

Приложение к рабочей программе практики

Владимирский филиал  
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего  
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

Специальность: 31.08.36 Кардиология

г. Владимир

1. Настоящий фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Клиническая практика» по специальности 31.08.36 Кардиология является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Клиническая практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в рабочей программе данной практики.

## 2. Общее количество тестовых заданий по практике

Таблица 1

Код компетенции	Наименование компетенции	Количество заданий
УК-1	Способность критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации, определять возможности и способы их применения в профессиональном контексте	8
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	30
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	20
ОПК-9	Способен проводить анализ медикостатистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	20
ПК-3	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	12
ПК-4	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	24
Всего		154

## 3. Тестовые задания с распределением по компетенциям и типам

3.1 Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)

Таблица 2

№ задания	Содержание задания	Варианты ответов	Правильный ответ	Код компетенции
Прочитайте текст, выберите один или несколько правильных ответов				
1	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ	а) аденовирусы б) вирус Коксаки в) парвовирус В19 г) всё перечисленное	г	УК-1
2	ОСОБЕННОСТЬЮ	а) нарушения проводимости	а	ОПК-6

	ДИФТЕРИЙНОГО МИОКАРДИТА СЧИТАЮТ	б) быстрое развитие ХСН в) наличие панкардита г) инфаркто-подобные изменения на ЭКГ		
3	К НЕБЛАГОПРИЯТНОМУ ФОНУ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ	а) наличие резервуаров инфекции б) аллергический фон в) воздействие токсических веществ г) всё перечисленное	г	ОПК-7
4	К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ИНФЕКЦИИ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ МИОКАРДИТ ОТНОСЯТ	а) ожирение б) синдром нарушения питания (мальнутриция) в) наличие АГ г) всё перечисленное	б	ОПК-7
5	КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЮТ	а) декомпенсационный б) малосимптомный в) аритмический г) всё перечисленное	г	ОПК-6
6	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЕТ	а) ночные поты б) кровохарканье в) одышку г) повышение АД	в	ОПК-7
7	ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ МИОКАРДИТЕ С РАЗВИТИЕМ ОЛЖН К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ	а) гептрал б) моксонидин в) левосимендан г) сальбутамол	в	ОПК-7
8	ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА ПРИ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ ВКЛЮЧАЕТ	а) преднизолон б) азатиоприн в) циклоспорин г) всё перечисленное	г	ОПК-6
9	ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИКАРДИТ	а) неопластический б) постинфарктный в) туберкулёзный г) постперикардиотомный	б	ОПК-6
10	БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ СВЯЗАН	а) с наличием повышенной температуры б) с уровнем АД в) с положением тела г) со всем перечисленным	в	ОПК-7
11	КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПЕРИКАРДИТА	а) горизонтальный подъём сегмента ST б) наличие желудочковой	а	ОПК-6

	ЯВЛЯЕТСЯ	экстрасистолии в) возникновение полной поперечной блокады г) появление синдрома удлинённого QT		
12	УМЕРЕННЫМ ВЫПОТОМ (ЭХО-НЕГАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО В ЗАДНЕЙ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ БОРОЗДЕ) ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ	а) выпот до 10 мм б) выпот 10-20 мм в) выпот более 20 мм г) выпот более 30 мм	б	ОПК-7
13	БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ	а) НПВС б) колхицин в) глюкокортикоиды г) всё перечисленное	г	ОПК-6
14	САМЫМ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:	а. повышение t; б. геморрагический синдром; в. кардиомегалия; г) признаки порока сердца	а	ОПК-6
15	ПРИ ЭХО-КГ ДОСТОВЕРНОЙ СЧИТАЕТСЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАЦИЙ.;	а. более 1 мм; б. более 5мм; в. более 2 мм; г более 3 мм.	б	ОПК-7
16	ВЫСОКИЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЭ СВЯЗАН С НАЛИЧИЕМ:	а. вегетаций с высокой плотностью; б. стрептококковой этиологии болезни; в. быстрой деструкции клапана; г. больших вегетаций размером более 10 мм.	г	ОПК-6
17	ПРИ ЗАБОРЕ КРОВИ НА ГЕМОКУЛЬТУРУ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА ИЭ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ:	а. одномоментно производится забор не менее 50 мл крови; б. производится минимум пятикратный забор крови; в. забор крови производится из разных вен; забор крови может производиться из установленного катетера	в	ОПК-6
18	ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ,	а. неэффективность консервативного лечения первичного инфекционного эндокардита в течение 10 дней; б. антибиотикорезистентность повторно выделенной	а	ОПК-7

	КРОМЕ:	гемокультуры возбудителя; в. повторные тромбоэмболии; г. протезный инфекционный эндокардит.		
19	ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С:	а. дефектом межжелудочковой перегородки; б. дефектом межпредсердной перегородки; в. митральным стенозом; г. г. пролабированием митрального клапана без регургитации	а	ОПК-7
20	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ	а. 2-4 недели; б. 8-10 недель; в. 4-6 недель; г. более 10 недель.	в	ПК-3
21	ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:	а. пенициллинов или цефалоспоринов; б. макролидов; в. аминогликозидов; г. фторхинолонов.	а	ОПК-6
22	В СОСТАВ ВЕГЕТАЦИЙ НЕ ВХОДЯТ:	а. форменные элементы крови; б. фибрин; в. колонии микроорганизмов; г. иммунные комплексы.	г	ПК-4
23	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХСН:	а. ишемическая болезнь сердца; б. артериальная гипертензия; в. миокардит; г. фибрилляция предсердий.	а	ПК-3
24	НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ ХСН ПРОЯВЛЯЕТСЯ:	а. повышением уровня кортизола; б. гиперфункцией щитовидной железы; в. активацией САС и РААС; г. активацией САС.	в	ОПК-7
25	КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:	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.	а	ОПК-9
26	В ПОКОЕ ИМЕЮТСЯ	а. I стадия;	б	ОПК-9

	ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИЛИ ПО МАЛОМУ ИЛИ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ К КАКОЙ СТАДИИ ХСН ОТНОСЯТСЯ ДАННЫЕ ПРИЗНАКИ:	б. ПА стадия; в. III стадия; г. ПБ стадия.		
27	ПРИЗНАКИ ХСН ПБ СТАДИИ:	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.	а	ОПК-9
28	ПРИЗНАКИ ХСН III СТАДИИ:	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.	г	ОПК-6
29	ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ II ФК:	а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке; б. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; в. развитие обмороков при обычной физической нагрузке;	а	ОПК-9

		г. появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке.		
30	ПРОЯВЛЕНИЯ ХСН, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ IV ФК:	а. появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке; б. наличие проявлений ХСН в покое; в. развитие обмороков при небольшой физической нагрузке; г. появление боли в ногах при небольшой физической нагрузке.	б	ОПК-6
31	ПРЕПАРАТЫ, ЗАМЕДЛЯЮЩИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН:	а. диуретики и спиронолактон; б. сердечные гликозиды; в. ингибиторы АПФ и б-адреноблокаторы; г. антиагреганты и непрямые антикоагулянты.	в	ОПК-9
32	ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:	а. фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН; б. синусовая тахикардия; в. низкое АД; г. диастолическая дисфункция левого желудочка.	а	ОПК-9
33	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:	а. появление никтурии; б. олигурия; в. полидипсия; г. анурия.	а	ОПК-6
34	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. IIБ стадия; г. III стадия.	б	ПК-3
35	ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ	А- метаболизм не изменяется Б – усиление всасывания В – замедление выведения	В	ОПК-6

	ВЕЩЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:	Г – ничего из вышеперечисленного		
36	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	Г	ПК-4
37	ЧТО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ?	А -высокая температура Б – выраженные стенокардические боли В- пониженное артериально давление Г – склонность к высоким цифрам артериального давления	В	ОПК-9
38	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	Б	ОПК-9
39	В ЧЕМ ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:	А – высока вероятность сочетанной патологии Б – частый отказ от лечения В – невозможность применения фиксированных комбинаций Г – высокая комплаентность	А	ОПК-6
40	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	Б	ПК-4
41	ОСОБЕННОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ:	А – лекарственные средства выводятся в неизменном виде Б – боль при глотании В – частое возникновение побочных эффектов Г – предпочтение монотерапии	В	ОПК-9
42	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	Г	ОПК-6
43	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	Г	ОПК-9
44	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ	А. Клофелин	Г	ПК-3

	ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫМ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:	Б. Престариум В. Микардис Г. Метилдопа		
45	ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:	А. Лейкоцитоза Б. Протеинурии В. Гиперлипидемия Г. Повышение уровня печеночных трансаминаз	Б	ПК-4
46	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	В	ОПК-9
47	ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:	А. Приступы ангинозных болей Б. Акроциноз В. Неправильное сердцебиение Г. Одышка	Г	ОПК-9
48	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	Б	ОПК-9
49	ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕНО НАЗНАЧЕНИЕ:	А. Атенолол Б. Варфарин В. Хлортиазид Г. Хинидин	А	ОПК-7
50	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	В	ОПК-9
51	ВЫБЕРИТЕ РИТМ СЕРДЦА, ТРЕБУЮЩИЙ НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЯТОРА:	А - суправентрикулярная тахикардия; Б- электромеханическая диссоциация; В -асистолия; Г-фибрилляция желудочков.	Г	ОПК-6
52	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.	В	ПК-3
53	С КАКОЙ ЧАСТОТОЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ	А. 60-80/мин; Б . 80-100/мин;	В	ПК-4

	КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?	В. 100-120/мин; Г. 120-140/мин.		
54	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИИ:ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР:	.А 15:2; Б. 20:2; В. 30:2; Г. 30:3.	В	ОПК-6
55	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.	В	ПК-4
56	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.	Г	ОПК-6
57	ВЫБЕРИТЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СЛР:	А. внутривенный или внутрикостный; Б. внутривенный или внутрисердечный; В. внутривенный или внутримышечный; Г. внутрисердечный или внутримышечный.	А	ПК-3
58	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.	В	ПК-3
59	ВЫБЕРИТЕ РИТМЫ СЕРДЦА, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ РАЗРЯДА ДЕФИБРИЛЛЯТОРА:	А. асистолия и электромеханическая диссоциация; Б. асистолия и желудочковая тахикардия с широкими комплексами; В. фибрилляция желудочков и электромеханическая диссоциация; Г. фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия с широкими комплексами.	А	ПК-4
60	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ СТОИТ ВВОДИТЬ	А. каждую минуту; Б. каждые 3-5 минут; В. каждые 10 минут; Г. каждые 15 минут.	Б	ОПК-7

	АДРЕНАЛИН ПРИ АСИСТОЛИИ?			
61	К КАТЕГОРИИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ:	А. Переживший два СС события в течение 2 лет Б. Перенесший повторный ИМ В. При сочетании ИБС и уровня ОХС более 8 ммоль/л Г. При сочетании ИБС, СД и курения	А	УК-1
62	К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ	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	А	УК- 1
63	К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СС РИСКА ОТНОСИТСЯ ПАЦИЕНТ ИМЕЮЩИЙ	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	А	УК-1
64	ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА СТАТИНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ПРИ УСЛОВИИ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ:	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	А	ОПК-9
65	К ВИДАМ РАНДОМИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ	А. Простое рандомизирование Б. Рандомизация блоков с перестановками В. Адаптивные методы с предвзятыми монетами Г. Все перечисленное	Г	ОПК-9
66	УКАЖИТЕ КЛАСС РЕКОМЕНДАТЕЛЬНОСТИ УРОВНЯ ПА В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ	А. Определённо «да» Б. Скорее «да», чем «нет» В. Скорее «нет», чем «да» Г. Определённо «нет»	Б	УК-1
67	НАЗОВИТЕ ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ	А. «HealthStar» Б. «SAGES» В. «EmbaseAlert»	В	УК-1
68	ЧТО ТАКОЕ МЕТААНАЛИЗ	А. Анализ экспертных мнений Б. Анализ результатов исследований в различных популяционных группах В. Статистический метод, объединяющий результаты независимых исследований	В	УК-1
69	САМЫМ ЧАСТЫМ	А. Кардиогенный шок	Г	ОПК-6

	ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ	Б. Острая левожелудочковая недостаточность В. Острая аневризма левого желудочка Г. Нарушения сердечного ритма и проводимости		
70	ДЛЯ РЕФЛЕКТОРНОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ РЕФЛЕКСА	А. Розер-Нелатона Б. Бецольда-Яриша В. Гаккенбруха-Сикара Дельбе-Пертеса	Б	ПК-3
71	ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ (БОЛЕЗНИ ХОРТОНА) НЕ ПОРАЖАЕТСЯ	А. Затылочная артерия Б. Аорта В. Верхнечелюстная артерия Г. Почечная артерия	Г	ОПК-6
72	К ИАПФ ОТНОСИТСЯ	А. моксонидин Б. метопролол В. эналаприл Г. ариффон	В	ОПК-7
73	ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ	А. отсутствие зубцов Р Б. наличия множественных беспорядочных, различных по величине, форме и продолжительности предсердных волн мерцания f В. интервалы R-R одинаковые Г. интервалы R-R различные	В	ОПК-7
74	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ	А. признаки ишемии Б. вертикальное положение эос В. р-пульмонале Г. признаки гипертрофии левого желудочка	Г	ОПК-9

## 3.2 Задания открытого типа дополнения

Таблица 3

	Содержание задания	Правильный ответ	Код компетенции
<b>Прочитайте текст и дополните ответ</b>			
75	К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОЙ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ИНФЕКЦИИ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ МИОКАРДИТ ОТНОСЯТ...	синдром нарушения питания (мальнутриция)	УК-1
76	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ МИОКАРДИТА ВКЛЮЧАЕТ...	одышку	ОПК-6
77	ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ МИОКАРДИТЕ С РАЗВИТИЕМ ОЛЖН К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ...	циклоспорин	
78	КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ...	горизонтальный подъём сегмента ST	ОПК-6
79	САМЫМ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ	повышение t	

	ОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ...		
80	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО...	частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбоэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности	ОПК-6
81	ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ – ЭТО...	ИЭ у больного с пороком сердца	ОПК-6
82	ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С...	дефектом межжелудочковой перегородки	ОПК-6
83	ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ...	пенициллинов или цефалоспоринов	
84	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ...	ишемическая болезнь сердца	ОПК-6
85	ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОБРАЗОВАНИЯ ОТЕКОВ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ...	увеличение задержки $\text{Na}^+$ и жидкости	ОПК-7
86	КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ...	одышка, слабость и отеки нижних конечностей	ОПК-6
87	ПРЕПАРАТАМИ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМИ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ...	сердечные гликозиды	ОПК-6
88	ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ...	фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН	ОПК-9
89	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ...	признаки гипертрофии отделов сердца	ОПК-6
90	ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ...	замедление выведения	ОПК-7
91	ФАРМАКОКИНЕТИКА ДИУРЕТИКОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ...	увеличением периода полувыведения	ОПК-9
92	ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ...	часто встречается атипичная форма инфаркта миокарда	ОПК-9
93	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫМ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ...	Метилдопа	
94	БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ...	Рентгенография грудной клетки	ОПК-6

95	ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ...	Протеинурии	ОПК-7
96	ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В НОРМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ...	Одышка	ОПК-7
97	ВАРИАНТОМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ...	Дилатация левого желудочка	ОПК-7
98	ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО...	Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности, которое нормализуется после 6 недели беременности	ОПК-7
99	ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ...	При пальпации определяется пульсация восходящего и брюшного отдела аорты	ПК-4

## 3.3 Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)

Таблица 4

№ задания	Содержание задания	Правильный ответ	Код компетенции
<b>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</b>			
<p>Мужчина, 55 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиения и перебои в работе сердца, появление отеков 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 отеков ног. К врачу не обратился – «думал пройдёт и надо было достроить дачу». Когда отеки «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/м<sup>2</sup>. 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</p>			

<p>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>			
100	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Дилатационная кардиомиопатия с митрально-трикуспидальной регургитацией, частой экстрасистолией; декомпенсация, ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз	ПК-3, ПК-4
101	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	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).	
102	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	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.	
103	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	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).	
	<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/м<sup>2</sup>. 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 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.</p>		
104	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Гипертоническая болезнь, степень 1, стадия II, риск 3. (pre-existing hypertension), ХСН Iст. II ФК. Беременность 24 недели.	ПК-3, ПК-4
105	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	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	
106	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	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.	
107	Препараты каких групп для лечения ГБ II стадии у беременной женщины Вы	Стратегия лечения ГБ IIст. на фоне беременности 24 недель включает назначение метилдопы (класс рекомендаций I, уровень доказательства «B»). При сохранении симпатoadреналовой активации допустимо добавление бета-альфаадреноблокатора (класс рекомендаций I, уровень доказательства «C»).	

	<p>бы рекомендовали. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>При рефрактерности к метилдопе возможно добавление нифедипина в минимальной дозе (класс I, уровень «С»). Не исключается приём минимальных доз аспирина (100мг) после стабилизации АД.</p> <p>Необходим регулярный самоконтроль АД дома (СКАД) с ведением Дневника АД, соблюдение немедикаментозных рекомендаций по стабилизации АД и, самое главное, регулярное наблюдение у врача.</p>	
<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/м<sup>2</sup>. 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 CHA<sup>2</sup>DS<sup>2</sup>VASc 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>			
108	Предположите наиболее вероятный диагноз.	<p>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</p>	ПК-3, ПК-4
109	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<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 <math>\geq 1</math> 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>	
<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, отеков «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/м<sup>2</sup>. 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 (1 тон 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>			
110	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Миокардит подострого течения средней тяжести, декомпенсационно-аритмический вариант, митральная регургитация, ХСН IIб ст., III ФК. Хронический гайморит вне обострения.	ПК-3 ПК-4
111	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	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).	
112	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	<p>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.</p> <p>Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения МРТ сердца, а при возможности (в специализированном центре) биопсии миокарда (для уточнения этио-морфологического фактора).</p>	
113	<p>Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>Для базисной противовоспалительной терапии используются глюкокортикоиды.</p> <p>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).</p>	
<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</p>			

