

Приложение к рабочей программе дисциплины

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫЙ КОНТИНУУМ**

Специальность: 31.08.36 Кардиология

г. Владимир

1. Настоящий фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Сердечно-легочный континуум» по специальности 31.08.36 Кардиология является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Сердечно-легочный континуум». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в рабочей программе данной дисциплины.

2. Общее количество тестовых заданий по дисциплине представлено в таблице 1.

Таблица 1

Код компетенции	Наименование компетенции	Количество заданий
ПК-1	Способен проводить обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	9
ПК-2	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	9
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	9
ПК-4	Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	7
Всего		34

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	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПРИРОСТ ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1-Ю СЕКУНДУ СОСТАВЛЯЕТ	А $\geq 15\%$ должного; Б $\geq 12\%$ должного; В $\geq 10\%$ должного; Г $\geq 18\%$ должного	Б	ПК-1
2	НОРМА САТУРАЦИИ SaO ₂ , %	А ≥ 90 ; Б ≥ 93 ; В ≥ 95 ; Г ≥ 85	В	ПК-2
3	МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТИФНО ПРИ ВСЕХ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ	А ОФВ1/ФЖЕЛ $> 0,70$ Б ОФВ1/ФЖЕЛ $< 0,80$ В ОФВ1/ФЖЕЛ $< 0,75$ Г ОФВ1/ФЖЕЛ $< 0,60$.	А	ПК-3

	СТАДИЯХ ХОБЛ			
4	К ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (1-Я ГРУППА) МОГУТ ПРИВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ	А СЗСТ Б ВИЧ В ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ Г ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	В	ПК-1
5	К ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (2-Я ГРУППА) МОГУТ ПРИВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ	А СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧЕОСТЬ С СОХРАНЕННОЙ ФВ Б СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧЕОСТЬ СО СНИЖЕННОЙ ФВ В ПАТОЛОГИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА Г ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	Г	ПК-4
6	К ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (3-Я ГРУППА) МОГУТ ПРИВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ	А ХОБЛ Б ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В ГИПОКСИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ Г БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА	Г	ПК-1
7.	ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (среднее давление в легочной артерии в покое)	А ≥ 30 мм рт. ст. Б ≥ 25 мм рт. ст. В ≥ 20 мм рт. ст. Г ≥ 35 мм рт. ст.	В	ПК-2
8.	КАКАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?	А НИТРАТЫ; Б АМЛОДИПИН; В СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ; Г ДЛИТЕЛЬНАЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ	Г	ПК-3
9.	КРИТЕРИЯМИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ	А Дневные симптомы реже 2 раз в неделю, потребность в препаратах неотложной помощи менее 2 раз в неделю Б Ночные симптомы до 1 раза в неделю В Ночные симптомы до 2 раз в неделю Г Дневные симптомы реже 3 раз в неделю, потребность в препаратах неотложной помощи менее 2 раз в месяц	А	ПК-4
10.	К ЛАГ-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ	А Простациклин и его аналоги	Д	ПК-1

ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ	Б Антагонисты рецепторов эндотелина		
	В Ингибиторы фосфодиэстеразы V типа (ФДЭ5)		
	Г Стимуляторы гуанилатциклазы		
	Д Блокаторы РАС		

3.2 Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)

