений ритма и проводимости. Описание методов. Показания, противопоказания.</p> <p>39) Врожденные пороки сердца. Генез, классификация, методы диагностики, принципы лечения. Врожденные пороки сердца (ВПС), мультифакторная теория этиологии, патогенеза ВПС. Классификация ВПС, встречающихся у взрослых: ДМПП, ДМЖП, ОАП, КТМС и др.</p> <p>40) Врожденные пороки у взрослых: ДМПП, ДМЖП, ОАП, КТМС Особенности гемодинамики, клиники, консервативного и оперативного лечения. Прогноз МСЭ.</p> <p>41) Открытый артериальный проток, пороки развития аорты, легочной артерии Особенности гемодинамики, клиники, консервативного и оперативного лечения Течение заболевания МСЭ</p> <p>42) Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Поражение сердца ревматического генеза. Особенности лечения.</p> <p>43) Стеноз левого А-В отверстия (митральный стеноз). Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>44) Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>45) Стеноз устья аорты. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>46) Недостаточность аортального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>47) Стеноз трикуспидального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>48) Недостаточность трикуспидального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.</p> | |
|---|--|

- 49) Стеноз и/или недостаточность клапана легочной артерии.
Гемодинамика, клиника, диагностика, лечение.
- 50) Пролабирование створок клапанов сердца. ПМК – наиболее частый вариант пролапса, первичный, вторичный ПМК.
Этиопатогенез, методы диагностики, лечения. Критерии пролабирования. Пролапсы трикуспидального, аортального и пульмонального клапанов – более редкие варианты пролапсов.
Методы диагностики, этиопатогенез. диагностика, лечение.
- III семестр:**
- 51) Гипертрофическая кардиомиопатия. Определение.
Классификация. Роль генетических факторов в развитии ГКМП.
Клиническая картина. Диагностика. Алгоритм ведения больных с ГКМП. Фармакологическое и хирургическое лечение.
- 52) Дилатационная кардиомиопатия. Определение. Классификация.
Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Возможности медикаментозного и хирургического лечения. Прогноз.
- 53) Специфические кардиомиопатии. Классификация. Ишемическая и метаболическая КМП. Клиника, диагностика, лечение.
- 54) Дистрофии миокарда. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 55) Миокардиты. Классификация, этиология, патогенез.
Клиническая картина, течение миокардитов. Неинвазивная и инвазивная лабораторно-инструментальная диагностика.
Показания, противопоказания. Медикаментозное и немедикаментозное лечение.
- 56) Перикардиты. Классификация, этиология, патогенез.
Клиническая картина, течение перикардитов. Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований. Клиническая картина, течение перикардитов. Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований.
- 57) Перикардиты. Клиническая картина, течение перикардитов.
Неинвазивная лабораторно-инструментальная диагностика. роль визуализирующих исследований. Лечение.
- 58) Опухоли сердца. Классификация. Первичные доброкачественные опухоли сердца (миксомы, рабдомиомы, фибромы, тератомы).
Клиника, диагностика, лечение.
- 59) Опухоли сердца. Классификация. Злокачественные новообразования сердца (саркомы). Клиника, диагностика, лечение.
- 60) Инфекционный эндокардит (ИЭ). Определение. Факторы риска развития ИЭ. Возможности профилактики. Классификации ИЭ. Клиническая диагностика ИЭ. Лабораторная диагностика ИЭ. Визуализирующие инструментальные методы в диагностике ИЭ. Микробиологическая диагностика ИЭ. Диагностические критерии ИЭ. Критерии Duke и модифицированные критерии ЕОК 2015.
- 61) Антибиотикотерапия при ИЭ. Общие принципы применения.
Антибактериальное лечение ИЭ, связанного со стрептококками.
Антибактериальное лечение ИЭ, связанного со стафилококками.
Антибактериальное лечение ИЭ, связанного с энтерококками.
Антибактериальное лечение ИЭ при отрицательном посеве