<p>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/м<sup>2</sup>. 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>			
114	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Рецидивирующий миокардит подострого течения лёгкой степени тяжести, малосимптомный вариант, митральная регургитация, ХСН I ст., II ФК. Постмиокардитический (1999г.) кардиосклероз.	ПК-3 ПК-4
115	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	Диагноз установлен на основании анамнеза (миокардит в 1999г.), признаков ХСН (слабость, одышка, тенденция к тахикардии, жёсткое дыхание в лёгких), наличии незначительной кардиомегалии, ослабления I 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)	
116	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	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).	
117	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы	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	

	<p>бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>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 (юперо).</p>	
<p>Мужчина, 52года, обратился к врачу с жалобами на длительные за грудиные 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/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 108 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Регистрируется незначительный акроцианоз губ и ундуляция шейных вен (в положении лёжа). При глубоком вдохе отмечает за грудиный 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>			
118	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Перикардит подострого течения средней тяжести, ХСН IIб ст., III ФК.	ПК-3 ПК-4
119	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	<p>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), за грудиных 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).</p>	
120	Составьте и	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение	

	<p>обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.</p>	<p>суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров 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.</p> <p>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).</p>	
121	<p>Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<p>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).</p> <p>Петлевые диуретики (торасемид) должны быть назначены для борьбы с явлениями застоя жидкости. Для базисной противовоспалительной терапии используются НПВС, АБ - терапия, глюкокортикоиды.</p> <p>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 перикардального выпота)</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.

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%.

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».

При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>. 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>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>			
122	Предположите наиболее вероятный диагноз.	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.	ПК-3 ПК-4
123	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	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.	
124	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	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. Больного необходима консультация ангиохирурга для определения совместной тактики ведения	

		больного (как диагностической, так и лечебной)	
125	<p>Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p>	<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>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. Из анамнеза известно, что пациент страдает дилатационной кардиомиопатией. Наблюдается у кардиолога, но лекарства принимает не всегда регулярно. От проведения РСТ и установки ИКВД отказался. Ухудшение в состоянии почувствовал около недели, когда дома упал и «чуть не потерял сознание», отметил холодный липкий пот, усиление одышки, а также ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, которая усиливалась при дыхании. К врачу не обратился – «думал пройдёт». Когда появилась температура, кашель (однократно заметил розовую мокроту), усилилась одышка и стали нарастать отёки ног «пошёл в поликлинику». Больной не курит. Не работает (инвалид 2 группы). Алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания (кроме ДКМП) отрицает. При осмотре: состояние больного ближе к тяжёлому. Цианотичен. Шейные вены ундулируют (в положении лёжа). ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>. 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. 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>			
126	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>	<p>ТЭЛА мелких ветвей справа, подострое течение. Инфаркт-пневмония правого лёгкого. ДКМП с митрально-трикуспидальной регургитацией. ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз..</p>	<p>ПК-3 ПК-4</p>
127	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз</p>	<p>Диагноз установлен на основании анамнеза (ДКМП) и признаков нарастания правожелудочковой недостаточности (цианоз, ундуляция шейных вен, тахикардия, ортопноэ, усиление отёков ног, увеличение печени), регистрации трикуспидальной</p>	

		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 клетки, связанных с дыханием, повышения температуры, кашля (однократно-кровохарканья), аускультативных данных, одышки, нейтрофилёза крови и повышения СОЭ. Обращает внимание гемоконцентрация (повышение ПТИ, гемоглобина, фибриногена).	
128	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	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?)	
129	Препараты каких групп для лечения декомпенсированной ХСН на фоне миокардита Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	Стратегия лечения включает: экстренную госпитализацию больного с проведением после дополнительного обследования тромболитической терапии (или гепаринотерапии), О2-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).	

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приёмное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышениях АД

<p>свыше 190/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. Семейный анамнез: мама страдает АГ.          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>			
130	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия, I стадии, 3 степени, риск 2, неконтролируемая АГ. Феохромоцитома. Кризовая форма.	ПК-3, ПК-4
131	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	<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>	
132	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	<p>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.</p> <p>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;</p>	
133	Определите тактику ведения пациента. Назовите группы	<p>В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).</p> <p>Всем пациентам с подозрением на ФХЦ показана предоперационная подготовка <math>\alpha</math>-адреноблокаторами (доксазозин).</p> <p>Блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) чаще</p>	