Таблица 3

№ за-да-ния	Содержание задания	Правильный ответ	Код компетенции
Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ			
	<p>Пациент М., 62 лет, доставлен в стационар СМП с жалобами на одышку, периодически переходящую в удушье, кашель мокротой зеленого цвета около 1 столовой ложки в день, субфебрилитет 37,2- 37,5°.</p> <p>Последние 8 лет беспокоит кашель, чаще в утренние часы, который оценивал как кашель курильщика. Курит с 20 лет 1 пачку в день. 3 года назад стал отмечать одышку, из-за которой в последние месяцы приходилось останавливаться при ходьбе на расстояние около 100 м. 2 года назад перенес коронавирусную инфекцию COVID-19, находился в ковид-госпитале 15 дней. Проводилась высокопоточная кислородотерапия, вводились системные ГКС парентерально и per os, антекоагулянты. В прошлом году дважды болел ОРВИ, при которых отмечалось усиление одышки, увеличение объема мокроты, имел место свист в груди, получал антибиотики, муколитики амбулаторно. В анамнезе пневмонии в возрасте 32 и 55 лет, лечился в стационарах города.</p> <p>При осмотре в приемном покое: Состояние тяжелое. SatO₂ 82%. PEF 230. Положение ортопноэ. Диффузный цианоз. Набухание яремных вен. ЧД 36 в мин. Рост 175 см, вес 85 кг. Грудная клетка приподнята, увеличен передне-задний размер. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 90 в мин. АД 140/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Акцент II тона на легочной артерии, систолический шум у основания грудины. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см. Отеки голеней.</p> <p>В общем анализе крови: Нб 170 г/л; эритроц. 6,5 млн; Нт 56; лейкоц. 9,5 тыс.; сегм. 63%; лимфоц. 21%; эозиноф. 5%; моноц. 11%; СОЭ 20 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ -55 мг/л, глюкоза 7,1 ммоль/л, креатинин - 130 мкмоль/л, общий билирубин -28,2 ммоль/л, АсАт – 45. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 44 %, АЧТВ 34, МНО 3,5; фибриноген - 6,3 г/л.</p> <p>ЭКГ: Синусовая тахикардия. Признаки перегрузки правого предсердия. Гипертрофия правого желудочка. Признаки нарушения процессов реполяризации (Т II, III, avf ±).</p> <p>Рентгенография ОГК: Легочный рисунок усилен, фиброзно деформирован в нижних отделах с обеих сторон. Признаки эмфиземы. Корни не расширены. Лимфоузлы не увеличены. Тень средостения без особенностей. Тень сердца не расширена, КТК 48%. Выбухание сопus pulmonale – II дуги по левому контуру (индекс Мура 35%. Увеличение правых отделов сердца.</p> <p>ЭхоКГ: исследование затруднено из-за эмфиземы легких. Дилатация правых отделов сердца, умеренно выраженная трикуспидальная регургитация,</p>		ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

умеренная регургитация на клапане легочной артерии, гипертрофия миокарда передней стенки правого желудочка (8 мм), дилатация ствола легочной артерии (30 мм), максимальное систолическое давление в легочной артерии 45 мм рт ст. (умеренная легочная гипертензия)		
11	Предположите наиболее вероятный диагноз.	ХОБЛ с ограничением воздушного потока тяжелой степени (ст. 4 ст по GOLD), с выраженными симптомами (mMRS 4), с частыми обострениями, риск высокий (класс E), смешанный фенотип, обострение тяжелое. ДН 2 ст. Легочная гипертензия гр 3, ФК 4. Хроническое легочное сердце, декомпенсация.
12	Проведите обоснование диагноза.	Диагноз ХОБЛ поставлен на основании анамнеза заболевания, жалоб, клинической картины, осмотра, данных дополнительного исследования (Sat O ₂ , PEF, рентгенография ОГК). Имеет место дыхательная недостаточность 2 ст. (SatO ₂ 82%). Диагноз ЛГ и хронического легочного сердца установлен на основании результатов объективного (акцент II тона на легочной артерии, систолический шум у основания грудины, отеки ног) и дополнительного исследования: ОАК (повышение Нв, эр., Нт), ЭКГ (признаки перегрузки правого предсердия, гипертрофии правого желудочка), рентгенография ОГК (выбухание дуги легочной артерии, увеличение правых камер сердца), ЭхоКГ
13	Составьте и обоснуйте обследования пациента	Для уточнения диагноза необходима пульсоксиметрия, газы крови, КЩС, оценка индекса оксигенации PaO ₂ /FiO ₂ , развернутый ОАК (с расчетом абсолютного числа эозинофилов в периферической крови), ОАМ, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты (БК, вирусы, бактерии, грибы) с определением чувствительности к этиотропным средствам, биохимия: СРБ, электролиты, общий белок, альбумин, функция почек (мочевина, расчет СКФ), печени (АлАт, ЩФ, ГГТп), BNP/NT-proBNP, D-димер. МСКТ легких (оценка выраженности эмфиземы, дифференциальная диагностика, диаметр ствола легочной артерии, исключение бронхоэктазий). После улучшения состояния спирометрия с бронходилатационным тестом, бодиплетизмография, оценка диффузионной способности легких
14	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания,	Обязательная госпитализация (в ОРИТ), кислородотерапия, системные ГКС в/в капельно, через небулайзер ингаляционные

	клинических синдромов	формы ГКС (будесонид, беклометазон суспензия) и ингаляционные бронходилататоры КДБА+ КДАП, мукоактивные препараты, антибиотики, по показаниям вентиляционное пособие (НВЛ, ИВЛ), введение жидкости, низкомолекулярные гепарины, мобилизация и удаление бронхиального секрета, ДДАХ+ДДБА длительного действия (жидкостный ингалятор), в последующем возможен переход на тройную комбинацию ДДАХ+ДДБА+ИГКС (ДАИ со спейсером или ДПИ). Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля. После выписки решение вопроса о длительной кислородотерапии (концентратор кислорода), ЛАГ-специфической терапии.	
15	Какие ведущие факторы способствовали развитию заболевания у пациента, изложите меры профилактики заболевания.	Курение (злостный курильщик, индекс курящего человека 42), сбор анамнеза (оценка профессиональных вредностей). Профилактика ХОБЛ включает контроль факторов риска, таких как курение, профессиональные вредности, загрязнение среды в помещениях и вне их. Необходима вакцинопрофилактика против гриппа, пневмококковой инфекции и COVID-19; диспансерное наблюдение	
	<p>Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. Периферические л/у не увеличены, безболезненные. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт. ст. D=S. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней и стоп.</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий холестерин – 7,8 ммоль/л, ТГ – 4,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП –5,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 98 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 68,1 мл/мин.</p>		ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
16	Предположите наиболее вероятный диагноз.	Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК 11Б ст. (III ФК. по NYHA). Гиперлипидемия.	
17	Обоснуйте поставленный Вами диагноз	Диагноз дилатационной кардиомиопатии основан на данных анамнеза (появление	

		<p>клиники после перенесенной постгриппозной пневмонии), данных объективного осмотра. Приступы кардиальной астмы основан на данных клиники пациента (одышка. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах),</p> <p>дислипидемии (повышение уровня холестерина, ТГ и повышения уровня ЛПНП).</p>	
18	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	Пациенту рекомендовано: ЭХОКГ, ЭКГ – мониторинг, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости.	
19	По данным ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-септальной сепарации, митральный клапан в виде «рыбьего зева», митральная регургитация). На рентгенограмме грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?	Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.	
20	Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.	Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.	
В течение последних 6 месяцев после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции у больной 30 лет появились приступы удушья, чаще в			ПК-1, ПК-2,

	<p>дневное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера. Для снятия симптомов больная стала самостоятельно использовать ингаляционный сальбутамол до 4–6 раз в день. Вчера во время уборки кухни после ремонта состояние ухудшилось, приступы удушья участились до 12, в последние 4 часа ингалировала 8 раз бронходилататор – без эффекта. Была экстренно госпитализирована. При поступлении: состояние тяжелое, положение ортопноэ, выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка, число дыханий в минуту – 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: везикулярное дыхание резко ослаблено, свистящие сухие хрипы на вдохе и на выдохе. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Частота сердечных сокращений – 106 в минуту. Пульс симметричный. Органы брюшной полости в пределах нормы. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха 300 л/мин (при должествующей величине 450 л/мин). Сатурация кислорода 92%.</p>		ПК-3, ПК-4
21	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.	Бронхиальная астма, смешанная, средней тяжести, неконтролируемая, обострение. Дыхательная недостаточность III	
22	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<p>Диагноз бронхиальной астмы установлен на основании жалоб на ежедневные приступы удушья, чаще в дневное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера, снимаемые бета 2 агонистом короткого действия, свистящие сухие хрипы на вдохе и на выдохе, снижение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии.</p> <p>Смешанный характер подтверждается данными анамнеза. Так, эндогенный неаллергический компонент диагностируется в связи с дебютом заболевания после ОРВИ, т.е. имеется вирус – индуцированный механизм развития заболевания. Связь ухудшения с контактом с пылью при уборке после ремонта обусловлен экзогенным аллергическим вариантом астмы.</p> <p>Среднетяжелое течение ставится в связи с наличием ежедневных приступов астмы, снимаемых сальбутамолом, при отсутствии базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами.</p> <p>В пользу обострения свидетельствует учащение количества приступов в последнюю неделю, недостаточный эффект от сальбутамола, снижение пиковой скорости выдоха на 33% от должествующей, наличие признаков бронхиальной обструкции при поступлении.</p> <p>Наличие обострения позволяет поставить неконтролируемую бронхиальную астму.</p> <p>Дыхательная недостаточность III</p>	