- крови. Антибактериальное лечение ИЭ, связанного с грибковой инфекцией. Эмпирическая антибактериальная терапия при ИЭ.
- 62) Показания для хирургического вмешательства при ИЭ и сроки его проведения. Хирургическое лечение ИЭ: методы и принципы. Послеоперационные осложнения при ИЭ.
Персистирующая инфекция. Клиника, диагностика, лечебные мероприятия.
- 63) Эмболические события при ИЭ. Клиника, диагностика, лечебные мероприятия.
- 64) ИЭ протезированных клапанов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. ИЭ имплантируемых устройств. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения.
- 65) Сердечная недостаточность и недостаточность кровообращения. Определение, этиология, патогенез, классификации. Клиническая диагностика ХСН. Специфичность клинических проявлений. Алгоритм диагностики различных форм ХСН. Инструментальные методы в диагностике ХСН. Лабораторная диагностика ХСН.
- 66) Невизуализирующие инструментальные методы в диагностике ХСН.
- 67) Терапевтический алгоритм для пациентов с симптоматической СН-нФВ.
(показания, противопоказания, механизм действия, препараты и дозировки).
- 68) Лечение пациентов с СН-сФВ.
- 69) Острая сердечная недостаточность. Определение, этиология, классификация, диагностика. ОСН. Возможности медикаментозной терапии в зависимости от этиологической причины. ОСН. Возможности инвазивных методов коррекции.
- IV семестр:**
- 70) Адаптационные изменения, происходящие в организме женщины, при физиологически протекающей беременности. Беременность и АГ. Гестационная АГ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения. Возможные осложнения.
- 71) Преэклампсия, эклампсия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Гипертонический криз. Особенности ведения беременных при ГК. Антигипертензивные препараты для лечения гипертонического криза.
- 72) Модифицированная классификация ВОЗ материнского риска. Отдаленные сердечно-сосудистые последствия гестационной АГ и преэклампсии.
- 73) Антигипертензивные препараты, рекомендованные к применению в период беременности. Критерии классификации лекарственных препаратов по безопасности для плода. Лечение артериальной гипертонии в послеродовом периоде. Лечение артериальной гипертонии во время кормления грудью.
- 74) Врожденные пороки сердца. Клиника, диагностика, особенности ведения. Осложнения. Прогноз. Общие принципы ведения беременных с врожденными пороками сердца.

<p>75) Приобретенные пороки у беременных. Стеноз и недостаточность митрального и аортального клапанов. Клиника, диагностика, особенности ведения. Осложнения. Прогноз. Ведение беременных с протезированными клапанами сердца.</p> <p>76) ИБС и ОКС при беременности. Особенности ведения на разных сроках. Осложнения, прогноз.</p> <p>77) Кардиомиопатии при беременности. Особенности ведения на разных сроках. Осложнения, прогноз.</p> <p>78) Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма. Классификации антиаритмических лекарственных препаратов по безопасности для плода.</p> <p>79) Понятие сердечно-легочной реанимации. Этические вопросы. Комплекс мероприятий по предотвращению смерти в случае внутрибольничной и внебольничной остановки сердца.</p> <p>80) Алгоритм реанимации взрослых пациентов для медицинских работников.</p> <p>81) Особенности СРЛ детей и новорожденных.</p> <p>82) Устройства для механического компрессионного сжатия грудной клетки. Экстракорпоральные методики и инвазивные перфузионные устройства при СРЛ.</p> <p>83) Сосудосуживающие препараты для реанимации (вазопрессин и эпинефрин). Лекарственная терапия после остановки сердца.</p> <p>84) Целевое управление температурой тела. Целевые параметры гемодинамики после реанимации. Прогноз после остановки сердца. Донорство органов.</p> <p>85) Остановка сердца у беременных. Экстренные мероприятия.</p> <p>86) Инвазивный мониторинг гемодинамики при СРЛ. Ведение больных с ИБС после СРЛ. Ведение больных с нарушениями ритма после СРЛ. Осложнения СРЛ, их профилактика и коррекция.</p>	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	место грубые ошибки	Выполнены все задания, но не в полном объеме.	негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Некрасов Алексей Анатольевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии;

Карпухина Елена Владимировна к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии.