

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 13.02.2024 14:34:56
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 16
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.36 «Кардиология»
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.36 «Кардиология»

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

Оглавление

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	3
2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры	3
3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации	3
4. Форма и структура государственной итоговой аттестации	7
4.1. Форма государственной итоговой аттестации	7
4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации	7
4.3. Структура государственной итоговой аттестации	7
5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации	9
6. Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации	10
6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования	10
6.2. Критерии оценки практических навыков и умений	10
6.3. Критерии оценки итогового собеседования	11
7. Примерные оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации	12
7.1. Примерные тестовые задания	12
7.2. Перечень практических навыков	13
7.3. Теоретические вопросы	14
7.4. Ситуационные задачи	19
7.5. Пример билета	22
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации	24
9. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы ординатуры	28
Приложение 1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ	32

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.36 «Кардиология».

Задачи:

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.36 Кардиология, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации врача -кардиолога;
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.36 Кардиология завершается присвоением квалификации "Врач кардиолог".

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высоко квалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- медицинская;
- научно-исследовательская;
- организационно-управленческая;
- педагогическая

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК), общих профессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций.

В результате освоения настоящей образовательной программы у выпускника должны быть сформированы следующие компетенции:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	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
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории профессиональных компетенций	Наименование индикатора достижения профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
--	--	---

<p>Медицинская деятельность</p>	<p>Способен к оказанию медицинской помощи пациентам старше 18 лет при заболеваниях (состояниях) сердечно-сосудистой системы</p>	<p>ПК-1. Проводит обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза.</p> <p>ПК-2. Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контролирует его эффективность и безопасность.</p> <p>ПК-3. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.</p> <p>ПК-4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы.</p> <p>ПК-5. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p> <p>ПК-6. Оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах.</p>
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи</p>	<p>ПК-7. Проводит анализ медико-статистической информации, оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности</p>

	использованием основных медико-статистических показателей	осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. ПК-8. Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала. ПК-9 Организует медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	Способен кучастию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	ПК-10. Планирует и осуществляет научно-исследовательскую деятельность ПК-11. Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.36 Кардиология проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.36 Кардиология составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.36 Кардиология. Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Выпускник получает ситуационную задачу в виде краткой выписки из истории болезни с результатами исследований. В задаче изложена клиническая ситуация. Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки, формулировки диагноза, его обоснования и дифференциального диагноза. Предлагается также оценить данные дополнительных исследований, обосновать их необходимость, обсудить тактику лечения больного, оценить трудоспособность, прогноз в отношении течения заболевания, осложнений, исхода. В ходе выполнения ситуационной задачи выпускнику в обязательном порядке предлагаются выполнить некоторые манипуляции (например, оценить ЭКГ, рентгенограмму, продемонстрировать пользование глюкометром, пикфлоуметром и т.д.), в том числе на симулированных пациентах, муляжах, медицинских приборах.

Далее ординатор, успешно прошедший два предыдущих этапа допускается к собеседованию по теоретическому вопросу в билете.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1,2,3,4,5;ОПК-,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11
2 этап – практические навыки	Ук-1; ПК-1,2,6,7
3 этап – устное собеседование	УК-1,2,3,4,5;ОПК-,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11

5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

- Тестирование, написанное на 70 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на менее 70 % правильных ответов - оценкой «не зачтено».
- результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

-«**зачтено**» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует правильное выполнение практических умений.

-«**не зачтено**» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

6.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

-**«отлично»** - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

-**«хорошо»** - выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

-**«удовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

-**«неудовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки,

неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);
- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;
- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен. Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Примерные тестовые задания

№	Прав. ответ	Вопросы и варианты ответов, выберете один правильный ответ:
1		Какие особенности сердечно-сосудистой системы свойственны старческому возрасту?
	*	уменьшение количества кислорода, усваиваемого мышцей сердца
		повышенная чувствительность баро-рефлекторного механизма, приводящая к дыхательной аритмии
		масса левого и правого желудочков примерно одинакова
		масса сердца составляет около 300 грамм
		высокая интенсивность кровотока в расчете на массу тела

2	Какие особенности сердечно-сосудистой системы свойственны детскому возрасту?	
	*	характерна тахикардия
		интенсивность кровотока около 70 мл в минуту на кг веса
		масса левого желудочка увеличивается весьма быстро, что следует учитывать
		при хирургическом лечении
		сердечный выброс несколько снижен
3	Какие особенности сердечно-сосудистой системы свойственны среднему возрасту человека?	
		характерна тахикардия
		сердечный выброс составляет 1/4- 1/10 показателя взрослого
		интенсивность кровотока около 70 мл в минуту на кг веса
	*	масса левого желудочка увеличивается весьма быстро, что следует учитывать
		при хирургическом лечении
		сердечный выброс несколько снижен
4	Какие особенности сердечно-сосудистой системы свойственны старческому возрасту?	
		характерна тахикардия
		сердечный выброс составляет 1/4- 1/10 показателя взрослого
		интенсивность кровотока около 70 мл в минуту на кг веса
		масса левого желудочка увеличивается весьма быстро, что следует учитывать
		при хирургическом лечении
	*	сердечный выброс несколько снижен
5	Какие уровни офисного артериального давления считаются высоко-нормальными?	
		136/92
	*	124/86
		120/80
		110/78
		148/70
6	В чём не заключается механизм действия предсердных натрийуретических гормонов?	
		расширение артериол
		повышение проницаемости капилляров
		усиление диуреза
	*	увеличение экскреции с мочой хлоридов
7	Какие дополнительные пучки соединяют предсердия с желудочками (минуя АВ-узел)?	
	*	пучок Кента
		пучок Махайма
		пучок Джеймса
		пучок Диккенса

7.2. Перечень практических навыков

1. Провести сбор жалоб и анамнеза пациента кардиологического профиля.
 - 1.1 Провести общий осмотр пациента, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациента кардиологического профиля
 - 1.2 Оценить тяжесть состояния больного кардиологического профиля и принять

необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния

1.3 Определить показания для госпитализации пациента кардиологического профиля и организовать ее.

1.4 Оценить данные лабораторных и биохимических методов исследований пациента кардиологического профиля

2. Оценить данные инструментальных методов исследования:

- рентгенографии
- МСКТ грудной клетки
- МРТ сердца
- электрокардиографии
- эхокардиографии
- радионуклидных методов исследований
- ангиографии
- вентрикулографии
- нагрузочных ЭКГ-тестов (тредмил, велоэргометрия)
- электрофизиологического исследования сердца
- результаты катетеризаций полостей сердца

2. Самостоятельное проведение методов инструментальной диагностики:

регистрация ЭКГ

-скрининговое эхокардиографическое исследование с определением размеров камер сердца, глобальной и сегментарной систолической функции левого желудочка, оценкой клапанного аппарата и перикарда

- нагрузочный ЭКГ-тест (тредмил, велоэргометрия)
- суточное мониторирование ЭКГ – анализ записи и формирование заключения
- суточное мониторирование АД - анализ записи и формирование заключения

3. Оказать первую (догоспитальную) кардиологическую помощь:

3.1 при ургентных состояниях:

- острый коронарный синдром
- острая сердечная недостаточность
- пароксизмальные нарушения ритма сердца
- синкопальные состояния
- остановка кровообращения и другие.

3.2. Проведение кардиопульмональной реанимации:

- наружного массажа сердца
- искусственной вентиляции легких
- дефибрилляции
- интубации трахеи

3.3 Проведение электроимпульсной терапии аритмий сердца

3.4 Проведение пункции и катетеризации периферических вен, подключичных и яремных вен.

3.5 Инфузионное введение лекарственных препаратов с использованием дозаторов

7.3. Теоретические вопросы

1. Суточное мониторирование ЭКГ. Показания к проведению, методика исследования, содержание заключения.

2. Суточное мониторирование АД (СМАД). Показания к проведению, методика исследования. Содержание заключения. Возможности оценки сосудистой жесткости и центрального аортального давления при СМАД.

3. Функциональные нагрузочные и медикаментозные ЭКГ пробы (велоэргометрия, тредмил, ЧПЭС, стресс-ЭхоКГ). Показания к проведению. Методика исследований. Получаемая информация.

4. Показания к проведению коронароангиографии и вентрикулографии.

5. Методы оценки перфузии миокарда.
6. Показания к мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием.
7. Показания к магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием.
8. Правила измерения артериального давления (АД). Критерии диагностики и степени тяжести артериальной гипертензии (АГ).
9. Этиология АГ. Скрининговые признаки симптоматических АГ.
10. Поражение органов-мишеней при АГ. Ассоциированные клинические состояния.
11. Метаболический синдром. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений у пациента кардиологического профиля.
12. Лечение АГ. Выбор тактики лечения в зависимости от оценки риска. Цель и задачи лечения АГ, оценка его эффективности.
13. Гипотензивные средства. Комбинации гипотензивных средств. Лечение неосложненных гипертензивных кризов.
14. Лечение криза, осложненного острой сердечной недостаточностью, расслоением аорты, нарушением мозгового кровообращения.
15. Симптоматические артериальные гипертензии. Виды, особенности диагностики и лечения.
16. Диагностика и особенности лечения АГ у беременных
17. Особенности лечения АГ у больных сахарным диабетом, хронической болезнью почек, бронхиальной обструкцией, ожирением.
18. Ятрогенные АГ.
19. Роль нарушений липидного профиля в развитии сердечно-сосудистых осложнений. Шкалы для оценки кардиоваскулярного риска. Целевые уровни липопротеинов у пациентов различного кардиоваскулярного риска.
20. Терапия дислипидемий. Коррекция образа жизни и его роль в нормализации липидного профиля. Медикаментозная терапия дислипидемий.
21. Статины. Показания, противопоказания, схемы лечения, методы контроля терапии.
22. Группы препаратов для коррекции дислипидемий. Показания, противопоказания. Комбинации препаратов. Схемы назначения. Методы контроля терапии.
23. Ишемия миокарда: механизмы развития, классификация ишемии миокарда, ишемический каскад. Методы выявления ишемии миокарда. ЭКГ-признаки ишемии миокарда.
24. Определение понятия ишемической болезни сердца (ИБС). Классификация. Факторы риска. Профилактика ИБС.
25. Атеротромбоз и его профилактика.
26. Стенокардия напряжения: определение понятия, этиология. Дифференциальная диагностика рецидивирующих болей в груди. Функциональные классы стенокардии напряжения.
27. Безболевая ишемия миокарда.
28. Лечение стенокардии напряжения: цель и задачи лечения. Антиатеросклеротическая и антитромбоцитарная терапия.
29. Лечение ИБС. Антиангинальные средства. Выбор антиангинальных средств с

учетом особенностей пациента. Оценка эффективности антиангинальной терапии.

30. Лечение ИБС. Показания к интервенционному и оперативному лечению. Лечение пациентов с ИБС после чрескожного коронарного вмешательства и коронарного шунтирования.

31. Различные формы хронической ИБС: вазоспастическая стенокардия, эндотелиальная дисфункция, кардиологический синдром X, относительная коронарная недостаточность,

32. Этиология и патогенез ОКС. Классификация ОКС, возможные исходы.

33. Нестабильная стенокардия как обострение ИБС и проявление ОКС. Критерии диагностики ОКС без подъема ST.

34. Неотложная помощь при ОКС. Критерии тяжелого течения ОКС без подъема ST.

35. Тактика консервативного лечения ОКС без подъема ST. Показания к проведению ЧКВ при ОКС без подъема ST.

36. Двойная антитромбоцитарная терапия при ИБС.

37. Определение понятия и типы инфаркта миокарда (ИМ). Биомаркеры миокардиального некроза.

38. ЭКГ-признаки ИМ с подъемом ST (ИМПST) на разных стадиях его развития. Методы реперфузионной терапии.

39. Показания и противопоказания к тромболитической терапии (ТЛТ). Схемы применения тромболитических препаратов. Антикоагулянтная поддержка ТЛТ.

40. Медикаментозная терапия при инфаркте миокарда. Реабилитация пациентов после перенесенного ИМ.

41. Осложнения ИМ: эпистенокардитический перикардит, аневризма сердца, тромбоэндокардит и тромбоэмболии, синдром Дресслера, наружный разрыв миокарда, отрыв папиллярных мышц, разрыв межжелудочковой перегородки, психические расстройства.