		подтверждается одышкой в покое, снижением сатурации.	
23	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента	Пациентке рекомендовано: общий анализ крови, С-реактивный белок, фибриноген, сахар крови, общий анализ мокроты, мокрота на элементы бронхиальной астмы, ЭКГ, R – графия грудной клетки, иммуноглобулин Е общий, ежедневно исследование сатурации кислорода, ежедневно 2 раза в день пикфлоуметрия, после стабилизации состояния спирография	
24	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.	Режим полупостельный, стол 15, гипоаллергенный. Системные глюкокортикостероиды: преднизолон 5 мг в суточной дозе 30 мг (6 таблеток в сутки в первую половину дня) – 5 дней с быстрой отменой. Бета – 2 агонисты короткого действия (фенотерол) в сочетании с М – холинолитиком короткого действия (ипратропиума бромид): беродуал 1 мл 3 раза в сутки + будесонид 0,5 мг – 1 мл + 2 мл физиологического раствора через компрессионный небулайзер 3 раза в день 5 дней с быстрой отменой. Базисная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид 160мкг) в сочетании с бета – 2 агонистами длительного действия (формотеролом 4,5 мкг): симбикорт турбохалер по 1 дозе 2 раза в день, дополнительно по 1 дозе при приступах (не более 12 доз в сутки). Ингибиторы протонной помпы для предотвращения стероидной гастропатии в период приема преднизолона: омепразол 20 мг по 1 таблетке в сутки.	
25	Какие другие базисные препараты можно использовать для базисной терапии бронхиальной астмы? Обоснуйте Ваш выбор.	Для базисной терапии бронхиальной астмы средней тяжести можно использовать монотерапию ИГКС в средних дозах: беклометазона пропионат 250 мкг (Кленил Джет) по 2 дозы 2 раза в сутки, мометазон 400 мкг (Асманекс твистхалер) по 1 дозе вечером; дополнительно сальбутамол 100 мкг по 1 – 2 дозы через спейсер для снятия приступов	
<p>Больной К., 63 года. Жалобы на кашель, больше в утренние часы, со светло-желтой мокротой, одышку при подъеме на 1 лестничный пролет. Считает себя больным в течение 20 лет, периодически беспокоит кашель с мокротой, 5 лет назад появилась одышка. Пенсионер, работал учителем. Курит по пачке сигарет в день с 18 лет. Обострения возникали 2 – 3 раза в год, требовали лечения антибиотиками, отхаркивающими, бронхолитиками. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних двух лет: усилилась одышка, кашель стал более интенсивным, приступообразным. Прием беродуала несколько улучшал состояние. Объективно: состояние удовлетворительное, цианоз пальцев рук.</p>			ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

	Грудная клетка бочкообразная, экскурсия нижнего края легких ограничена, при перкуссии звук коробочный. Дыхание ослабленное, с обеих сторон, выдох затянут, сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Со стороны других органов и систем патологических изменений не найдено. По данным спирогографического обследования, проведенного через 30 минут после ингаляции 400 мкг сальбутамола, ОФВ1 – 42% от должного, модифицированный индекс Тиффно – 0,48.	
26	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.	Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени тяжести (GOLD III), с частыми обострениями, фаза стабилизации, риск высокий. Дыхательная недостаточность II стадии.
27	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	<p>Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при небольшой нагрузке (при подъеме на 1 лестничный пролет), на кашель, больше в утренние часы, со светло-желтой мокротой; длительного курения в анамнезе: высокого «индекса курящего человека» (ИКЧ = 45); возраста старше 40 лет; аускультативных признаков бронхиальной обструкции (сухие хрипы на фоне удлиненного выдоха); снижения модифицированного индекса Тиффно ниже 0,7 (0,48).</p> <p>Тяжелая степень тяжести (GOLD III) подтверждается снижением ОФВ1 до 42% от должного.</p> <p>С частыми обострениями: обострения чаще 1 раза в сутки.</p> <p>Фаза стабилизации: отсутствие обострения в последнюю неделю.</p> <p>Высокий риск обусловлен ОФВ1 ниже 50% от должного и частыми обострениями (более 1 в течение года).</p> <p>Дыхательная недостаточность II стадии подтверждается одышкой при небольшой физической нагрузке – подъеме на 1 лестничный пролет.</p>
28	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, С-реактивный белок, фибриноген, ЭКГ, МСКТ грудной клетки на входе и выдохе (обнаружение «воздушных ловушек»), исследование сатурации кислорода, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (для решения вопроса о целесообразности антибактериальной терапии), функция внешнего дыхания на фоне назначенной базисной терапии.
29	Что бы Вы рекомендовали пациенту	Режим полупостельный, стол 15, богатый белком, витаминами. Отказ от курения