	препаратов.	всего применяются в качестве дополнительного препарата для дальнейшего улучшения контроля АД у пациентов, которым уже были назначены $\alpha$ -адреноблокаторы $\beta$ -адреноблокаторы (пропранолол) назначаются предоперационно при тахикардии и только после предварительного применения $\alpha$ -адреноблокаторов. Применение $\beta$ -адреноблокаторов без предварительного использования $\alpha$ -адреноблокаторов может привести к состоянию неуправляемой гемодинамики.	
134	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?	1. Эссенциальная АГ 2. Другие формы симптоматической АГ (нефрогенная, лекарственная, центрогенная, АГ, обусловленная поражением крупных артериальных сосудов).	
<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 - <math>6,8 \times 10^9</math>/л, эритроциты - <math>4,6 \times 10^{12}</math>/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>			
135	Предположите наиболее вероятный диагноз.	ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН со сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК.	ПК-3, ПК-4
136	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	Диагноз установлен на основании жалоб больного (на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость); анамнеза заболевания (51 года перенес инфаркт миокарда, страдает	

		<p>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>	
137	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, определение NT-proBNP с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.	
138	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут);</li> <li>- 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</li> <li>- в-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС),</li> <li>- АМКР (эплеренон 50 мг) -подавление активации фибробластов и блокада развития периваскулярного/интерстициального фиброза: ↓ объемов сердца, уровня NT-proBNP, ↑ФВ, ↓ ФП</li> <li>- Диуретики- малые дозы торасемида (2,5–5 мг)</li> <li>- Антиагреганты</li> <li>- Статины</li> </ul>	
139	Проведите оценку клинического	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одышка: 2 – в покое</li> <li>2. Изменился ли за последнюю неделю вес: 0 – нет</li> <li>3. Жалобы на перебои в работе сердца: 1 – есть</li> </ol>	

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

		случае ИБС).	
142	Определите риск согласно шкале GRACE и сроки ЧКВ.	<p>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 (&lt;140 баллов), отсроченная КАГ в течение 72 часов.</p>	
143	Какие антиишемические препараты Вы порекомендуете в данной клинической ситуации. Обоснуйте свой выбор.	<p>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.</p>	
144	Порядок назначения гипополипидемической терапии	<p>Гипополипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – в высоких дозах (80 мг) под контролем липидного профиля и трансаминаз.</p>	
<p>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 незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.</p> <p>Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились.</p> <p>Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 130/190 мм рт.ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голени.</p> <p>Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):</p> 			
145	Предположите	ИБС: стенокардия напряжения, II ФК. Полная	ПК-3

	наиболее вероятный диагноз.	атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НШБ, ФК IV.	ПК-4
146	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	<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>НШБ т.к. одышка в покое, выраженные гемодинамические изменения отделов сердца, застойные явления в обоих кругах кровообращения ФК IV, т.к. невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.</p>	
147	Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ	Полная атриовентрикулярная блокада (III степени)	
148	Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?	Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.	
149	Среди каких сходных состояний требуется провести	Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии	

	дифференциальную диагностику?		
<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 подъемах 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. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м<sup>2</sup>. 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 – 5,1ммоль/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>			
150	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу), акт III, с поражением аорты, сосудов верхних конечностей.	ПК-3 ПК-4
151	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	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)	
152	Составьте и обоснуйте план дополнительно го обследования пациента.	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.	
153	Препараты каких групп для лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	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	
154	Напишите показания к хирургическому лечению и условия его проведения у пациентов с данным заболеванием	1) сужение просвета артерии на 70% и более 2) признаки ишемии; 3) неактивная стадия заболевания	

#### 4.Ключи к оцениванию

Таблица 5

№ задания	Правильный ответ	Критерии
Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)		
1	г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
2	а	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
3	г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
4	б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
5	г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
6	в	1 б – полный правильный ответ





		0 б – остальные случаи
58	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
59	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
60	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
61	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
62	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
63	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
64	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
65	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
66	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
67	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
68	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
69	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
70	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
71	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
72	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
73	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
74	Г	
Задания открытого типа дополнения		
75	синдром нарушения питания (мальнутриция)	
76	одышку	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
77	циклоспорин	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
78	горизонтальный подъём сегмента ST	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
79	повышение t	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
80	частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбоэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
81	ИЭ у больного с пороком сердца	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