42. Фибрилляция и трепетание предсердий. Этиология и электрофизиология. ЭКГ-признаки, классификация.

43. Оценка риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции и трепетании предсердий. Оценка риска кровотечения.

44. Принципы варфаринотерапии у пациентов кардиологического профиля.

45. Прямые пероральные антикоагулянты. Коррекция антикоагулянтной терапии при оперативных вмешательствах.

46. Тройная антитромботическая терапия. Показания, длительность.

47. Преимущества и недостатки стратегий контроля ритма и ЧСС при фибрилляции и трепетании предсердий.

48. Фибрилляция я предсердий: медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Антикоагулянтная поддержка кардиоверсии.

49. Желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма.

50. Синдромы преждевременного возбуждения желудочков.

51. Синдром слабости синусового узла. Синоатриальные блокады. AV-блокады. Электрокардиостимуляция.

52. Медикаментозное лечение аритмий, классификация антиаритмических препаратов. Хирургическое лечение аритмий, эндоваскулярное лечение.

53. Миокардиты: классификация, диагностика, лечение. Постмиокардитический кардиосклероз.

54. Определение и классификации кардиомиопатий.
55. Гипертрофическая кардиомиопатия: этиология, клиника, оценка риска внезапной сердечной смерти.
56. Гипертрофическая кардиомиопатия: диагностика, лечение. Фенокопии гипертрофической кардиомиопатии, дифференциальная диагностика.
57. Редкие формы кардиомиопатий: аритмогенная кардиомиопатия/дисплазия с поражением правого и левого желудочков, некомпактный левый желудочек, кардиомиопатия Тако-Тцубо.
58. Кардиомиопатии с нарушением электрической функции сердца: нарушения функции ионных каналов, синдром удлиненного и короткого интервала QT, синдром Brugada, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия
59. Дилатационная кардиомиопатия: этиология, клиника, диагностика.
60. Лечение дилатационной кардиомиопатии
61. Рестриктивная кардиомиопатия: этиология, клиника, диагностика, лечение
62. Амилоидоз сердца: виды амилоидоза, протекающие с поражением сердца. Клиника, диагностика, лечение
63. Токсические кардиомиопатии: классификация, диагностика, лечение
64. Перикардиты. Этиология. Острый, хронический и рецидивирующий перикардит.
65. Перикардиты: Выпот в полости перикарда, тампонада сердца, констриктивный перикардит. Диагностика, клиника, лечение
66. Перикардиты при системных заболеваниях. Вторичные перикардиты при заболеваниях соседних органов.
67. Острая сердечная недостаточность (ОСН). Этиология и патогенез (систолическая и диастолическая ОСН). Дифференциальная диагностика приступов удушья.
68. Лечение отека легких с нормальным или повышенным АД. Особенности лечения отека легких у больных с пороками сердца и гипертрофической кардиомиопатией.
69. Неотложная помощь при шоке неясного генеза. Роль эхокардиографии в дифференциальной диагностике шока.
70. Этиология и патогенез кардиогенного шока.
71. Лечение истинного кардиогенного шока и отека легких с низким АД.
72. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Классификация ХСН, ее фенотипы. Роль системы ренин-ангиотензин-альдостерон в развитии ХСН.
73. Маркеры ХСН. Клинические симптомы, натрийуретические пептиды, фракция выброса левого желудочка в диагностике ХСН.
74. Причины развития ХСН. Дифференциальный диагноз одышки. Дифференциальный диагноз цианоза. Отеки при ХСН, их причины.
75. Роль инструментальных методов исследования в диагностике ХСН и определения тактики лечения. Последовательность лечебных мероприятий при ХСН различной тяжести.
76. Ингибиторы АПФ, ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АРНИ) валсартан\сакубитрил, блокаторы AT1-рецепторов АПФ в лечении ХСН. Роль ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГКТ-2) в терапии ХСН.
77. Бета-адреноблокаторы в лечении ХСН, выбор конкретного бета-адреноблокатора, стартовые и целевые дозы, тактика достижения целевых доз. Критерии эффективной дозы при ХСН. Критерии безопасности бета-адреноблокаторов. Место ингибиторов If-каналов в достижении целевой ЧСС при сохраненном синусовом ритме.
78. Антагонисты альдостерона в лечении ХСН и тактика их назначения, варианты

доз, побочные эффекты. Прямые оральные антикоагулянты при ХСН и ФП, особенности их применения и выбора дозы.

79. Диуретики в лечении ХСН, современный подход в лечении ХСН диуретиками. Негликозидные кардиотонические средства, их применение при ХСН.

80. Диагностика и тактика при ХСН с сохранной фракцией выброса ЛЖ (на фоне диастолической дисфункции ЛЖ).

81. Синдром венозного тромбоза. Факторы риска ТЭЛА (первичные и вторичные). Шкалы для оценки риска при ТЭЛА.

82. Виды ТЭЛА. Причины ТЭЛА, эмбологенный тромбоз. Алгоритм диагностики ТЭЛА с критериями стойкой гипотонии или шока.

83. Алгоритм диагностики ТЭЛА со стабильной гемодинамикой. Контингенты лиц, подверженных ТЭЛА. Клинические синдромы при массивной и субмассивной ТЭЛА.

84. Электрокардиографические изменения при ТЭЛА. Парадоксальная эмболия. Роль рентгеноконтрастных методов в диагностике ТЭЛА.

85. Лечение массивной и субмассивной ТЭЛА. Показания к системному тромболизису и хирургическому лечению при ТЭЛА.

86. Хроническая посттромбофлебитическая легочная гипертензия. Легочная гипертензия при повторных ТЭЛА мелких ветвей.

87. Дифференциальный диагноз ТЭЛА.

88. Аортальный стеноз: Этиология. Патогенез. Нарушения внутрисердечной гемодинамики. Аускультативная картина. Характер ремоделирования сердца. Критерии диагностики и тяжести порока.

89. Консервативное лечение аортального стеноза. Показания к оперативному лечению. Транскатетерная замена аортального клапана. Виды клапанных протезов. Тактика антикоагулянтной терапии у пациентов с протезированными клапанами.

90. Аортальная недостаточность: Этиология. Патогенез. Нарушения внутрисердечной гемодинамики. Аускультативная картина. Характер ремоделирования сердца. Критерии диагностики и тяжести порока.

91. Консервативное лечение аортальной недостаточности. Показания к оперативному лечению. Виды клапанных протезов. Тактика антикоагулянтной терапии у пациентов с протезированными клапанами.

92. Митральный стеноз: Этиология. Патогенез. Нарушения внутрисердечной гемодинамики. Аускультативная картина. Характер ремоделирования сердца. Критерии диагностики и тяжести порока.

93. Консервативное лечение митрального стеноза. Показания к оперативному лечению. Транскатетерные оперативные вмешательства. Виды клапанных протезов. Тактика антикоагулянтной терапии у пациентов с протезированными клапанами.

94. Митральная недостаточность: Этиология. Патогенез. Нарушения внутрисердечной гемодинамики. Аускультативная картина. Характер ремоделирования сердца. Критерии диагностики и тяжести порока.

95. Консервативное лечение митральной недостаточности. Показания к оперативному лечению. Виды клапанных протезов. Тактика антикоагулянтной терапии у пациентов с протезированными клапанами.

96. Трикуспидальная недостаточность. Этиология. Нарушения внутрисердечной гемодинамики. Аускультативная картина. Характер ремоделирования сердца. Критерии диагностики и тяжести порока. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению.

97. Дефект межпредсердной перегородки. Классификация. Клиника, диагностика,

лечение.

98. Дефект межжелудочковой перегородки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

99. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов.

100. Патология соединительной ткани и ее роль в формировании малых аномалий и порок сердца. Синдром Марфана, Элерса-Данлоса и др. Протрузия митрального клапана.

101. Инфекционный эндокардит. Определение понятия. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления.

102. Критерии диагностики инфекционного эндокардита. Осложнения. Консервативное лечение эмпирическое и с учетом возбудителя.

103. Показания к оперативному лечению инфекционного эндокардита. Профилактика.

104. Легочная гипертензия. Классификация клиническая, гемодинамическая, функциональная.

105. Диагностика и дифференциальная диагностика легочной гипертензии.

106. Специфическая медикаментозная терапия легочной гипертензии: группы препаратов.

107. Функциональная классификация легочной гипертензии. Хирургические методы лечения легочной гипертензии.

108. Поражение сердца при доброкачественных новообразованиях. Виды опухолей, их влияние на гемодинамику. Лечение.

109. Поражение сердца при злокачественных новообразованиях. Виды опухолей, их влияние на гемодинамику. Лечение.

110. Миксома. Папиллярная фиброэластома. Нити Лабла, саркома, ангиосаркома, метастатическая меланома, мезотелиома, лимфома

111. Виды опухолей. Миксома левого предсердия. Клиника, диагностика, лечение.

7.4. Ситуационные задачи

Ситуационные задачи

1. Больной Н., 69 лет, направлен в стационар с жалобами на слабость, потерю веса (5-6 кг), периодическое повышение температуры до 38° С, сопровождающееся ознобом, обильным потоотделением. Ухудшение состояния последние 2 месяца. Наблюдается в поликлинике с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Умеренный кальцинированный аортальный стеноз. Гипертоническая болезнь III стадии, II степени, риск ССО 3. ХСН II ст. по NYHA. На фоне регулярного приема бета-блокаторов и ингибиторов АПФ боли в области сердца в течение последнего года не возникали. 6 месяцев назад лечился у стоматолога. Объективно: кожные покровы, слизистые бледные. Астеничен. Лимфоузлы не пальпируются. На переходной складке конъюнктивы геморрагии. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 80 уд/мин. Во II межреберье справа и в точке Боткина систолический и диастолический шум. АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Послеоперационный шов в правой паховой области без особенностей. Печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Изменения лабораторных показателей крови: лейкоцитоз до 12x10⁹/л, гипохромная анемия, СОЭ 40 мм/час. Повышение уровня фибриногена, СРБ, гиперхолестеринемия. Кардиомаркеры отрицательные. Концентрация прокальцитонина

2 нг/мл (норма <0,5 нг/мл). На ЭКГ: ритм синусовый, регулярный. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка с его систолической перегрузкой. ЭхоКГ: на кальцинированных створках аортального клапана выявляются подвижные средней эхогенности образования до 6-8 мм. Аортальная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз;
2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза;
3. Назовите наиболее вероятного возбудителя заболевания;
4. Перечислите группы препаратов для лечения.

2. Больной 46 лет поступил с жалобами на одышку при повседневных нагрузках, ночные приступы удушья. Нарастание одышки при доступных еще недавно нагрузках отметил за 2 недели до поступления. Переносимость нагрузок прогрессивно снижалась, стал просыпаться по ночам от непродуктивного кашля. В последние сутки одышка несколько уменьшилась, но отметил отеки голеней и стоп, нарастающую слабость. При осмотре цианоз губ, акроцианоз. Набухшие шейные вены в положении полусидя. Значительное расширение границ сердца, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке и над мечевидным отростком. Незвучные мелкопузырчатые хрипы ниже углов лопаток, в межлопаточном пространстве. АД 120/75 мм Hg, ЧСС 98 в минуту, правильный ритм. Печень + 4 см. Отеки голеней и стоп.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $203 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, СОЭ - 69 мм/час. Общий анализ мочи: моча светло-желтая, прозрачность полная, белок 0,1 ммоль/л. Глюкоза 0 ммоль/л. Реакция кислая. Относительная плотность. - 1023. Эпителий плоский 0-1. Лейкоциты 2 - 5 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л. Мочевина - 8,4 ммоль/л. Креатинин - 135 мкмоль/л. АСТ - 56 ед/л. АЛТ - 70 ед/л. КФК общ - 93 ед/л. КФК-МБ - 23 ед/л. Калий - 5,44 ммоль/л. Натрий - 141 ммоль/л. Хлориды - 104 ммоль/л. Глюкоза сыворотки - 6.0 ммоль/л. Мочевая кислота - 509 мкмоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 в мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса, парная желудочковая экстрасистолия. Рентгенография грудной клетки: кардиомегалия с кардиоторакальным индексом более 50%. При ЭхоКГ конечно-диастолический объем ЛЖ 260 мл, фракция выброса ЛЖ 28%, диффузный гипокинез ЛЖ. Передне-задний размер левого предсердия 50 мм.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз;
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики;
3. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза;
4. Перечислите группы препаратов для лечения.