	<p>для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор</p>	<p>(Варениклин по схеме в течение 12 недель). Вакцинация от гриппа ежегодно осенью. Вакцинация противопневмококковой поливалентной конъюгированной вакциной (Превенар). Бронходилататоры длительного действия: М – холинолитик длительного действия: тиотропиума бромид (Спирива респимат 2,5 мкг по 2 дозы утром, Спирива турбохалер 18 мкг по 1 капсуле вдыхать утром), или гликопиррониум (Сибри 50 мкг, вдыхать через бризхалер по 1 капсуле 1 раз в день), аклидиниум (Бретарис дженуэр 322 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки); бета – 2 агонисты длительного действия: формотерол (форадил 12 мкг по 1 капсуле вдыхать 2 раза в день через аэролайзер) или индакатерол (Онбрез 150 мкг по 1 капсуле вдыхать через бризхалер 1 раз в день утром); или комбинация М– холинолитика длительного действия в сочетании с бета 2 – агонистом длительного действия (Спиолта, Ультибро)</p>	
30	<p>Есть ли показания для добавления ингаляционных глюкокортикостероидов к бронходилататорам у данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.</p>	<p>При сохранении ОФВ1 ниже 50% от должного на фоне бронходилататоров длительного действия должны быть использованы ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средних или высоких дозах (будесонид, флутиказон, беклометазон). Показанием к добавлению ИГКС к бронходилататорам длительного действия при ХОБЛ являются тяжелая степень бронхиальной обструкции и частые обострения</p>	
<p>Больная С, 49 лет, госпитализирован каретой скорой медицинской помощи (КСП) с жалобами ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, головокружение, умеренную головную боль в затылочной области. В анамнезе около 5 лет гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, по поводу чего принимает эналаприл. Последний год при быстрой ходьбе отмечает появление одышки, учащенного сердцебиения, похудела на 10 кг, стала раздражительной, беспокойной, последний месяц участилось повышение АД до высоких цифр, что требовало дополнительного приема антигипертензивных препаратов (использовала капотен). Ухудшение состояния три часа назад на работе, когда после психоэмоционального стресса появилась головная боль, ощущение удушья, чувство нехватки воздуха, при измерении АД выявлено его повышение до 200/110 мм рт ст. Принимала капотен, дана таблетка нитроглицерина под язык, вызвана КСП.</p> <p>Пациентка работает учителем в школе, курит 10 сигарет в день в течение 15 лет. Родители ее живы, у отца гипертоническая болезнь, у матери сахарный диабет, перенесла инфаркт миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к тяжелому, положение активное, температура тела 37,0°C, кожные покровы бледные, влажные. Небольшой экзофтальм с обеих сторон. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Нормального питания, ИМТ – 22,0 кг/м². Частота</p>		<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</p>	

	<p>дыхания – 30 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 100 в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 в мин., отклонение ЭОС влево, амплитудные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с систолической перегрузкой. Нарушение процессов реполяризации левого желудочка.</p>	
31	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>	<p>Гипертоническая болезнь II стадия, неконтролируемая АГ, отягощенная наследственность, курение, ГЛЖ, риск 4 (очень высокий). Целевое АД \leq130/80.</p> <p>Осложнение: гипертонический криз, осложненный ОЛЖН (Killip 1).</p>
32	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>	<p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (отмечает повышение АД в течение 5 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка).</p> <p>Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия совокупности стадии заболевания и высокой степени АД. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациентки.</p> <p>Осложнение ГБ в виде гипертонического криза основано на резком повышении уровня АД с появлением симптоматики со стороны органов мишеней. ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения гипертонического криза установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон</p>
33	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Обоснуйте необходимость специфического обследования пациентки и его объем.</p>	<p>Пациентке рекомендовано: исследование анализов - общий анализ крови, фибриноген, креатинин, рСКФ, электролиты, оценку альбуминурии и микроскопию осадка мочи – с целью оценки состояния почек как органа-мишени, исключения вторичной почечной гипертензии, для оптимального подбора доз лекарственных препаратов с учетом функции почек; определение маркеров некроза</p>

		<p>миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонины Т или I) для исключения повреждения некроза сердечной мышцы в связи с наличием признаков ОЛЖН; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных сопутствующих состояний сердца (нарушение функции клапанов, перикардит);</p> <p>Консультация офтальмолога с целью проведения фундоскопии.</p> <p>УЗИ почек, области надпочечников – для исключения патологии этих органов, в том числе как возможной причины вторичной артериальной гипертензии.</p> <p>Пациент с гипертоническим кризом является пациентом высокого риска и должен быть скринирован на наличие вторичной артериальной гипертензии. Наличие в клинике таких симптомов, как похудание, экзофтальм, психоэмоциональная лабильность указывает на возможную дисфункцию щитовидной железы (тиреотоксикоз), что требует специфического обследования – определение уровня гормонов ТТГ, Т4, Т3.</p>	
34	Какие группы препаратов оптимально использовать в качестве неотложной помощи в данном случае	<p>Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью устранения симптомов сердечной недостаточности и снижения АД – под контролем АД.</p> <p>Ингибиторы АПФ в/в струйно эналаприлат – для снижения АД, устранения дисфункции ЛЖ, СН и смерти.</p> <p>Петлевые диуретики – фуросемид в/в струйно.</p> <p>Возможно рассмотреть назначение морфина с целью снижения гиперкатехоламинемии.</p> <p>Кислородотерапия.</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние российские рекомендации по диагностике и лечению гипертонической болезни.</p>	