82	дефектом межжелудочковой перегородки	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
83	пенициллинов или цефалоспоринов	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
84	ишемическая болезнь сердца	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
85	увеличение задержки Na <sup>+</sup> и жидкости	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
86	одышка, слабость и отеки нижних конечностей	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
87	сердечные гликозиды	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
88	фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
89	признаки гипертрофии отделов сердца	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
90	замедление выведения	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
91	увеличением периода полувыведения	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
92	часто встречается атипичная форма инфаркта миокарда	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
93	Метилдопа	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
94	Рентгенография грудной клетки	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
95	Протеинурии	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
96	Одышка	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
97	Дилатация левого желудочка	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
98	Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности, которое нормализуется после 6 недели беременности	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
99	При пальпации определяется пульсация восходящего и брюшного отдела аорты	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)		
100	Дилатационная кардиомиопатия с митрально-трикуспидальной регургитацией, частой экстрасистолией; декомпенсация, ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
101	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 регургитаци	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	Обращает внимание гемоконцентрация (повышение ПТИ, гемоглобина, фибриногена).	
102	<p>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.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
103	<p>Стратегия лечения включает: госпитализацию больного с проведением указанного обследования.</p> <p>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..</p> <p>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.</p> <p>В случае нарастания острой декомпенсации тотальной ХСН и рефрактерности к базисной терапии необходимо решение вопроса о назначении левосимендана (в/в).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
104	Гипертоническая болезнь, степень I, стадия II, риск 3. (pre-existing hypertension), ХСН Iст. II ФК. Беременность 24 недели.	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
105	Диагноз установлен на основании анамнеза (повышение АД несколько лет до 150/100мм	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	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	
106	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.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
107	Стратегия лечения ГБ II ст. на фоне беременности 24 недель включает назначение метилдопы (класс рекомендаций I, уровень доказательства «B»). При сохранении симпатoadренальной активации допустимо добавление бета-альфаадреноблокатора (класс рекомендаций I, уровень доказательства «C»). При рефрактерности к метилдопе возможно добавление нифедипина в минимальной дозе (класс I, уровень «C»). 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.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
108	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	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
109	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	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>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.</p> <p>Длительно-персистирующий вариант подтверждается тем, что имеется непрерывно текущая ФП в течение <math>\geq 1</math> 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>	
110	<p>Миокардит подострого течения средней тяжести, декомпенсационно-аритмический вариант, митральная регургитация, ХСН IIб ст., III ФК. Хронический гайморит вне обострения.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
111	<p>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).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
112	<p>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;</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	<p>рентгенография органов грудной клетки; определение КФК-МВ, тропонина, ИЛ-10 (при возможности), билирубина, калия крови; выполнения рентгенографии придаточных пазух носа.</p> <p>Верификация диагноза целесообразна с помощью проведения МРТ сердца, а при возможности (в специализированном центре) биопсии миокарда (для уточнения этио-морфологического фактора).</p>	
113	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>Для базисной противовоспалительной терапии используются глюкокортикоиды.</p> <p>Дальнейшая интенсификация лечения (при неэффективности указанных методов) включает добавление ивабрадина, перевод с ИАПФ на препараты группы АРНИ (юперо); минимальных доз дигоксина (после детального обсуждения данных ЭХОКГ и суточного ЭКГ-мониторирования).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
114	<p>Рецидивирующий миокардит подострого течения лёгкой степени тяжести, малосимптомный вариант, митральная регургитация, ХСН I ст., II ФК. Постмиокардитический (1999г.) кардиосклероз.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
115	<p>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</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	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)	
116	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).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
117	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).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
118	Перикардит подострого течения средней тяжести, ХСН IIб ст., III ФК.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
119	Диагноз установлен на основании признаков ХСН (застойные явления в лёгких, печени, нижних конечностях; одышка, слабость, ундуляция шейных вен), наличии	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>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).</p>	
120	<p>Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ и проведение суточного ЭКГ-мониторирования, определение в сыворотке крови кардиомаркёров 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).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
121	<p>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</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	ИАПФ на препараты группы АРНИ (юпериио), а также решения вопроса о проведении перикардиоцентеза (с учётом объёма и характера перикардального выпота)	
122	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.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
123	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 щадящей 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.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
124	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. Больного необходима консультация	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	ангиохирурга для определения совместной тактики ведения больного (как диагностической, так и лечебной)	
125	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.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
126	ТЭЛА мелких ветвей справа, подострое течение. Инфаркт-пневмония правого лёгкого. ДКМП с митрально-трикуспидальной регургитацией. ХСН IIб ст. III ФК. Кардиальный стеатогепатоз..	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
127	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).	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
128	Пациенту рекомендовано: снятие ЭКГ, определение в сыворотке крови Д-димера (первоочередно), 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	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>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).</p> <p>Больному необходима консультация кардиоангиохирурга для определения совместной тактики ведения больного (как диагностической: проведение ангиопульмонографии?, так и лечебной – хир. вмешательство?)</p>	
129	<p>Стратегия лечения включает: экстренную госпитализацию больного с проведением после дополнительного обследования тромболитической терапии (или гепаринотерапии), О<sub>2</sub>-ингаляций и безотлагательную консультацию кардиоангиохирурга.</p> <p>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).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
130	<p>Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия, I стадии, 3 степени, риск 2, неконтролируемая АГ. Феохромоцитомы. Кризовая форма.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
131	<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</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>