3. Больной М., 50 лет, летчик местной авиации направлен на консультацию к кардиологу с диагнозом: аортальный стеноз, митральная недостаточность ревматической этиологии. В анамнезе данных за частые ангины в детстве, перенесенную острую ревматическую лихорадку нет. Ежегодно проходил диспансеризацию, предположений о возможном пороке сердца врачами не высказывалось. Артериальную гипертензию отрицает. Наследственность: отец страдал гипертонической болезнью, мать - сахарным диабетом 2 типа. В течение последнего года при интенсивной физической нагрузке периодически стали возникать сердцебиение, одышка, проходящие самостоятельно при снижении активности. При осмотре - кожные покровы, слизистые обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 66 уд/мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Перкуторно размеры сердца не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В точке Боткина выслушивается систолический шум, на сосуды шеи не проводится. На верхушке сердца систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет. Общий анализ крови, мочи без отклонений от нормы. При биохимическом и иммунологическом исследовании не выявлено. Данные ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 64/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. При ЭхоКГ: аорта уплотнена, не расширена (3,8 см). Левое предсердие незначительно дилатировано (до 4,2 см), полость левого желудочка не расширена (конечный диастолический размер 4,0 см). Гипертрофия межжелудочковой перегородки - 2,2 см, ее гипокинезия. Соотношение межжелудочковой перегородки к толщине задней стенки левого желудочка 1,5.

Выявлено переднесистолическое движение передней створки митрального клапана. Скорость кровотока в выносящем тракте левого желудочка достигает скорости 3 м/с.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз;
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики;
3. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза;
4. Перечислите группы препаратов для лечения;
5. Риски каких осложнений необходимо оценить у больного.

4. Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до 38,5 °С. В связи с появлением изменений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность неотягощена. При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей. Общий анализ крови: Нb - 130 г/л, эритроциты - 4,5x10¹²/л, лейкоциты - 10,4x10⁹/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α1 - 3,9 %, α2 - 10,3

%, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - «+». Активность АСТ, АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. Синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации на ЭКГ (изоэлектричный зубец Т во многих отведениях)

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза
3. Перечислите группы препаратов для лечения
4. Укажите прогноз у пациента

5. Больной, 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 сут, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость. Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - треть межреберье. Тоны сердца ясные, в

четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз;
2. Предложите дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза;
3. Перечислите группы препаратов для лечения;
4. Укажите прогноз у пациента.

7.5. Пример билета

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»
Кафедра Общей врачебной практики (семейной медицины) и профпатологии

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «31.08.36 «Кардиология»*

1. **Тестовый контроль** – 60 вопросов. (см. в приложении оценочных средств)
2. **Ситуационная задача:**

Пациент Х., 27 лет. Обратился после эпизода кратковременной потери сознания.

Других жалоб нет.

Из анамнеза: со слов пациента считал себя здоровым человеком, самостоятельно занимался физической культурой – гантели и бег. После описанного эпизода вспомнил, что периодически после физических нагрузок испытывал чувство дурноты и неясных болей в груди, иногда возникали короткие приступы сердцебиения, но к врачу не обращался.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питания умеренного, мускулатура хорошо развита. Кожные покровы нормального цвета, цианоза, желтушности нет. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 15/мин. Перкуторно границы сердца нерасширены. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. И первый, и второй тоны хорошо слышны. В III - IV межреберьях слева от грудины выслушивается громкий, отстоящий от первого тона, систолический шум изгнания. Шум проводится на верхушку, усиливается в вертикальном положении пациента. Пульс на a. radialis толчкообразный, ЧСС – 58/мин. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

ЭКГ: синусовый ритм. Признаки гипертрофии ЛЖ с глубокими отрицательными зубцами Т в V3-V6, депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях (рис. 1).

Эхо-КГ: толщина МЖП 25 мм, задняя стенка ЛЖ 11 мм. Фракция выброса ЛЖ

70%. Регистрируется переднесистолическое движение створок митрального клапана к МЖП (рис. 2).

Лабораторные данные: эритроциты - $5.84 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 153 г/л, лейкоциты - $8,1 \times 10^9/л$: эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты; 35%, моноциты - 4%; тромбоциты - $136 \times 10^9/л$, СОЭ- 4 мм/час. Общий анализ мочи безпатологии. Биохимический анализ крови: общий белок - 65. Билирубин общий - 16.5 мкмоль/л. Билирубин прямой - 4.8 мкмоль/л. Мочевина - 6.5 ммоль/л, Креатинин - 72 мкмоль/л. АЛТ - 54 ед/л, АСТ - 34 ед/л, глюкоза- 6.2 ммоль/л, КФК общ - 59 ед/л, КФК МБ - 15.4 ед/л, натрий - 142 ммоль/л, калий - 4.72 ммоль/л, хлориды - 107 ммоль/л.

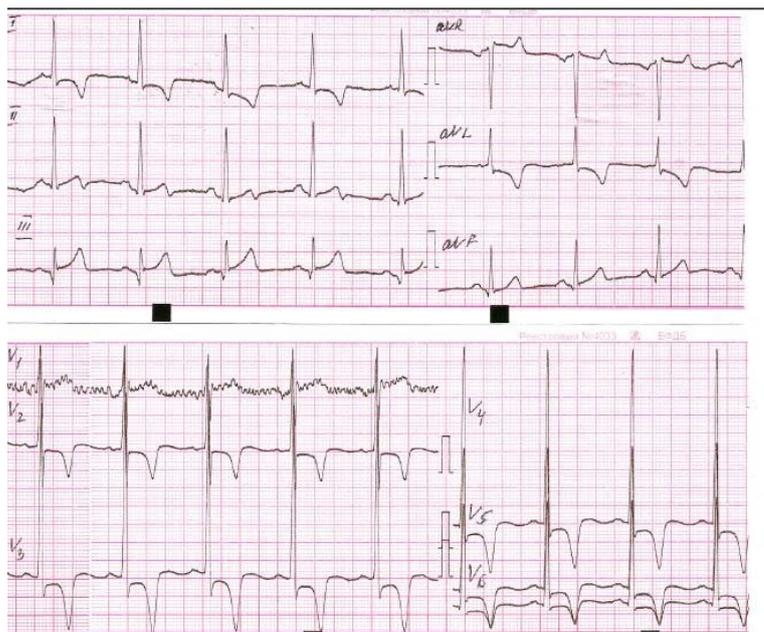


Рис. 1. ЭКГ больного X, 27 лет.

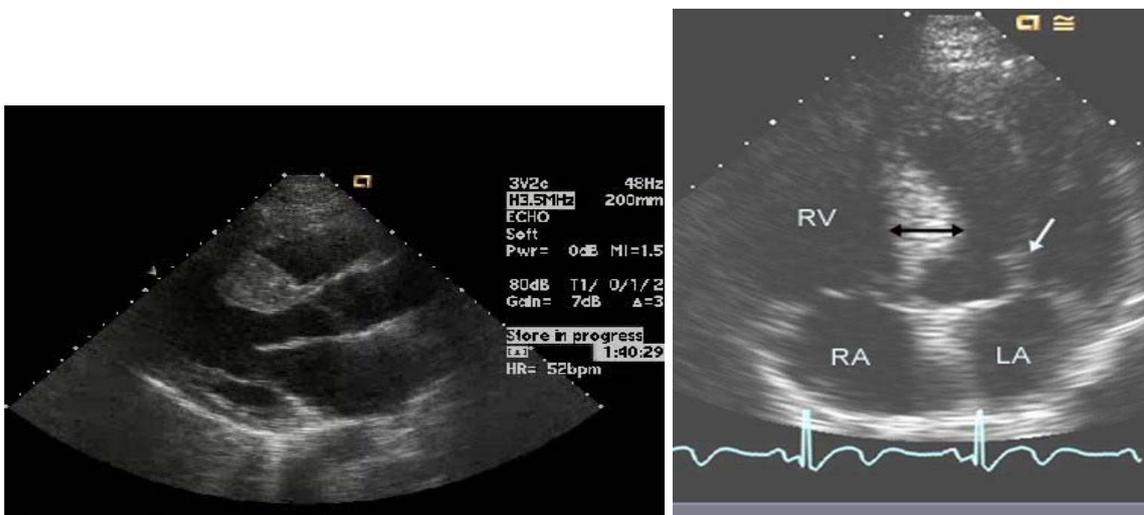


Рис. 2. ЭхоКГ больного X, 27 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. О чем говорит наличие систолического шума при аускультации сердца? Как этот шум связан с переднесистолическим движением митрального клапана при эхокардиографии? Какой важный показатель не определен при

эхокардиографии?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Предложите дополнительные методы диагностики

5. Определите тактику лечения

3. Теоретические вопросы для собеседования.

3.1 Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Диагностика, лечение. Профилактика.

3.2. Виды опухолей миокарда. Миксома левого предсердия. Клиника, диагностика, лечение.

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации

Основная литература

№ п/п	Автор, наименование
1	Шляхто, Е. В. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 816 с. – ISBN 978-5-9704-7537-9. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475379.html
2	Калинин, Р. Е. Основы электрокардиостимуляции : учебное пособие / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Н. Д. Мжаванадзе [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 112 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-6887-6. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468876.html
3	Иоселиани, Д. Г. Коронарное стентирование и стенты / Д. Г. Иоселиани, Д. А. Асадов, А. М. Бабунашвили. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. ? 256 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-6513-4. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465134.html
4	Бобров, А. Л. Клинические нормы. Эхокардиография / Бобров А. Л. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. – ISBN 978-5-9704-5893-8. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458938.html
5	Резник, Е. В. Клинические нормы. Кардиология / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – ISBN 978-5-9704-5851-8. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458518.html
6	Бокерия, Л. А. Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А., Ревিশвили А. Ш., Неминуций Н. М., Проничева И. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5629-3. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html
7	Белялов, Ф. И. Аритмии сердца / Ф. И. Белялов. – 8-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – ISBN 978-5-9704-5641-5. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456415.html
8	Мравян, С. Р. Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-5716-0. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457161.html
9	Белялов, Ф. И. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 10-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 384 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5362-9. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453629.html

10	Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации : руководство для врачей / С. Г. Горохова. – 5-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-5551-7. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455517.html
11	Моисеев, В. С. Кардиомиопатии и миокардиты / Моисеев В. С., Киякбаев Г. К., Лазарев П. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 512 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5429-9. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454299.html
12	Якушин, С. С. Инфаркт миокарда / Якушин С. С., Никулина Н. Н., Селезнев С. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-5297-4. – Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452974.html

Дополнительная литература

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1	Кардиология [Текст]: нац. руководство / Д. В. Абельдяев и др.; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2	Кардиология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.]; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с.: ил.
3	Руководство по кардиологии [Текст]: [учеб. пособие для меда. вузов и постдиплом. образования врачей]: в 3 т. / [М. М. Алшибая и др.]; под ред. Г. И. Сторожакова, А. А. Горбаченкова. - Москва, 2008.
4	Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине [Электронный ресурс]: в 4 т. / ред.: П. Либби и др.; пер. с англ. - Т.1. - 2011. - Москва: Рид Элсивер. – 624 с.-
5	Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине [Электронный ресурс]: в 4 т. / ред.: П. Либби и др.; пер. с англ. - Т. 2. - Москва: Логосфера, 2012. - 596 с. -
6	Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине [Электронный ресурс]: в 4 т. / ред.: П. Либби и др.; пер. с англ. - Т. 3. - Москва: Логосфера, 2013. – 728 с. -
7	Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине [Электронный ресурс]: в 4 т. / ред.: П. Либби и др.; пер. с англ. - Т. 4. - Москва: Логосфера, 2015. – 808 с.
8	Болезни клапанов сердца [Текст] / Сторожаков, Г. И. - Москва: Практика, 2012. – 200 с.: [3] л. ил., ил. - (Современная российская медицина). - В кн. также: Международные и торговые названия лекарственных средств.
9	Болезни клапанов сердца [Электронный ресурс] / Г. И. Сторожаков, Г. Е. Гендлин, О. А. Миллер. – Москва: Практика, 2015. – 200 с.
10	Авдеев, С. Н. Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-5000-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450000.html
11	Маммаев, С. Н. Аритмии сердца. Тахикардии и брадикардии / Маммаев С. Н., Заглиев С. Г., Заглиева С. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5080-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450802.html
12	Руководство по интерпретации ЭКГ. Квалификационные тесты по ЭКГ [Текст] / П. Х. Джанашия, Н. М. Шевченко, В. К. Маленьков. - 2-е изд., перераб. и доп. -Москва: Оверлей, 2007.
13	Эхокардиография в практике кардиолога [Текст] / Е. В. Резник, Г. Е. Гендлин, Г.И. Сторожаков. - Москва: Практика, 2013.
14	Кишкун, А. А. Диагностика неотложных состояний / Кишкун А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-5057-4. - Текст : электронный // URL