4. Ключи к оцениванию

Таблица 4

№ зада	Правильный ответ	Критерии
--------	------------------	----------

ния		
Задания закрытого типа альтернативного ответа (с выбором одного или нескольких правильных ответов)		
1	Б	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
2	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
3	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
4	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
5	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
6	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
7	В	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
8	Г	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
9	А	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
10	Д	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
Задания открытого типа свободного изложения (с развернутым ответом)		
11	ХОБЛ с ограничением воздушного потока тяжелой степени (ст. 4 ст по GOLD), с выраженными симптомами (mMRS 4), с частыми обострениями, риск высокий (класс E), смешанный фенотип, обострение тяжелое. ДН 2 ст. Легочная гипертензия гр 3, ФК 4. Хроническое легочное сердце, декомпенсация.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
12	<p>Диагноз ХОБЛ поставлен на основании анамнеза заболевания, жалоб, клинической картины, осмотра, данных дополнительного исследования (Sat O₂, PEF, рентгенография ОГК). Имеет место дыхательная недостаточность 2 ст. (SatO₂ 82%).</p> <p>Диагноз ЛГ и хронического легочного сердца установлен на основании результатов объективного (акцент II тона на легочной артерии, систолический шум у основания грудины, отеки ног) и дополнительного исследования: ОАК (повышение Нб, эр., Нt), ЭКГ (признаки перегрузки правого</p>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	предсердия, гипертрофии правого желудочка), рентгенография ОГК (выбухание дуги легочной артерии, увеличение правых камер сердца), ЭхоКГ	
13	Для уточнения диагноза необходима пульсоксиметрия, газы крови, КЩС, оценка индекса оксигенации PaO_2/FiO_2 , развернутый ОАК (с расчетом абсолютного числа эозинофилов в периферической крови), ОАМ, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты (БК, вирусы, бактерии, грибы) с определением чувствительности к этиотропным средствам, биохимия: СРБ, электролиты, общий белок, альбумин, функция почек (мочевина, расчет СКФ), печени (АлАт, ЩФ, ГГТП), VNP/NT-проBNP, D-димер. МСКТ легких (оценка выраженности эмфиземы, дифференциальная диагностика, диаметр ствола легочной артерии, исключение бронхоэктазий). После улучшения состояния спирометрия с бронходилатационным тестом, бодиплетизмография, оценка диффузионной способности легких	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
14	Обязательная госпитализация (в ОРИТ), кислородотерапия, системные ГКС в/в капельно, через небулайзер ингаляционные формы ГКС (будесонид, беклометазон суспензия) и ингаляционные бронходилататоры КДБА+ КДАП, мукоактивные препараты, антибиотики, по показаниям вентиляционное пособие (НВЛ, ИВЛ), введение жидкости, низкомолекулярные гепарины, мобилизация и удаление бронхиального секрета, ДДАХ+ДДБА длительного действия (жидкостный ингалятор), в последующем возможен переход на тройную комбинацию ДДАХ+ДДБА+ИГКС (ДАИ со спейсером или ДПИ). Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля. После выписки решение вопроса о длительной кислородотерапии (концентратор кислорода), ЛАГ-специфической терапии.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
15	Курение (злостный курильщик, индекс курящего человека 42), сбор анамнеза (оценка профессиональных вредностей). Профилактика ХОБЛ включает контроль факторов риска, таких как курение, профессиональные вредности, загрязнение среды в помещениях и вне их. Необходима вакцинопрофилактика против гриппа, пневмококковой инфекции и COVID-19; диспансерное наблюдение	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
16	Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК 11Б ст. (III ФК. по NYHA). Гиперлипидемия.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
17	Диагноз дилатационной кардиомиопатии основан на данных анамнеза (появление клиники после перенесенной постгриппозной пневмонии), данных объективного осмотра. Приступы кардиальной астмы основан на данных клиники пациента (одышка. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах), дислипидемии (повышение уровня холестерина, ТГ и повышения уровня ЛПНП).	
18	Пациенту рекомендовано: ЭХОКГ, ЭКГ – мониторинг, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
19	Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
20	Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
21	Бронхиальная астма, смешанная, средней тяжести, неконтролируемая, обострение. Дыхательная недостаточность III	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи
22	<p>Диагноз бронхиальной астмы установлен на основании жалоб на ежедневные приступы удушья, чаще в дневное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера, снимаемые бета 2 агонистом короткого действия, свистящие сухие хрипы на вдохе и на выдохе, снижение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии.</p> <p>Смешанный характер подтверждается данными анамнеза. Так, эндогенный неаллергический компонент диагностируется в связи с дебютом заболевания после ОРВИ, т.е. имеется вирус – индуцированный механизм развития заболевания. Связь ухудшения с контактом с пылью при уборке после ремонта обусловлен экзогенным аллергическим вариантом астмы.</p> <p>Среднетяжелое течение ставится в связи с наличием ежедневных приступов астмы, снимаемых сальбутамолом, при отсутствии базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами.</p> <p>В пользу обострения свидетельствует учащение количества приступов в последнюю неделю, недостаточный эффект от сальбутамола, снижение пиковой скорости выдоха на 33% от должествующей,</p>	1 б – полный правильный ответ 0 б – остальные случаи