	мм рт.ст., риск 2, т.к. 3 степень АГ+ факторы риска (отягощенный семейный анамнез).	
132	<p>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.</p> <p>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;</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
133	<p>В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).</p> <p>Всем пациентам с подозрением на ФХЦ показана предоперационная подготовка <math>\alpha</math>-адреноблокаторами (доксазозин).</p> <p>Блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) чаще всего применяются в качестве дополнительного препарата для дальнейшего улучшения контроля АД у пациентов, которым уже были назначены <math>\alpha</math>-адреноблокаторы</p> <p><math>\beta</math>-адреноблокаторы (пропранолол) назначаются предоперационно при тахикардии и только после предварительного применения <math>\alpha</math>-адреноблокаторов. Применение <math>\beta</math>-адреноблокаторов без предварительного использования <math>\alpha</math>-адреноблокаторов может привести к состоянию неуправляемой гемодинамики.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
134	<p>1. Эссенциальная АГ</p> <p>2. Другие формы симптоматической АГ (нефрогенная, лекарственная, центрогенная, АГ, обусловленная поражением крупных артериальных сосудов).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
135	ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз. ХСН со сниженной ФВ (37%) IIА стадии, II ФК.	<p>1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи</p>
136	Диагноз установлен на основании жалоб	1 б – полный правильный ответ

	<p>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 ПА, т.к. тахикардия и одышка выявляются в покое, морфологические и гемодинамические изменения левых отделов сердца, имеется застой в МКК.</p> <p>II ФК, т.к. имеется умеренное ограничение физической активности, в состоянии покоя жалоб нет, однако обычная физическая нагрузка приводит к усталости, тахикардии, одышке.</p> <p>Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, семейный анамнез, дислипидемия.</p>	0 б – остальные случаи
137	<p>Необходимо выполнить ЭКГ и рентгенографию органов грудной клетки, определение NT-proBNP с целью подтверждения диагноза и оценки клинического состояния.</p>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
138	<p>- Ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг/сут с увеличением до 4 мг/сут);</p> <p>- Рассмотреть вопрос о назначении АРНИ (Перевод данной категории больных на АРНИ в дозе 100 мг x 2 раза в день не ранее, чем через 36 часов после последней дозы иАПФ (АРА), с последующей титрацией дозы до оптимальной 200 мг x 2 раза в день)</p> <p>Валсартан + Сакубитрил</p> <p>- в-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД, ЧСС),</p> <p>- АМКР (эплеренон 50 мг) -подавление</p>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>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</p>	
139	<p>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.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ          0 б – остальные случаи</p>
140	<p>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 &lt;130/80 мм рт.ст.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ          0 б – остальные случаи</p>
141	<p>Диагноз острого коронарного синдрома установлен на основании жалоб (затянувшийся приступ загрудинных болей, не купируемый нитроглицерином), анамнеза заболевания (страдает стенокардией напряжения 5 лет), ЭКГ-признаков (на ЭКГ депрессия ST на 1,5 мм в II, III, AVF), маркеров некроза миокарда (TnT-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).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ          0 б – остальные случаи</p>
142	<p>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</p>	<p>1 б – полный правильный ответ          0 б – остальные случаи</p>

	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.	
143	<p>Антиишемические препараты:</p> <p>-нитраты (внутривенное введение с переходом на непарентеральное, обеспечивая при этом некоторый безнитратный интервал).</p> <p>-бета-блокаторы (метопролол, бисопролол) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) – под контролем ЧСС</p> <p>-ингибиторы АПФ (рамиприл, периндоприл) – под контролем АД.</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST, 2015.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
144	Гиполипидемическая терапия – статины (розувастатин, симвастатин, аторвастатин) – в высоких дозах (80 мг) под контролем липидного профиля и трансаминаз.	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
145	ИБС: стенокардия напряжения, II ФК. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НПБ, ФК IV.	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
146	<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 произвольным 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,</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	<p>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 в покое и усиливаются при минимальной физической активности.</p>	
147	Полная атриовентрикулярная блокада (III степени)	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
148	Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
149	Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
150	Неспецифический аortoартериит (болезнь Такаясу), акт III, с поражением аорты, сосудов верхних конечностей.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
151	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)	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
152	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); УЗИ 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	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>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.</p>	
153	<p>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</p>	<p>1 б – полный правильный ответ  0 б – остальные случаи</p>
154	<p>1) сужение просвета артерии на 70% и более  2) признаки ишемии;  3) неактивная стадия заболевания</p>	<p>1 б – полный правильный ответ  0 б – остальные случаи</p>