	: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450574.html
15	Щёктова, В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В. Щёктова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 928 с. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4778-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html
16	Морозова, Т. Е. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология : учебное пособие / Морозова Т. Е. , Вартанова О. А. , Чукина М. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 254 с. - ISBN 978-5-9704-4507-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445075.html
17	Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / Каган И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4805-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448052.html
18	Терновой, С. К. Томография сердца / Терновой С. К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 296 с. - ISBN 978-5-9704-4608-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446089.html
19	Кочетков, С. Всероссийские клинические рекомендации по контролю над риском внезапной остановки сердца и внезапной сердечной смерти, профилактике и оказанию первой помощи / Коллектив авторов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4464-1. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444641.html
20	Дупляков, Д. В. Сердечно-сосудистые заболевания в амбулаторной практике / под ред. Д. В. Дуплякова, Е. А. Медведевой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-4331-6. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443316.html

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. <http://pravo-minjust.ru/>
2. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
4. <http://www.ginasthma.com>
5. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/GuidelinesList.aspx>
6. <http://www.pulmonology.ru>
7. <https://www.antibiotic.ru/>

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. Консультант Врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) /ООО ГК «ГЭОТАР». – URL: <http://www.rosmedlib.ru>. – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.
2. Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система (ЭБС) / НГМУ – URL: <http://library.ngmu.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера после авторизации.
3. ЛАНЬ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «Издательство ЛАНЬ». – URL: <https://e.lanbook.com> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.
4. ЮРАЙТ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) /

- ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ». – URL: <http://www.biblio-online.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.
5. ГАРАНТ [Электронный ресурс] : справочно-правовая система : база данных / ООО НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». – Доступ в локальной сети.
 6. Springer Journals [Электронный ресурс] : база данных / SpringerNatur: – URL : <https://link.springer.com/> - Доступ открыт со всех компьютеров библиотеки и сети института.
 7. Федеральная электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. – Режим доступа : <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>, – Свободный доступ.
 8. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс] : электронная библиотека / Науч. электрон. б-ка. – URL: <http://www.elibrary.ru/>. – Яз. рус.,англ. – Доступ к подписке журналов открыт со всех компьютеров библиотеки и сети института; к журналам открытого доступа –свободный доступ после регистрации на сайте elibrary.ru.
 9. Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы. [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа :<https://www.gosminzdrav.ru/documents> – Свободный доступ.
 10. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.rsl.ru> – Свободный доступ.
 11. Consilium Medicum [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/> – Свободный доступ.
 12. PubMed : US National Library of Medicine National Institutes of Health [Электронный ресурс] – URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Свободный доступ.
 13. MedLinks.ru [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.medlinks.ru/> – Свободный доступ.
 14. Архив научных журналов НЭИКОН [Электронный ресурс]: сайт. <http://archive.neicon.ru/xmlui/> – Доступ открыт со всех компьютеров библиотеки и сети.
 15. ScienceDirect. Ресурсы открытого доступа [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа :<http://www.sciencedirect.com/science/jrnllallbooks/open-access> – Свободный доступ.
 16. КиберЛенинка: научная электронная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/> – Свободный доступ
 17. Электронный каталог отдела «Фундаментальная медицинская библиотека» ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»
 18. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Каждый ординатор в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом электронному каталогу отдела

«Фундаментальная медицинская библиотека» ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», к электронному библиотечному абонементу Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, к научной электронной библиотеке eLibrary.ru, к базе данных медицинских и биологических публикаций PubMed, к библиографической базе статей по медицинским наукам Medline.

9. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).
2. Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1097 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего

образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34506

3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).

4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).

5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).

6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным

программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об

утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

Другие нормативные акты, регулирующие образовательную деятельность в сфере здравоохранения. Документы, регламентирующие деятельность ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»:

1. Устав
2. Лицензия на осуществление образовательной деятельности
3. Нормативные локальные акты

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает:

- а) холодовая проба;
- б) дипиридамоловая проба;
- в) проба с нагрузкой на велоэргометре; +
- г) проба со статической физической нагрузкой;
- д) проба с гипервентиляцией.

2. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- а) 0,02 сек;
- б) до 0,10 сек; +
- в) до 0,12 сек;
- г) до 0,13 сек;
- д) более 0,13 сек

3. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:

- а) депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5;
- б) подъем сегмента ST в отведениях V4R; +
- в) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2;
- г) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;
- д) снижение сегмента ST в отведениях V4R.

4. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:

- а) кордарон;
- б) новокаинамид;
- в) бета-блокаторы;
- г) лидокаин; +
- д) верапамил.

5. При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ):

- а) ЛДГ-1; +
- б) ЛДГ-2;
- в) ЛДГ-3;
- г) ЛДГ-4;
- д) ЛДГ-5.

6. Основным признаком левожелудочковой недостаточности является:

- а) слабость;

- б) приступы сердечной астмы; +
- в) отеки ног;
- г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- д) гепатомегалия.

7. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) обзидана;
- б) нитроглицерина (в/в); +
- в) финоптина;
- г) дибазола;
- д) дигоксина.

8. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

- а) митральный клапан;
- б) аортальный клапан;
- в) клапан легочной артерии;
- г) трехстворчатый клапан; +
- д) клапан нижней легочной артерии.

9. Диастолический шум при митральном стенозе имеет следующую характеристику:

- а) иррадирует в левую подмышечную область;
- б) лучше выслушивается в положении на правом боку;
- в) сопровождается III тоном;
- г) лучше выслушивается в положении на левом боку на высоте фазы выдоха +
- д) лучше выслушивается в положении стоя.

10. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) выраженная синусовая брадикардия; +
- б) мерцательная аритмия;
- в) предсердная экстрасистолия;
- г) атриовентрикулярная блокада 1 степени;
- д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

11. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

- а) 2 недели или меньше;
- б) 4-6 недель; +
- в) 2-4 недели;
- г) 8-10 недель;
- д) более 10 недель.

12. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;
- б) сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофасфатом; +
- в) радионуклидная вентрикулография;
- г) эхокардиография;
- д) ангиография.

13. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) аортальным стенозом; +
- б) митральным стенозом;
- в) аортальной недостаточностью;
- г) митральной недостаточностью;
- д) трикуспидальной недостаточностью.

14. При инфаркте миокарда повышенная активность лактатдегидрогеназы в сыворотке крови сохраняется:

- а) в течение 1-2 дней;
- б) в течение 3-5 дней;
- в) в течение 7-14 дней; +
- г) более чем 14 дней;
- д) в течение 30 дней.

15. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:

- а) гипертонической болезнью;
- б) реноваскулярной гипертонией; +
- в) паренхиматозными заболеваниями почек;
- г) мочекаменной болезнью;
- д) опухолью головного мозга..

16. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:

- а) допегит;
- б) коринфар;
- в) бисопролол; +
- г) фуросемид;
- д) клофелин.

17. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) вирусные; +
- б) стрептококковые;
- в) паразитарные;
- г) грибковые;
- д) микоплазменные.

18. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) сердечные гликозиды;
- б) бета-блокаторы и антагонисты кальция; +
- в) периферические вазодилататоры;
- г) сердечные гликозиды и нитраты;
- д) сердечные гликозиды и диуретики.

19. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) вверх и вправо; +
- б) вверх и влево;
- в) влево;
- г) влево и вправо;
- д) только вправо.

20. «Критическим» считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

- а) 6 кв. см;
- б) 4 кв. см;
- в) 3 кв. см;
- г) 2 кв. см;
- д) 1 кв. см и менее. +

21. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V5-V6 является признаком инфаркта миокарда:

- а) передне-перегородочной локализации;
- б) нижней локализации;
- в) задней стенки;
- г) боковой локализации. +
- д) перегородочной.

22. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:

- а) развития депрессии сегмента ST ишемического типа; +
- б) развития инверсии зубца T;
- в) появление экстрасистол высоких градаций;
- г) появление блокады правой ножки пучка Гиса;
- д) возникновение пароксизма мерцательной аритмии.

23. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) нитратов;
- б) корватона;
- в) бета-блокаторов и верапамила; +
- г) коринфара;
- д) фуросемида.

24. Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- а) изменение сегмента ST и зубца T;
- б) признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS); +
- в) блокада ветвей пучка Гиса;
- г) нарушение ритма сердца;
- д) нарушение атриовентрикулярной проводимости.

25. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена:

- а) в горизонтальном положении пациента;
- б) в вертикальном положении; +
- в) в положении на левом боку;
- г) при наклоне туловища вперед;
- д) в положении на правом боку.

26. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

- а) повышается;
- б) понижается; +
- в) не изменяется;
- г) может как повышаться, так и понижаться;
- д) вначале повышается, а затем понижается.

27. Легочный фиброз может развиваться при приеме:

- а) мекситила;
- б) кордарона; +
- в) хинидина;
- г) пропранолола;
- д) верапамила.

28. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:

- а) верапамил;
- б) нифедипин; +
- в) пропранолол (анаприлин);
- г) нитросорбид;
- д) этацизин.

29. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- а) через несколько часов от начала заболевания;
- б) в течение первых суток болезни;
- в) в течение вторых суток болезни;
- г) через 7-12 дней от начала заболевания; +
- д) через 20 суток от начала заболевания.

30. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) феохромоцитомы;
- б) рановаскулярной гипертензии;
- в) первичного гиперальдостеронизма; +
- г) хронического гломерулонефрита;
- д) хронического пиелонефрита.

31. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме «деманд») показана:

- а) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
- б) только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения); +
- в) больным с синоатриальной блокадой II степени.
- г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
- д) больным с постоянной формой мерцательной аритмии.

32. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются:

- а) антагонисты кальция; +
- б) диуретики;
- в) седативные средства;
- г) бета-блокаторы;
- д) мочегонные.

33. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или (но-шпа);
- в) нестероидные противовоспалительные препараты; +
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики.

34. Основным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступивших в первые 4-6 часов от начала заболевания, является:

- а) коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий);
- б) тромболитическая терапия; +
- в) аорто-коронарное шунтирование;
- г) внутривенная инфузия нитроглицерина;
- д) внутривенная инфузия бета-блокаторов.

35. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) митрального стеноза;
- б) митральной недостаточности;
- в) недостаточности трехстворчатого клапана; +
- г) стеноза устья аорты;
- д) стеноза трехстворчатого клапана.

36. 2-ая фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

- а) быстрым входом ионов натрия внутрь клетки;
- б) выходом ионов хлора из клетки;
- в) входом ионов кальция внутрь клетки; +
- г) входом ионов калия;
- д) выходом ионов калия из клетки.

37. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

- а) в правой коронарной артерии;
- б) передней нисходящей коронарной артерии;
- в) общем стволе левой коронарной артерии; +
- г) огибающей коронарной артерии;
- д) артерии тупого края.

38. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

- а) проба с физической нагрузкой;
- б) проба с введением изопротеринола;
- в) чреспищеводная электрокардиостимуляция;
- г) проба с эргометрином; +
- д) дипиридамоловая проба.

39. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:

- а) нитратами; +
- б) селективными бета-блокаторами;
- в) антагонистами кальция группы дилтиазема;
- г) неселективными бета-блокаторами;
- д) антагонистами кальция группы верапамила.

40. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) асистолия желудочков;
- б) фибрилляция желудочков; +
- в) желудочковая бигимения;
- г) атриовентрикулярная блокада II степени;
- д) синоаурикулярная блокада II степени.