	<p>наличие признаков бронхиальной обструкции при поступлении.</p> <p>Наличие обострения позволяет поставить неконтролируемую бронхиальную астму.</p> <p>Дыхательная недостаточность III подтверждается одышкой в покое, снижением сатурации.</p>	
23	<p>Пациентке рекомендовано: общий анализ крови, С-реактивный белок, фибриноген, сахар крови, общий анализ мокроты, мокрота на элементы бронхиальной астмы, ЭКГ, R – графия грудной клетки, иммуноглобулин E общий, ежедневно исследование сатурации кислорода, ежедневно 2 раза в день пикфлоуметрия, после стабилизации состояния спирография</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
24	<p>Режим полупостельный, стол 15, гипоаллергенный.</p> <p>Системные глюкокортикостероиды: преднизолон 5 мг в суточной дозе 30 мг (6 таблеток в сутки в первую половину дня) – 5 дней с быстрой отменой. Бета – 2 агонисты короткого действия (фенотерол) в сочетании с М – холинолитиком короткого действия (ипратропиума бромид): беродуал 1 мл 3 раза в сутки + будесонид 0,5 мг – 1 мл + 2 мл физиологического раствора через компрессионный небулайзер 3 раза в день 5 дней с быстрой отменой. Базисная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид 160мкг) в сочетании с бета – 2 агонистами длительного действия (формотеролом 4,5 мкг): симбикорт турбохалер по 1 дозе 2 раза в день, дополнительно по 1 дозе при приступах (не более 12 доз в сутки). Ингибиторы протонной помпы для предотвращения стероидной гастропатии в период приема преднизолона: омепразол 20 мг по 1 таблетке в сутки.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
25	<p>Для базисной терапии бронхиальной астмы средней тяжести можно использовать монотерапию ИГКС в средних дозах: беклометазона пропионат 250 мкг (Кленил Джет) по 2 дозы 2 раза в сутки, мометазон 400 мкг (Асманекс твистхалер) по 1 дозе вечером; дополнительно сальбутамол 100 мкг по 1 – 2 дозы через спейсер для снятия приступов</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
26	<p>Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени тяжести (GOLD III), с частыми обострениями, фаза стабилизации, риск высокий. Дыхательная недостаточность II стадии.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
27	<p>Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при небольшой нагрузке (при подъеме на 1 лестничный пролет), на кашель, больше в утренние часы, со светло-желтой мокротой; длительного курения в анамнезе: высокого «индекса курящего человека» (ИКЧ = 45); возраста старше 40 лет; аускультативных признаков бронхиальной обструкции (сухие хрипы на фоне удлиненного выдоха); снижения модифицированного индекса Тиффно ниже 0,7 (0,48).</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	<p>Тяжелая степень тяжести (GOLD III) подтверждается снижением ОФВ1 до 42% от должного.</p> <p>С частыми обострениями: обострения чаще 1 раза в сутки.</p> <p>Фаза стабилизации: отсутствие обострения в последнюю неделю.</p> <p>Высокий риск обусловлен ОФВ1 ниже 50% от должного и частыми обострениями (более 1 в течение года).</p> <p>Дыхательная недостаточность II стадии подтверждается одышкой при небольшой физической нагрузке – подъеме на 1 лестничный пролет.</p>	
28	<p>Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, С–реактивный белок, фибриноген, ЭКГ, МСКТ грудной клетки на вдохе и выдохе (обнаружение «воздушных ловушек»), исследование сатурации кислорода, общий анализ мокроты, мокрота на ВК, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (для решения вопроса о целесообразности антибактериальной терапии), функция внешнего дыхания на фоне назначенной базисной терапии.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
29	<p>Режим полупостельный, стол 15, богатый белком, витаминами. Отказ от курения (Варениклин по схеме в течение 12 недель). Вакцинация от гриппа ежегодно осенью. Вакцинация противопневмококковой поливалентной конъюгированной вакциной (Превенар). Бронходилататоры длительного действия: М – холинолитик длительного действия: тиотропиума бромид (Спирива респимат 2,5 мкг по 2 дозы утром, Спирива турбохалер 18 мкг по 1 капсуле вдыхать утром), или гликопиррониум (Сибри 50 мкг, вдыхать через бризхалер по 1 капсуле 1 раз в день), аклидиниум (Бретарис дженуэр 322 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки); бета – 2 агонисты длительного действия: формотерол (Форадил 12 мкг по 1 капсуле вдыхать 2 раза в день через аэролайзер) или индакатерол (Онбрез 150 мкг по 1 капсуле вдыхать через бризхалер 1 раз в день утром); или комбинация М– холинолитика длительного действия в сочетании с бета 2 – агонистом длительного действия (Спиолта, Ультибро)</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