41. При эпистенокардитическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) антигистаминные препараты;
- б) нестероидные противовоспалительные препараты; +
- в) глюкокортикоиды;
- г) антибиотики;
- д) нитраты.

42. В биохимических анализах крови при синдроме Кона чаще всего обнаруживается:

- а) повышение уровня катехоламинов;
- б) снижение концентрации альдостерона;
- в) повышение уровня ренина;
- г) повышение концентрации альдостерона; +
- д) снижение уровня катехоламинов.

43. Наиболее удобен для приема внутрь или сублингвально при лечении гипертонических кризов:

- а) адельфан;
- б) анаприлин;
- в) коринфар; +
- г) допегит;
- д) резерпин.

44. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) хинидин;
- б) ритмилен;
- в) кордарон; +
- г) этмозин;
- д) мекситил.

45. В норме полость перикарда содержит:

- а) около 5 мл жидкости;
- б) до 50 мл жидкости; +
- в) 100-200 мл жидкости;
- г) 300-500 мл жидкости;
- д) 100 мл жидкости.

46. Для острого фибринозного перикарда не характерно:

- а) брадикардия; +
- б) повышение температуры тела;
- в) боль за грудиной;
- г) шум трения перикарда;
- д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

47. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикаритом, преобладают:

- а) эозинофилы;
- б) моноциты;
- в) лимфоциты; +
- г) лейкоциты;
- д) эритроциты.

48. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда:

- а) лактобактерии;
- б) синегнойная палочка;

- в) зеленыящие стрептококки; +
- г) золотистые стафилококки;
- д) менингококки.

49. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) дефектом межпредсердной перегородки;
- б) дефектом межжелудочковой перегородки; +
- в) митральным стенозом;
- г) пролабированием митрального клапана без регургитации;
- д) гипертрофической кардиомиопатией.

50. Пациентка 18 лет. При прохождении медкомиссии на работе выявлено повышение уровнях хЛНП до 9 ммоль/л. При повторном анализе с интервалом в 1 неделю – хЛНП 8,8 ммоль/л. При осмотре – липидная дуга роговицы, ахилово сухожилие 3 см. Ваш предварительный диагноз?

- а) СГХС(Семейная гиперхолестеринемия);+
- б) Вторичная дислипидемия
- в) Метаболический синдром;
- г) Диагноз требует уточнения; +
- д) Атеросклероз генерализованная форма.

51. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв. см;
- б) 4-6 кв. см; +
- в) 8-10 кв.см;
- г) 8 кв.см;
- д) 10 кв.см.

52. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- а) во время систолы; +
- б) в начале диастолы;
- в) в конце диастолы;
- г) в середине диастолы;
- д) в систолу после систолического шума.

53. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:

- а) хинидина;
- б) новокаинамида;
- в) дизопирамида (ритмилена); +
- г) этмозина;
- д) этацизина.

54. Для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков целесообразно использовать разряд мощностью:
- а) 2 кВ;
 - б) 3 кВ;
 - в) 4 кВ;
 - г) 5 кВ и более; +
 - д) 3,5 кВ.
55. Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина применяют:
- а) новокаинамид; +
 - б) мезатон;
 - в) обзидан;
 - г) верапамил;
 - д) строфантин.
56. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:
- а) асистолия желудочков;
 - б) фибрилляция желудочков; +
 - в) электро-механическая диссоциация;
 - г) полная атриовентрикулярная блокада;
 - д) синоаурикулярная блокада II степени.
57. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме «деманд») показана:
- а) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла; +
 - б) только больным с клиническими проявлениями синдрома синусового узла (обмороки и/или головокружения); +
 - в) больным с синоатриальной блокадой II степени;
 - г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
 - д) больным с постоянной формой мерцательной аритмией.
58. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:
- а) вены нижних конечностей; +
 - б) вены верхних конечностей;
 - в) правое сердце;
 - г) вены таза;
 - д) левое сердце.
59. В наибольшей степени синдром отмены свойственен:
- а) нитратам;
 - б) антагонистам кальция;
 - в) бета-блокаторам; +
 - г) дезагрегантам;
 - д) ингибиторам АПФ.

60. Основным лечебным мероприятием при выраженной гипотонии или клинической картине шока у больных с признаками инфаркта миокарда правого желудочка является:

- а) внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы); +
- б) назначение диуретиков;
- в) внутривенное введение сердечных гликозидов;
- г) назначение ингибиторов АПФ;
- д) назначение бета-блокаторов.

61. Атеросклероз – это:

- а) нарушение строения и функции липидов в составе липопротеидов +
- б) переменная комбинация изменений внутренней оболочки (интимы) артерий, включающая накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, кальцификацию и сопутствующие изменения средней оболочки (медии)
- в) изменение сосудистой стенки в результате воздействия на нее факторов окружающей среды и возраста
- г) верных определений нет

62. Для нестабильной атеросклеротической бляшки характерно:

- а) крупное липидное ядро, большое количество активированных макрофагов в структуре, тонкая фиброзная покрывка, склонность к разрыву +
- б) небольшое липидное ядро, прочная фиброзная покрывка, отсутствие воспаления, медленный рост
- в) крупное липидное ядро, медленный рост, большое количество активированных макрофагов
- г) размер липидного ядра не имеет значение, важно количество макрофагов.

63. К основным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относится:

- а) возраст, курение, артериальная гипертония, сахарный диабет, отягощенная наследственность, пол, абдоминальное ожирение, ХБП +
- б) возраст, отягощенная наследственность, пол, лейкоцитоз
- в) курение, артериальная гипертония, сахарный диабет, отягощенная наследственность
- г) неблагоприятный коморбидный фон

64. К категории очень высокого риска развития ССО относится пациент, имеющий атеросклеротическую бляшку:

- а) во внутренней сонной артерии 60% по данным дуплексного сканирования +
- б) в общей сонной артерии 20% по данным дуплексного сканирования
- в) в наружной сонной артерии 40 % по данным дуплексного сканирования
- г) все утверждения верны

65. К категории умеренного риска развития ССО относится пациент:
- а) с рассчитанным 10-летним риском сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE 5%.
 - б) пациент 20 лет с СД 1 и без ФР и АССЗ +
 - в) пациент 18 лет с СГХС без ФР
 - г) пациент с ожирением с 18 лет.

66. К основным гиполипидемическим препаратам для снижения уровня хЛНП относятся:
- а) статины, эзетимиб, иPCSK9 +
 - б) фибраты, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
 - в) статины, эзетимиб
 - г) гипохолестериновая диета+ БАД

67. С какой целью проводится дотестовая оценка вероятности ИБС у пациентов со стабильными симптомами болей в грудной клетке? :
- а) С целью предотвращения развития инфаркта миокарда во время проведения проб с физической или медикаментозной нагрузкой
 - б) С целью корректного выбора диагностической стратегии у стабильных больных с подозрением на ИБС. +**
 - в) С целью предотвращения возможных осложнений при проведении исследований сердечно-сосудистой системы с использованием контраста.
 - г) С целью подтверждения предварительного диагноза «ИБС. Стабильная стенокардия»
 - д) С целью исключения наличия у пациента ИБС

68. Какие из нижеперечисленных методов функциональной диагностики не являются методами исследования сердечно-сосудистой системы? (выберите единственный ответ):
- а) функция внешнего дыхания+**
 - б) проба с физической нагрузкой
 - в) Перфузионная МРТ сердца с контрастным усилением
 - г) мониторингирование ЭКГ по Холтеру
 - д) все вышеперечисленные методы используются при исследовании сердечно-сосудистой системы

69. «Золотым стандартом» в диагностике обструктивных поражений коронарных артерий является (выберите единственный правильный ответ):
- а) ЭКГ
 - б) Проба с физической нагрузкой с ЭКГ – визуализацией
 - в) Стресс ЭхоКГ
 - г) Коронарография+**
 - д) МРТ сердца с контрастированием коронарных артерий

70. С помощью какой из нижеперечисленных шкал не оценивается дотестовая вероятность ИБС у больных со стабильными симптомами болей в грудной клетке? (выберите единственный правильный ответ):

- а) TIMI+
- б) NICE
- в) DF
- г) CAD Consortium.
- д) Ни одна из вышеперечисленных шкал не используется

71. Быстрое снижение АД противопоказано при:

- а) гипертонической энцефалопатии;
- б) расслаивающей аневризме аорты;
- в) нарушении мозгового кровообращения;
- г) прогрессирующей почечной недостаточности; +
- д) отеке легких.

72. Международная классификация болезней: это-

- а) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями; +
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

73 Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

- а) врач станции скорой помощи;
- б) врач станции переливания крови;
- в) врач бальнеолечебницы;
- г) врач приемного покоя больницы; +
- д) судебно-медицинский эксперт.

74. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

- а) несовершеннолетним детям;
- б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях
- в) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
- г) лицам страдающим тяжелыми психическими нарушениями, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих; +

75. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- а) в территориальной поликлинике;
- б) в любой поликлинике населенного пункта;
- в) в любой поликлинике Российской Федерации; +
- г) в любой поликлинике субъекта Федерации;
- д) в любом медицинском учреждении СНГ.

76. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- а) систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей; +
- б) прогул (в том числе отсутствие на работе более 3 часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;
- в) появление на работе в нетрезвом состоянии;
- г) совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;
- д) грубое однократное нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

77. Сущность термина «болезненность»:

- а) вновь выявленные заболевания в данном году;
- б) все заболевания, зарегистрированные в данном году; +
- в) заболевания, выявленные при целевых медицинских медицинских осмотрах;
- г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;
- д) длительность временной нетрудоспособности.

78. Не являются основными источниками информации о здоровье:

- а) официальная информация о смертности населения;
- б) данные страховых компаний; +
- в) эпидемиологическая информация;
- г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- д) регистры заболеваний, несчастных случаев, травм.

79. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

- а) руководители ЛПУ и поликлиник;
- б) лечащий врач самостоятельно;
- в) лечащий врач с утверждения зав. отделения;
- г) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ; +

80. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митрального стеноза;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стеноза устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана. +

81. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митральном стенозе; +
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стенозе устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана.

82. Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично для:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митрального стеноза;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стеноза устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана. +

83. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

- а) дилатация правого предсердия;
- б) дилатация правого желудочка; +
- в) гипертрофия правого желудочка;
- г) дилатация левого желудочка;
- д) гипертрофия левого желудочка.

84. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

- а) правого предсердия;
- б) правого желудочка;
- в) левого предсердия;
- г) левого желудочка; +
- д) левого предсердия и правого желудочка.

85. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:

- а) недостаточности митрального клапана; +
- б) недостаточности аортального клапана;
- в) митрального стеноза;
- г) стеноза устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана.

86. Электрокардиографическим признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:

- а) переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более; +
- б) формирование отрицательного зубца T;
- в) появление блокады ножек пучка Гиса;
- г) появление экстрасистолии;
- д) пароксизм мерцательной аритмии.

87. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- а) ритм синусовый, регулярный; +
- б) ритм синусовый, нерегулярный;
- в) мерцательную аритмию;
- г) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный;
- д) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный.

88. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 сек. Это характерно для:

- а) полной атриовентрикулярной блокады;
- б) неполной атриовентрикулярной блокады; +
- в) блокады ножек пучка Гиса;
- г) синоаурикулярной блокады;
- д) миграции водителя ритма по предсердиям.

89. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается после преждевременного, но неизмененного комплекса QRS. Это:

- а) атриовентрикулярная экстрасистола; +
- б) предсердная экстрасистола;
- в) желудочковая экстрасистола;
- г) выскальзывающее сокращение;
- д) ритм коронарного синуса.

90. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений QRST неправильный, зубец P отсутствует.

- а) мерцательную аритмию; +
- б) желудочковую экстрасистолу;
- в) предсердную экстрасистолу;
- г) желудочковую тахикардию;
- д) предсердную тахикардию.

91. Проведение эхокардиографического исследования у больных с ишемической болезнью сердца имеет цель:

- а) диагностика степени кальциноза стенок аорты;
- б) оценка глобальной сократимости левого желудочка;
- в) оценка локальной сократимости левого желудочка;
- г) оценка диастолической функции левого желудочка;
- д) все вышеперечисленные +

92. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде дискинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования:

- а) о наличии аневризмы; +
- б) интрамуральный инфаркт миокарда;
- в) субэндокардиальный инфаркт миокарда;
- г) тромбоз легочной артерии;
- д) амилоидоз сердца.

93. Заподозрить митральный ревматический стеноз при эхокардиографии позволяет:

- а) разнонаправленное движение створок митрального клапана;
- б) однонаправленное движение створок митрального клапана и спаечный процесс в области комиссур, «парусение» передней створки; +
- в) увеличение расстояния от пика Е открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки;
- г) дилатация левого предсердия;
- д) пролабирование передней створки митрального клапана в полость левого предсердия.

94. По данным эхокардиографии при митральном стенозе дилатируются следующие камеры сердца:

- а) левое предсердие, правый желудочек, правое предсердие; +
- б) левый желудочек;
- в) правый и левый желудочки;
- г) правые отделы сердца;
- д) правое предсердие и левый желудочек.

95. Для компенсированного аортального стеноза при ЭХОКГ выявляется:

- а) дилатация полости левого желудочка;
- б) дилатация полости правого желудочка;
- в) гипертрофия стенок левого желудочка; +
- г) дилатация полости правого предсердия;
- д) гипертрофия стенок правого желудочка.

96. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с мерцанием предсердий может быть:

- а) гипертрофия стенки правого желудочка;
- б) гипертрофия стенки левого желудочка;
- в) тромбоз полости левого предсердия; +
- г) флебит глубоких вен нижних конечностей;
- д) дилатация правого желудочка.

97. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

- а) аортального клапана;
- б) митрального клапана;
- в) митрального и аортального клапана;
- г) трикуспидального и легочного клапанов; +
- д) только клапана легочной артерии.

98. У больных с наличием хронического очага инфекции в организме при возникновении инфекционного эндокардита наиболее часто поражается:

- а) аортальный клапан;
- б) митральный клапан;
- в) митральный и аортальный клапан; +

- г) трикуспидальный и легочный клапан;
- д) только трикуспидальный клапан.

99. К эхокардиографическим признакам экссудативного перикардита можно отнести:

- а) утолщение листков перикарда и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков;
- б) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень; +
- в) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии;
- г) отсутствие перикарда;
- д) наличие зоны акинезии в миокарде.

100. Активные метаболиты, обладающие собственным сопоставимым антиангинальным эффектом, образуются в печени при приеме:

- а) предуктал;
- б) тринитролонга;
- в) нитросорбида; +
- г) коринфара;
- д) нитрогранулонга.

101. Противопоказанием к применению сердечных гликозидов является:

- а) все перечисленные состояния; +
- б) желудочковая пароксизмальная тахикардия;
- в) прогрессирующая атриовентрикулярная блокада;
- г) субаортальный стеноз;
- д) сердечная астма у больного митральным стенозом с синусовым ритмом.

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА №1

Больного 41 года, беспокоят боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, проходящие через 1-3 мин после приема нитроглицерина, головные боли. С 16-летнего возраста у больного выслушивается шум в сердце. В течении года - загрудинные боли при нагрузке. Месяц назад отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре: В легких хрипов нет. ЧДД-20 в мин. Границы относительной тупости левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя и правая - не изменены. Тоны сердца приглушены, грубый шум после I тона в точке Боткина и во 2 межреберье справа от грудины, не проводящийся на сосуды шеи. Пульс 84 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные причины потери сознания.
3. Определите причину(ны) выслушиваемого при аускультации шума.
4. Какие изменения при эхокардиографическом исследовании Вы ожидаете получить.
5. Тактика лечения.

1. Врожденный аортальный стеноз. Относительная коронарная недостаточность с развитием стенокардии напряжения.
2. Ишемия мозга вследствие недостаточного выброса крови сердцем в результате аортального стеноза.
3. Стеноз аортального отверстия.

4. При эхокардиографическом исследовании выявляется уровень и величина сужения в области аортального клапана, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушения диастолической и систолической функции.

5. Хирургическое протезирование клапана или расширение отверстия по методу Бейли.

ЗАДАЧА №2

Больной 15 лет, в течение нескольких лет жалуется на головную боль. Родители объясняли эти жалобы переутомлением, к врачам не обращались. Участковым врачом обнаружено высокое артериальное давление. Госпитализирован в стационар для обследования. В детстве слегка отставал от других детей в развитии. Не занимается спортом, так как быстро устает. Болел корью, скарлатиной, несколько раз гриппом, ангиной, отеков и дизурических явлений никогда не было. При осмотре: состояние удовлетворительное, левая граница сердца на 0,5 см снаружи от средне ключичной линии. Резкий акцент II тона над аортой. Грубый систолический шум в области верхней части грудины, выслушивающийся и в межлопаточном пространстве. Пульс ритмичный, напряжен. Артериальное давление 190/110 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий безболезненный. Стопы холодные.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.
3. Определите причину выслушиваемого при аускультации шума.
4. Методы дополнительного обследования.
5. Тактика лечения.

1. Врожденная коарктация аорты.
2. Вторичные артериальные гипертонии- реноваскулярные, болезнь Такаясу; другие врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов.

3. Причина грубого систолического шума – выраженное сужение дуги аорты в нисходящей области

4. Ультразвуковая доплерография аорты с ЭХОКГ; компьютерная томография с контрастированием аорты; рентгенография грудной клетки – выявление узурации ребер в связи с развитием коллатералей в межреберных артериях.

5. Хирургическая – ангиопластика аорты со стентированием. Гипотензивная терапия – антагонисты кальция, диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина.

ЗАДАЧА №3

Пациент 18 лет поступил с жалобами на одышку, боли в сердце, возникающие в покое сердцебиение, резкую слабость после физической нагрузки. Из анамнеза известно, что больной 5-6 раз в год проходит стационарное лечение по поводу воспалительных заболеваний лёгких.

Объективно: Выраженный цианоз кожных покровов, губ, слизистых, конъюнктивы. Вес – 48 кг, рост – 160 см., отстаёт в физическом развитии от сверстников. Изменение пальцев в виде «барабанных палочек», ногтей в виде «часовых стёкол». Определяется систолическое дрожание во II-м м/р слева от грудины. При аускультации выслушивается грубый систолический шум слева от грудины во II-III м/р. При рентгенологическом исследовании выявляется прозрачность лёгочных полей из-за уменьшения кровенаполнения лёгких. Контуры сердца имеют специфическую форму «деревянного башмака сабо»: уменьшенная дуга лёгочной артерии, подчёркнутая талия сердца, закруглённая и приподнятая над диафрагмой верхушка сердца. Дуга аорты может быть справа.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить систолическое дрожание и систолический шум слева от грудины.
3. Наиболее информативный метод обследования.
4. Изменения, ожидаемые в ОАК.
5. Возможные осложнения.

1. Тетрада Фалло. Включает следующие компоненты:

- Большой высоко расположенный ДМЖП
 - Стеноз лёгочной артерии
 - Декстропозиция аорты
 - Компенсаторная гипертрофия правого желудочка.
2. Систолическое дрожание и систолический шум выслушивается над стенозированным участком лёгочной артерии.
 3. Ангиокардиография, катетеризация сердца, ЭхоКГ.
 4. ОАК – ожидается высокий эритроцитоз, повышение содержания Hm, СОЭ резко снижено (до 0-2 мм/ч).
 5. Наиболее часто возникают инсульты, ТЭЛА, выраженная сердечная недостаточность, инфекционный эндокардит, абсцессы мозга, разнообразные аритмии.

ЗАДАЧА №4

Больная 15 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при физической нагрузке, боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что родилась недоношенной. Детское дошкольное учреждение не посещала. В школе освобождалась от занятий физкультурой. Последние 2 класса в связи с ухудшением самочувствия закончила экстерном. Объективно: При аускультации сердца выслушивается непрерывный систоло-диастолический шум («машинный»), лучше выслушиваемый под левой ключицей и иррадиирующий в спину.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Источник «машинного шума».
3. У пациента появилась охриплость голоса – как объяснить этот симптом.
4. Тактика лечения.
5. Возможные осложнения.

1. Открытый артериальный «боталлов» проток.
2. Источником «машинного» шума является постоянный однонаправленный кровоток из аорты в лёгочную артерию.
3. Расширение лёгочной артерии может привести к сдавлению возвратного нерва и охриплости голоса.
4. При появлении признаков сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды и диуретики. Рекомендуется профилактика инфекционного эндартериита до и в течение 6 месяцев после хирургической коррекции порока. Хирургическое лечение в виде лигирования открытого артериального протока или окклюзии его просвета необходимо проводить до развития необратимых изменений со стороны сосудов лёгких.
5. Инфекционный эндартериит (вследствие постоянной травматизации струёй крови стенки лёгочной артерии), ТЭЛА, аневризма протока, её расслаивание и разрыв, кальцификация протока, сердечная недостаточность.

ЗАДАЧА №5

Пациент 20 лет поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение. Объективно: Расширение и пульсация вен шеи Цианоз. Перкуторно границы относительной сердечной тупости смещены вправо. При аускультации выслушивается систолический шум в III-IV м/р слева от грудины и на верхушке. ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого предсердия. АВ-блокада I степени. ЭхоКГ – дистопия створок трёхстворчатого клапана, увеличение правого предсердия.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Изменения, ожидаемые при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки.
3. Медикаментозные назначения
4. Хирургическая коррекция
5. Прогноз.

1. Аномалия Эбштайна – расположение задней и перегородочной створок трёхстворчатого клапана у верхушки правого желудочка, приводящее к увеличению полости правого предсердия и уменьшению полости правого желудочка.

2. При проведении рентгенологического исследования отмечается кардиомегалия (характерна шарообразная форма тени сердца) при повышенной прозрачности лёгочных полей.

3. При появлении симптомов сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды и диуретики.

4. Хирургическое лечение

заключается в протезировании трёхстворчатого клапана или его реконструкция.

5. Основные причины летального исхода: тяжёлая сердечная недостаточность, тромбоэмболия, абсцессы мозга, инфекционный эндокардит.

ЗАДАЧА №6.

Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 20 минут, однократно использовал нитроглицерин 1 таблетку-обморок на потери сознания без предвестников при физической активности; на перебои в работе сердца. Данные жалобы около одного года, последний месяц симптомы появляются чаще. Три года назад умер родной брат в возрасте 43 лет (внезапная смерть).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. ЧДД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 60 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения в другие точки. АД 135/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол α – 15). Гипертрофия левого желудочка, Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей. ЭХОКГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, глобальная и локальная сократимость не нарушены. ТМЖП 2,0 см. ТЗСЛЖ 1,2.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните изменения на ЭХОКГ.

4. Какое лечение следует назначить данному больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

1. Врожденная гипертрофическая кардиомиопатия, асимметричная, перегородки. Прогрессирующее течение.

2. УЗДГ аорты и крупных сосудов. ЭКГ. Тредмил с нагрузочными пробами. МРТ-выявление асимметрической гипертрофии миокарда, оценить ее степень и локализацию.

3. Асимметричная гипертрофия перегородки.

4. Лечение β – бетаблокаторами или верапамилом. Хирургическое лечение (чрезаортальная септальная миэктомия).

5. ИБС: нестабильной стенокардией. Гипертонической болезнью. Амилоидозом сердца. Болезнью Фабри. Рестриктивной кардиомиопатией. Аортальным стенозом.

ЗАДАЧА №7.

Женщина 38 лет предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 30 минут. неоднократно рецидивирующего в течении суток, одышку при обычной физической нагрузке, боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, плохую переносимость физической, нагрузки. Год назад перенесла тяжелый грипп, после чего появились вышеуказанные жалобы: состояние ухудшается после простудных заболеваний, последнее ухудшение на фоне ОРЗ. При осмотре: состояние, относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких жесткое дыхание,

хрипов нет. ЧСС 78 в мин. ритм неправильный. АД 100/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Лейк. 8,8, эритро. 3,8. Нв 110 г/л, СОЭ 17 мм/ч. СРБ 12 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, с ЧСС 76 в мин., PQ 240 мс. Короткие (несколько комплексов) эпизоды мерцания-трепетания предсердий.