30	<p>При сохранении ОФВ1 ниже 50% от должного на фоне бронходилататоров длительного действия должны быть использованы ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средних или высоких дозах (будесонид, флутиказон, беклометазон). Показанием к добавлению ИГКС к бронходилататорам длительного действия при ХОБЛ являются тяжелая степень бронхиальной обструкции и частые обострения</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
31	<p>Гипертоническая болезнь II стадия, неконтролируемая АГ, отягощенная наследственность, курение, ГЛЖ, риск 4 (очень высокий). Целевое АД $\leq 130/80$.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	Осложнение: гипертонический криз, осложненный ОЛЖН (Killip 1).	
32	<p>Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (отмечает повышение АД в течение 5 лет); Стадия заболевания установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка).</p> <p>Неконтролируемая артериальная гипертензия установлена на основании повышенных цифр АД, несмотря на прием антигипертензивных препаратов. Степень риска ССО поставлена на основании наличия совокупности стадии заболевания и высокой степени АД. Целевой уровень АД определен на основании возраста и наличия сопутствующей патологии у пациентки.</p> <p>Осложнение ГБ в виде гипертонического криза основано на резком повышении уровня АД с появлением симптоматики со стороны органов мишеней. ОЛЖН (Killip 1) в качестве осложнения гипертонического криза установлена в связи с клиникой удушья и выявляемыми аускультативно влажными мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>
33	<p>Пациентке рекомендовано: исследование анализов - общий анализ крови, фибриноген, креатинин, рСКФ, электролиты, оценку альбуминурии и микроскопию осадка мочи – с целью оценки состояния почек как органа-мишени, исключения вторичной почечной гипертензии, для оптимального подбора доз лекарственных препаратов с учетом функции почек; определение маркеров некроза миокарда (КФК-МВ, предпочтительно тропонина Т или I) для исключения повреждения некроза сердечной мышцы в связи с наличием признаков ОЛЖН; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, определения локальной и глобальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), оценки диастолической функции ЛЖ, состояния правых отделов сердца, возможных сопутствующих состояний сердца (нарушение функции клапанов, перикардит); Консультация офтальмолога с целью проведения фундоскопии.</p> <p>УЗИ почек, области надпочечников – для исключения патологии этих органов, в том числе как возможной причины вторичной артериальной гипертензии.</p> <p>Пациент с гипертоническим кризом является пациентом высокого риска и должен быть скринирован на наличие вторичной артериальной гипертензии.</p> <p>Наличие в клинике таких симптомов, как похудание, экзофтальм, психоэмоциональная лабильность указывает на возможную дисфункцию щитовидной</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>

	железы (тиреотоксикоз), что требует специфического обследования – определение уровня гормонов ТТГ, Т4, Т3.	
34	<p>Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) с целью устранения симптомов сердечной недостаточности и снижения АД – под контролем АД.</p> <p>Ингибиторы АПФ в/в струйно эналаприлат – для снижения АД, устранения дисфункции ЛЖ, СН и смерти.</p> <p>Петлевые диуретики – фуросемид в/в струйно.</p> <p>Возможно рассмотреть назначение морфина с целью снижения гиперкатехоламинемии.</p> <p>Кислородотерапия.</p> <p>Основанием для выбора данных групп препаратов служат результаты доказательной медицины и последние российские рекомендации по диагностике и лечению гипертонической болезни.</p>	<p>1 б – полный правильный ответ</p> <p>0 б – остальные случаи</p>