ЭХОКГ: аорта не изменена, КДР 5,8 см, КСР 4,1 см. Передне-задний размер 2,8 см. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП =1,0. ТЗСЛЖ = 1.1 см. Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Объясните причину мерцательной аритмии.
4. Какое лечение следует назначить данной больной?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

1. Хронический инфекционно-аллергический миокардит. Аритмогенный вариант течения. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ; биохимический анализ крови – АСТ, АЛТ, ЛДГ 1, КФК, фибриноген. Для подтверждения диагноза миокардита – эндокардиальная биопсия миокарда. Подтверждающим критерием будет клеточная инфильтрация (более 5 клеток в поле зрения при увеличении 4000 в морфобиоптатах миокарда. МРТ сердца с контрастированием при миокардите – наличие внеклеточной воды. Сцинтиграфия миокарда с Ga67 - изотоп будет накапливаться в участках воспаления миокарда. Лабораторные тесты при наличии миокардита: «+» тест дегрануляции базофил при определении кардиального антигена и антител к миокарду, «+» реакция торможения миграции лимфоцитов с кардиальным антигеном.

3. Причина мерцательной аритмии – эктопические очаги электрической нестабильности в участках воспаления и дегенерации миокардиоцитов.

4. НПВС в/м (мелоксикам, лорноксикам) в теч.5 дней в дальнейшем внутрь в течении 3-х недель, при неэффективности – Преднизолон 15 мг /сут. Полиоксидоний 12 мг/сут внутрь через день – 10 дней приема. Кордарон 200 мг 2 раза в день.

5. С ИБС; кардиомиопатией – генетической, стес-индуцированной и т.д.; аутоиммунным тиреоидитом с тиреотоксикозом; миокардиодистрофией.

ЗАДАЧА №8.

Больная, 63г. поступила с жалобами на резкую слабость, апатию, сонливость, зябкость, запоры, снижение аппетита. Больна 8 лет, когда появилась слабость, заторможенность, ухудшение памяти, одутловатость лица, запоры (стул раз в 3-4 дня), не уступающие действию слабительных, осиплость голоса, пастозность голеней. Диагностирован гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, по поводу которого нерегулярно принимал тиреоидин. В течение 2 мес. состояние ухудшилось: усилилась слабость и сонливость, направлена в эндокринологическое отд. При поступлении сост. тяжелое; резко заторможена, не проявляет интереса к окружающему. Выражена сонливость, речь и движения замедлены. Лицо одутловатое (отек век, щек, губ). Кожа сухая, холодная, бледная с желтоватым оттенком, t 35,0С. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени плотноватая при пальпации. Волосы на голове, в подмышечной впадине редкие. Дыхание везикулярное. ЧСС 50 в мин. АД 90/50 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца глухие. ЭКГ: нарушение внутрижелудочковой проводимости. Язык утолщен с отпечатками зубов по краям. В остальном без особенностей.

Общий анализ крови: эр. -3.8; Нв – 90; лейко. – 4.1; СОЭ- 37.

Б/х анализ крови: Холестерин- 12.8 ммоль/л; Са 2.0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: норма.

Вопросы:

1. Назовите основное заболевание.
2. Определите наличие и характер патологии со стороны ССС.
3. Методы диагностики основного заболевания.

4. Принципы лечения

5. Коррекция нарушений липидного обмена.

1. Аутоиммунный тиреоидит. Тяжелый первичный гипотиреоз. Гипотиреоидная прекома.
2. Миокардиодистрофия на фоне тяжёлого гипотиреоза. Брадикардия, нарушение проводимости, гипотония, расширение границ сердца влево, глухость тонов.
3. Необходимо УЗИ ЩЖ, определение уровня антител к различным структурам ЩЖ (Ат-ТПО, Ат-ТРГ). ЭХОКГ., ЭКГ
4. Коррекция эндокринных нарушений, лечение проявлений сердечной недостаточности, нормализация метаболических процессов.
5. Необходима коррекция липидного обмена - диета с пониженным содержанием жиров. Ингибиторы ГМГ –Соа-редуктазы – ловастатин (начальная доза 20 мг во время ужина; максимальная суточная доза - 80 мг).

ЗАДАЧА №9.

Больной 28л. Через 4нед., после ОРВИ (вирус Коксаки), подтвержденный серологической диагностикой с определением нарастающего титра антител к вирусу с интервалом в неделю, появились одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, слабость, пастозность стоп, боли в прекардиальной области, без связи с физической нагрузкой, ноющего характера до нескольких часов без эффекта от нитроглицерина.

Объективно: кожа бледная, пастозность стоп, границы отн. тупости сердца расширены влево на 1.5см. Ослабление I тона на верхушке, там же ритм галопа и короткий систолический шум без луча проведения. Тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 116в мин в покое. АД 110/70мм рт.ст. Печень + 1.5см. По Курлову 11-9-8см. ОАК: СОЭ-32. Б/Х: КФК- 2084 ЛДГ- 506. ЭКГ: депрессия ST с V3 по V6. Рентгенография гр. Кл.: значительное увеличение сердечной тени влево, признаки венозного застоя легких.

Вопросы:

1. Основные клинические проявления патологии ССС.
 2. Оцените изменения в БХ анализе крови.
 3. Причина развития патологии миокарда.
 4. План дополнительного обследования.
 5. Диагноз.
1. Кардиомегалия, кардиалгия, застойная сердечная недостаточность.
 2. Наличие общевоспалительных реакций, кардиоспецифических белков сыворотки крови (КФК, ЛДГ) свидетельствует о некрозе кардиомиоцитов и бывает только при тяжёлом паренхиматозном миокардите.
 3. Перенесённая 4 недели назад вирусная инфекция, подтверждённая серологически.
 4. Для подтверждения диагноза миокардита – эндокардиальная биопсия миокарда. Подтверждающим критерием будет клеточная инфильтрация (более 5 клеток в поле зрения при увеличении 4000 в морфобиоптатах миокарда. МРТ сердца с контрастированием при миокардите – наличие внеклеточной воды. Сцинтиграфия миокарда с Ga67 - изотоп будет накапливаться в участках воспаления миокарда. Лабораторные тесты при наличии миокардита: «+» тест дегрануляции базофил при определении кардиального антигена и антител к миокарду, «+» реакция торможения миграции лимфоцитов с кардиальным антигеном. ЭХОКГ – для оценки дилатации полостей сердца.
 5. Основной диагноз: острый инфекционно-аллергический поствирусный миокардит. Осложнения: ХСН IIАст. IIIФК.

ЗАДАЧА №10.

Больного 38 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при

поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты 6,2x10⁹/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 x 3,5 см, левая – 8,2 x 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. ХПН, терминальная стадия.

2) Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевины, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева.

3) Хронический гемодиализ. Трансплантация почки.

4) Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертензия. Синдром Кона.

5) Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов.

ЗАДАЧА №11.

Больной М. 29 лет жалуется на внезапные резкие подъемы АД до 240/110 мм. рт., впервые возникшие около 2-х лет назад. Во время таких приступов отмечалась сильная головная боль, озноб, дрожь, потливость. После окончания приступа - обильное мочеиспускание. Со стороны внутренних органов при осмотре патологии не выявлено.

1. Предполагаемый диагноз
2. План дополнительного обследования больного
3. Что можно выявить при биохимическом исследовании мочи?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложить план лечения

1) Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертензия.

2) Скрининг: экскреция катехоламинов и их метаболитов с мочой (в течение суток и во время криза), уровень катехоламинов в плазме в период криза. Определение локализации опухоли – КТ или МРТ. Сцинтиграфия с ¹³¹I метайодбензилгуанидином.

3) Неотложное лечение при тяжелой АГ – нифедипин сублингвально (дробно по 10 мг), внутривенно: фентоламин либо нитропруссид натрия. Радикальное лечение - удаление опухоли (возможно лапароскопическое). В постоперационный период α-адреноблокаторы (феноксibenзамин) под контролем АД, уровня глюкозы крови. Контроль уровня катехоламинов. Если хирургическое лечение невозможно, применяют постоянное лечение феноксibenзамин и ингибитором синтеза катехоаминов - α-метилтирозином.

4) С другими артериальными гипертензиями, протекающими с пароксизмами (тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь, дисэнцефальный синдром), первичным альдостеронизмом, болезнью и синдромом Иценко-Кушинга.

5) Постоянные либо кризовые подъемы АД, ортостатическая гипотензия. Возникновение кризов при мочеиспускании, пальпации живота, ангиографии, анестезии, на фоне фармакологических провокаций (гистамин, никотин, кофеин, β -блокаторы, глюкокортикоиды, трициклические антидепрессанты). Сопутствующие симптомы: приступы сердцебиения, потливость, головная боль, похудание, нарушение углеводного обмена.

ЗАДАЧА №12

Больной 24 лет. Жалобы на общ. слабость, недомогание, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, отеки на лице в утренние часы. Болен 1.5 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная. Отеки на лице. На н/конечностях отеков нет. Верхушечный толчок в 5-м м/реберье по левой срединно-ключичной линии - ригидный, разлитой. Гр. относительной сердечной тупости: правая - у правого края грудины, левая совпадает с верхушечным толчком, верхняя - нижний край 3-го ребра. ЧСС 74 в мин. АД 220/120 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром «покалачивания» слабо «+» с обеих сторон. Диурез сохранен.

ОАМ: цвет - св\ж. прозрачная, р-я слабокислая, плотность 1020; белок 1.4; лейкоциты 4-5; эритроциты 25-30, выщелоченные, цилиндры гиалиновые до 6.

ОАК: эритроциты - 4.0; гемоглобин - 127; лейкоциты - 8.9; СОЭ - 28. ЭКГ: ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Дайте характеристику артериальной гипертензии.
2. Основные причины артериальной гипертензии в молодом возрасте.
3. Оцените изменения мочевого осадка.
4. Принципы лечения основного заболевания.
5. Принципы лечения артериальной гипертензии.

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант. ХПН 0 ст. Основные синдромы: отечный, гипертонический, болевой, мочевого, астенический. Стойкая систоло-диастолическая гипертензия.

2. Заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит и др.).

3. Мочевой синдром представлен: протеинурией, гематурией, цилиндрурией. Это клубочковый тип нефропатии, т.к. белок мочи более 1г/с, удельный вес больше 1018, р-я мочи слабокислая, преобладают гиалиновые цилиндры.

4. Соблюдение режима – избегать переохлаждений, физического и эмоционального перенапряжения. Малобелковая диета. Цитостатики, так как высокая артериальная гипертензия является противопоказанием для назначения глюкокортикоидов.

5. Ингибиторы АПФ., блокаторы кальциевых каналов.

ЗАДАЧА №25.

Больной 56 лет жалуется на давящую боль за грудиной, головокружение, тошноту, резкую общую слабость. Страдает приступами сжимающих болей во время физической нагрузки, исчезающих после приёма нитроглицерина. Периодически отмечаются подъемы АД до 170/100 мм. рт. ст.

Указанные жалобы возникли внезапно, без связи с физической нагрузкой.

Объективно: бледность кожных покровов, влажные и холодные кисти рук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-21 в мин. Границы сердца расширены влево до средне-ключичной линии, тахикардия, ритм правильный, 1-й тон на верхушке усилен, шумов нет, пульс 170 в минуту, двухфазный желудочковый комплекс (типа rR) в отведении V1. На некоторых участках можно обнаружить зубцы P, идущие с более медленным ритмом, чем желудочковые комплексы. Смещение сегмента ST выше изолинии в отведениях III, V 5-6.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Объясните изменения на ЭКГ.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?

- 1) ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- 2) ЭКГ, общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, миоглобин, тропонины, КФК-МВ фракция, глюкоза
- 3) Антиаритмические препараты группы IB (лидокаин), электроимпульсная терапия
- 4) Инфаркт миокарда, другие нарушения ритма, миокардит.
- 5) Резкая общая слабость, тошнота, бледность кожных покровов, влажные и холодные кисти рук, тахикардия.

ЗАДАЧА №13.

Больной 53 лет, жалобы на сильные за грудиной боли, появившиеся около 1 часа назад. СМП вызвали родственники по поводу болевого приступа. При осмотре кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Периферических отеков нет. Над базальными отделами легких незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Печень у края реберной дуги. На ЭКГ - синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в V2-V6. После инъекции промедола боли утихли. При переключении больного на носилки внезапная потеря сознания, агональное дыхание. АД, тоны сердца не определяются. Начаты ИВЛ, непрямой массаж сердца. На ЭКГ мелковолновая фибрилляция желудочков.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое неотложное лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) ИБС: Острый передне-распространенный инфаркт миокарда левого желудочка. Острая левожелудочковая недостаточность. Фибрилляция желудочков.

2) Тщательный сбор и анализ анамнеза; физикальное обследование; общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины T и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография; мультиспиральная компьютерная томография; инвазивная оценка гемодинамических показателей: давление заклинивания легочной артерии, сердечный выброс (с помощью плавающего баллонного катетера Сван-Ганца). Определение кислотно-щелочного равновесия и газового состава крови.

3) Адреналин 0,1% -1 мл на 10 мл физ.раствора в/в или внутрисердечно (или алуцент или изадрин), хлористый кальций в/в или внутрисердечно, далее программа лечения крупноволновой фибрилляции (лидокаин, бикарбонат натрия, калий поляризующая смесь). После каждой инъекции лекарственного вещества проводится электрическая дефибрилляция несколькими разрядами. Лечение инфаркта миокарда - антитромботические агенты (аспирин, антагонисты рецепторов к аденозиндифосфату: тиенопиридины, блокаторы гликопротеиновых P₂/P₃ рецепторов тромбоцитов), антикоагулянты, β – блокаторы, нитраты, статины, коронарная реваскуляризация.

4) ТЭЛА, гипогликемическая кома, острое кровотечение.

5) Потеря сознания, агональное дыхание, АД, тоны и пульс на сонной артериях не определяются, кожа бледно-серого цвета – признаки клинической смерти.

ЗАДАЧА №14

Подросток 15 лет, с 2 лет страдает приступами ритмичного сердцебиения с внезапным началом и внезапным окончанием без нарушения гемодинамических показателей. Приступы часто возникают на уроках физкультуры. Отец страдал аналогичными пароксизмами, умер внезапно в возрасте 38 лет.

В легких везикулярное дыхание. ЧДД-19 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД – 120/70 мм.рт.ст.

У данного пациента на ЭКГ вне приступа: основной ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 72 в мин. PQ 0,09 сек, QRS во всех отв. 0,16 сек, QT 0,42 сек*, на восходящем колене зубца R регистрируется «зазубрина».

На ЭКГ во время приступа сердцебиения: ритм несинусовый (зубец P - не регистрируется), правильный, ЧСС 180/мин, QRS 0,12 сек.

1. Предполагаемый диагноз
2. План дополнительного обследования больного.
3. Патогенез развития данной патологии
4. С какими нарушениями ритма проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложить план лечения.

1. Врожденный синдром WPW. Пароксизм желудочковой тахикардии.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Нагрузочная проба на Тредмиле. Биохим.анализ крови - холестерин, липиды, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, фибриноген. ЭХОКГ.

3. Наличие дополнительных аномальных путей проведения электрического импульса от предсердий к желудочкам – пучок Кента, что приводит к более раннему возбуждению желудочков с образованием эктопического очага для пароксизма желудочковой тахикардии.

4. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия с широким комплексом QRS или с блокадой внутрижелудочкового проведения, фибрилляция желудочков, синдром CLC.

5. Экстренная госпитализация в аритмологическое отделение, в/в струйное введение Кордарона 5% раствор 10 мл или Мекситила 2,5% раствор 10 мл медленно на 20 мл физ.раствора. При отсутствии эффекта – электроимпульсная терапия. В дальнейшем лечение Кордароном 200 мг.х 1-2 раза в сутки внутрь.

ЗАДАЧА №15.

Больной 62 лет, вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад.

В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день.

Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не-звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыханий 28/мин. Сердце расширено, влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД 95/65 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 160/мин, пульс 124/мин. Дефицит пульса 36/мин. Печень у края реберной дуги.

1. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему?
2. Какая переносимость данной тахикардии?
3. Что ожидается на ЭКГ?
4. Ваши назначения на первые сутки?
5. На следующий день частота сердечных сокращений около 80/мин, но мерцательная аритмия остается. АД =120/75 мм рт. ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии.

1. Пароксизмальное мерцание или трепетание предсердий. Основание: тахиаритмия, неравномерность тонов, дефицит пульса.

2. Имеются признаки острой левожелудочковой недостаточности с застоем в малом круге и снижением АД.

3. Разная продолжительность R—R, отсутствие зубцов P или волны трепетания.

4. Учитывая суправентрикулярный характер тахиаритмии и признаки сердечной недостаточности, методом выбора будет применение сердечных гликозидов из группы наперстянки, например дигоксин 0,5 амп, через каждые 2 ч в/в до пульса ниже 90—80/мин., одновременно показано введение гепарина 20000 ед/сут.

5. Учитывая, по-видимому, недавнее возникновение мерцательной аритмии, показано восстановление синусового ритма или кордароном или путем плановой электрической дефибрилляции.

ЗАДАЧА №16.

Больной 60 лет, преподаватель. Обратился по поводу одышки при обычной ходьбе. 6 лет назад перенес передне-перегородочный инфаркт миокарда. Одышка появилась 2 мес назад. Не лечился. Курит одну пачку в день.

Объективно: рост 165 см, масса тела 91 кг. Небольшая отечность голеней, цианоз губ. В легких под лопатками немного влажных, незвонких хрипов. Дыханий 24/мин. Сердце расширено влево на 2 см; тоны: приглушены, систолический шум на аорте. Пульс 92/мин, аритмичный, дефицит 18/мин. АД 140/90 мм рт. ст.

Печень у края реберной дуги

На ЭКГ - отсутствуют зубцы Р, интервалы R-R разные, ритм неправильный.

1. Предположительный диагноз.
2. Предложите режим ведения больного и диету.
3. Медикаментозные назначения.
4. Предложите методы контроля лечения
5. Через неделю самочувствие улучшилось, отеков нет, пульс 76/мин без дефицита, аритмичный. Предложите дальнейшую тактику лечения.

1 ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия. НК2Б

2. Режим полупостельный, отдых в кресле. Питание гипокалорийное (2000 кал) с ограничением соли до 3—4 г/сут, прекращение курения.

3. Дигоксин, начиная с 0,25 мг х 4 раза/сут, эналаприл 10мг-2 раза/сутки, гипотиазид 25 мг/сут, или верошпирон 1—2 табл. (0,025 г) 3 раза/сут. Учитывая, что больной ранее не принимал сердечных гликозидов и у него имеется тахикардия, показана дигитализация с применением насыщающих доз, В связи с возрастом (60 лет) исходная доза снижена до 3- 4 табл/сут.

4. Наблюдать: частоту сердечных сокращений, режим, состояние желудочно-кишечного тракта, диурез, массу тела, АД в ортостазе (возможность гипогидратации и гиповолемии) — ежедневно, ЭКГ — через неделю.

5 Переходить на поддерживающие дозы дигоксина 2—1 табл./сут., эналаприл – в той же дозе. От диуретиков воздержаться. Расширять режим физической активности. Продолжать гипокалорийную диету.

Дифференциальная диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.

1. Пороки трехстворчатого клапана. Изменения гемодинамики. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
2. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация.
3. Гипертоническая болезнь. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Диагностика, дифференциальный диагноз. Профилактика и лечение гипертонической болезни.
4. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
5. Гипертрофическая кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Морфологические типы. Патогенез и патоморфология. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию. Прогноз. Алгоритм ведения пациентов.
6. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Формы. Молекулярные дефекты. Воспалительная кардиомиопатия. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
7. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальная диагностика при перикардальном выпоте. Лечение.
8. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, стратификация риска. Диагноз, дифференциальная диагностика, прогноз. Тактика ведения пациентов.
9. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации. Диагноз и дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов хронической сердечной недостаточностью. Профилактика.
10. Синкопальные состояния. Причины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
11. Тахикардии с узкими и широкими комплексами QRS – дифференциальная диагностика. Классы антиаритмических препаратов. Тактика ведения пациентов. Показания к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения.
12. Нарушения проводимости сердца: этиология, патогенез, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции.
13. Синдром легочной гипертензии. Классификация, патогенез, клинические проявления. Диагностика, дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
14. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
15. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение понятия. Этиология, патогенез, патоморфология. Нозологические формы. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести. Дифференциальный диагноз.
16. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология, патогенез, патоморфология. Диагностика. Лечение ХОБЛ стабильного течения и обострений ХОБЛ. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).
17. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, фенотипы. Диагностика и

дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.

18. Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация. Клиническая картина и критерии диагноза. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика.
19. Пневмонии. Классификация. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения. Инфекционно-токсический шок. Сепсис. Современные подходы к лечению пневмоний. Критерии эффективности лечения.
20. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз, реабилитация.
21. Синдром трахеобронхиальной дискинезии. Классификация дискинезий и дисплазий бронхов. Вторичные бронхоэктазы и бронхоэктатическая болезнь. Вклад наследственной патологии. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
22. Диффузные интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.
23. Синдром легочной диссеминации. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
24. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
25. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение.
26. Дыхательная недостаточность. Виды: острая, хроническая. Обструктивный и рестриктивный типы. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.
27. Синдром дисфагии. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.
28. Гастриты. Классификации, этиология и патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
29. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз.
30. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицированности *Helicobacter pylori* и оценки эффективности эрадикационной терапии. Тактика ведения пациентов.
31. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
32. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика,

дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

33. Хронические гепатиты: эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Диагностика и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
34. Цирроз печени: эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, синдромы, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы заболевания. Принципы лечения цирроза печени.
35. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, портальная гипертензия. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Патогенез, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
36. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Идиопатический гемохроматоз и гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
37. Стеатогепатиты. Поражение печени при алкогольной болезни и неалкогольном стеатогепатите. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
38. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
39. Острые и хронические панкреатиты, классификация, клинические проявления. Диагностика и дифференциальный диагноз. Осложнения острого панкреатита. Синдром панкреатической недостаточности. Лечение.
40. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
41. Дифференциальная диагностика синдрома диареи.
42. Энтеропатии: целиакия, болезнь Гордона, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез, патоморфология. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
43. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит и болезнь Крона. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.
44. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Дисбиоз кишечника.
45. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
46. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
47. Виды заместительной почечной терапии и техника ее проведения. Выбор метода заместительной почечной терапии. Проблемы и осложнения заместительной почечной терапии. Тактика ведения пациентов.
48. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
49. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
50. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы ведения пациентов.
51. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация,

клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика. Системные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Тактика ведения пациентов ревматоидным артритом. Генно-инженерная терапия. Реабилитация.

52. Остеоартроз. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
53. Микрористаллические артропатии. Этиология, патогенез, классификация, патоморфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
54. Реактивные артропатии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Тактика ведения пациентов.
55. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Лечение.
56. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.
57. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения. Диагностические критерии и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика обострений.
58. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
59. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика, лечение.
60. Воспалительные миопатии. Этиология и патогенез. Классификация, клинические проявления, варианты течения. Критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
61. Этиология и патогенез системных васкулитов. Патоморфология. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза. Общие принципы ведения пациентов. Прогноз.
62. Васкулиты с поражением преимущественно артерий крупного калибра: артериит Такаясу, болезнь Хортона. Ревматическая полимиалгия. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
63. Васкулиты с поражением преимущественно артерий среднего калибра: узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
64. АНЦА-ассоциированные васкулиты. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
65. Классификация и патогенез системных васкулитов. Иммунокомплексные васкулиты. Нозологические формы. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
66. Классификация анемий. Этиология, патогенез. Гипохромные анемии. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
67. Классификация анемий. Мегалобластные анемии. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.

68. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
69. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
70. Хронические миелопролиферативные заболевания. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
71. Миелодиспластический синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
72. Болезнь Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
73. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
74. Паранеплазматические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
75. Тромбоцитопении. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
76. Тромбоцитопатии. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
77. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
78. Тромбофилии. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз.
79. Анафилактический шок и анафилактоидные реакции. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
80. Диффузный токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация.
81. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз.
82. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение неосложненного сахарного диабета 1 и 2 типов.
83. Комы при сахарном диабете. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
84. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы интенсивной терапии.
85. Гипотиреозы и микседема. Этиология, патогенез. Клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация.

86. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз.
87. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм ожирения. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация.