Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«14» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.36 Кардиология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 105 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-кардиолог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология составляет 3 зачетные единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.36 Кардиология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-кардиолог».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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 достижения 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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А	**ПК-1.** Способен к проведению обследования пациентов при

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза **ТФ А/01.8**	заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза
ОТФ А Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/02.8**	**ПК-2.** Способен к назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контролю его эффективности и безопасности
ОТФ А Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов **ТФ А/03.8**	**ПК-3.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОТФ А Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы **ТФ А/04.8**	**ПК-4.** Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы
ОТФ А Оказание медицинской помощи в экстренной форме **ТФ А/07.8**	**ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром

1) длительный спазм коронарных артерий

2) тромбоз

3) эмболия

4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%

2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?

1) через 18-24 часа
2) через 1-5 часов
3) через 20-30 минут

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.36 Кардиология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Атеросклероз: патогенез, клиника атеросклероза различной локализации, лечение.
2. Пролапс митрального клапана.

Примеры контрольных заданий:

1. Расскажите методику клинического обследования кардиологического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания кардиологического больного.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Пациент М., 44 года; обратился с жалобами на постоянно возникающие колющие боли в области сердца, перебои в работе сердца, периодически возникающий панический страх смерти.

При осмотре обращает на себя внимание форма черепа (башенный череп), высокий рост, размах рук 185 см, на 3 см больше величины роста (Рис 1).



Рис 1. Больной М. Башенный череп и размах рук.

Со слов больного, обладает повышенной гибкостью в суставах и способностью к их переразгибанию (Рис 2а и 2б).



Рис 2а. Кисть больного М. Рис 2б. Демонстрация больным М. способности к переразгибанию.

При аускультации над сердцем выслушивается среднесистолический щелчок и поздний систолический шум. I и II тоны звучные, единичные экстрасистолы. Другой патологии органов при осмотре не выявлено. ЧСС – 75/мин, АД – 115/65 мм.рт.ст. На электрокардиограмме патологии не выявлено.

При эхокардиографическом исследовании: значительное прогибание тела передней створки митрального клапана в полость левого предсердия (Рис 3а и 3б). Показатели сократимости, индекс массы миокарда в норме. При допплерэхокардиографии выявлена гемодинамически незначимая митральная регургитация.

Лабораторные тесты изменений не выявили.

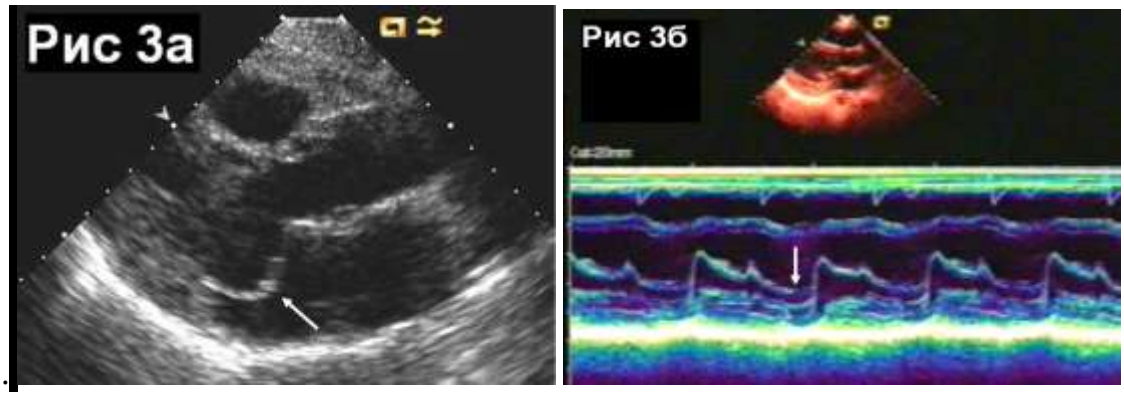


Рис 3а и 3б. Эхокардиограмма больного М. В В- (рис 3а) и М-режимах (Рис 3б) из парастернальной позиции по длинной оси. Стрелкой указан прогиб передней створки митрального клапана.

Задания:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, аускультации и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?

Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Ситуационная задача № 2.

Пациент Н., 32 лет; в обморочном состоянии был доставлен в приемное отделение городской больницы.

Со слов сотрудников «скорой помощи», потерял сознание после пробежки на ближайшем к больнице стадионе.

Считает себя здоровым. Известно, что отец умер внезапно в возрасте 38 лет.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоза нет. Тоны сердца аритмичны, ЧСС – до 150/мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Над сердцем выслушивается грубый систолический шум изгнания с punctum maximum в пятой точке. Тоны сердца звучные, II тон не изменен, на сосуды шеи не проводится. Снята электорокардиограмма (Рис. 1).

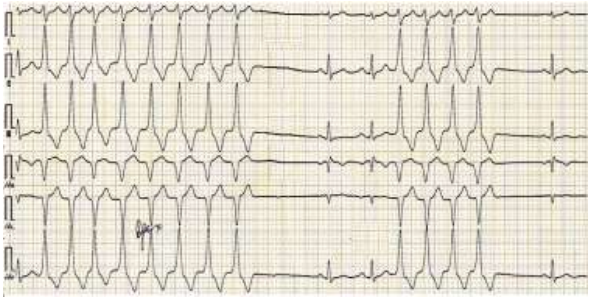


Рис. 1. Электрокардиограмма больного Н.

При эхокардиографии (Рис. 2, 3, 4) выявлена гипертрофированная (2 см) межжелудочковая перегородка, переднесистолическое движение митрального клапана, перекрывающее пути оттока из левого желудочка сердца. Конечнодиастолический объем левого желудочка 60 мл, фракция изгнания левого желудочка сердца – 72%.

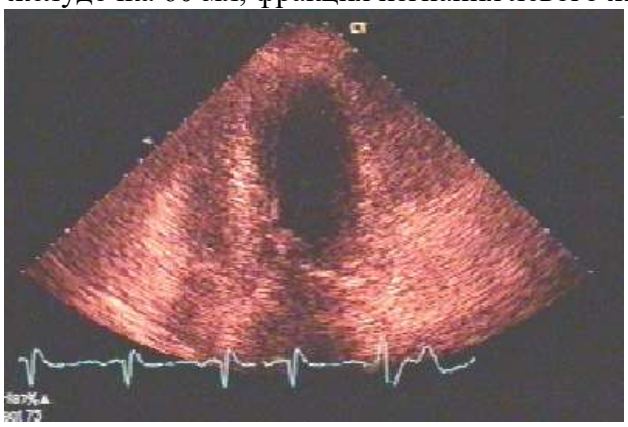


Рис. 2. Эхокардиограмма больного Н. Апикальная пятикамерная позиция. Переднесистолическое движение аппарата митрального клапана.

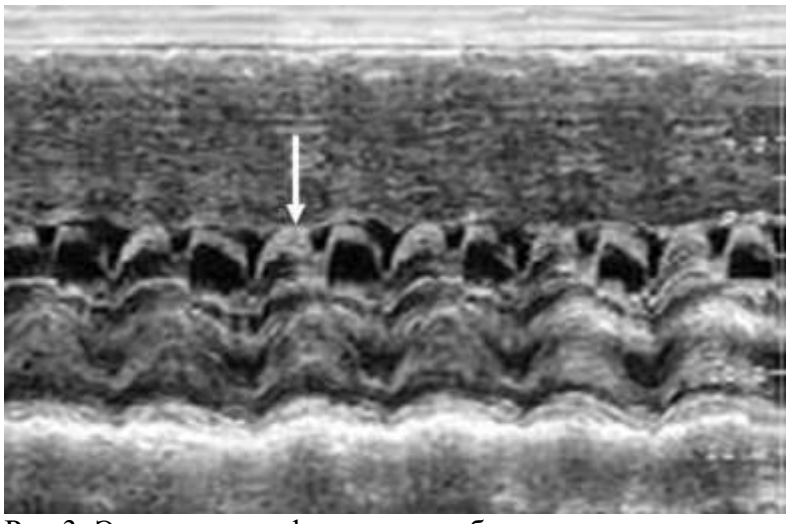


Рис 3. Эхокардиографическое изображение сердца по длинной оси в М-режиме при парастернальном положении датчика. Переднесистолической движение аппарата митрального клапана отмечено стрелкой.

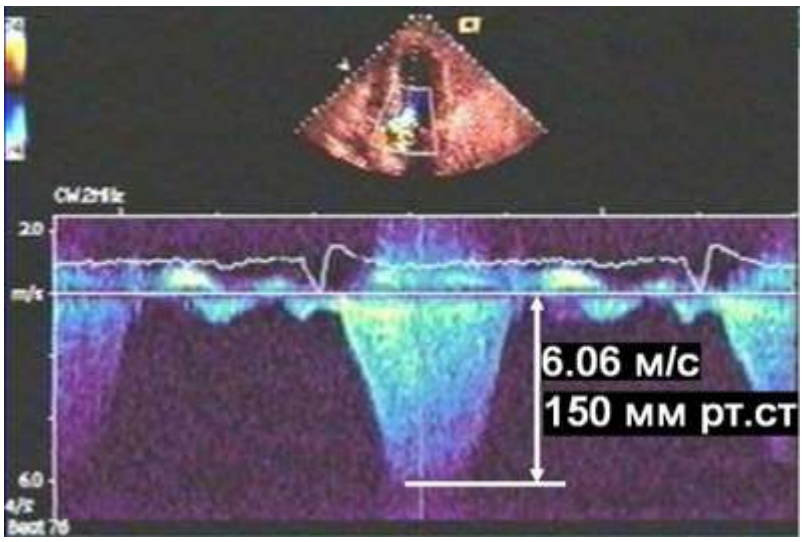


Рис 4. Градиент (перепад) давления, определенный с помощью допплерографии, в выходном отделе левого желудочка сердца у больного Н.

Лабораторные тесты: патологии не выявили.

Задания:

1. Выделите ведущие клинические синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, аускультативной картины и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?

Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

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

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Муртазин А.И. Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества / Муртазин А.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-4838-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448380.html

2. 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

3. Шляхто Е.В. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. –800 с. (Серия: Национальное руководство) – ISBN 978-5-9704-6092-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460924.html

Дополнительная литература:

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.36 Кардиология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Кардиология /40	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь:** 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон;

		2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов** 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики; 4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор; 4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов. **10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:** 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью;

		3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:** 1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D; 4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием** 1) медикаментов 2) наркотиков 3) гормонов 4) контрацептивов 5) всего перечисленного в определенный период развития **17. Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это** 1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым** 1) менее 75% 2) более 65 % 3) более 75% 4) более 50% **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов** 1) повышается 2) понижается 3) не изменяется 4) может как повышаться, так и понижаться **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает** 1) нифедипин 2) верапамил 3) дилтиазем 4) различий между данными препаратами нет **21. Больным с поражением клапанов профилактическое**

		назначение антибиотиков целесообразно при проведении: 1) хирургического вмешательства в полости рта; 2) хирургического вмешательства в брюшной полости; 3) хирургического вмешательства в урогенитальной области; 4) все ответы правильные; 5) правильного ответа нет. **22. IV ф.кл. ХСН по NYYA:** 1) симптомы возникают только при повышенной физической нагрузке; 2) симптомы возникают при обычной физической нагрузке; 3) симптомы возникают при минимальной физической нагрузке; 4) симптомы возникают в покое. **23. Основные звенья «порочного круга», способствующего прогрессированию ХСН** 1) увеличение нагрузки на левый желудочек 2) уменьшение сердечного выброса 3) периферическая вазоконстрикция 4) увеличение венозного возврата в сердце **24. Какая наиболее частая причина развития аортального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца 2) дегенеративный аортальный стеноз 3) двустворчатый аортальный клапан **25. При каком методе коррекции митральной недостаточности более благоприятный прогноз в раннем и отдаленном периоде хирургического вмешательства?** 1) при протезировании митрального клапана механическим протезом 2) при пластике митрального клапана 3) при протезировании митрального клапана биологическим протезом **26. С помощью какого эхокардиографического метода в настоящее время оценивают тяжесть митральной недостаточности?** 1) планиметрического метода; 2) PISA-метода; 3) допплерографического метода. **27. Баллонная вальвулопластика митрального клапана показана:** 1) при митральном стенозе с площадью отверстия <1,5 $см^2$ и выраженным кальцинозом; 2) при комбинированном митральном пороке с площадью отверстия <1,5 $см^2$ и митральной регургитацией больше I степени; 3) при изолированном митральном стенозе с площадью отверстия <1,5 $см^2$; 4) при изолированном митральном стенозе с площадью отверстия <1,5 $см^2$ и тромбом в левом предсердии. **28. Какие эхокардиографические показатели важны для определения тактики при митральном стенозе?**

		1) ограничение подвижности клапана; 2) степень утолщения клапана; 3) состояние клапанных структур; 40 степень кальцификации; 5) площадь митрального отверстия; 6) все вышеперечисленное. **29. Какой аускультативный феномен характерен для митрального стеноза, но исчезает при развитии фибрилляции предсердий?** 1) щелчок открытия митрального клапана; 2) хлопающий первый тон; 3) пресистолический шум; 4) протодиастолический шум. **30. У больного лимфогранулематозом II б стадии при обострении появились одышка в покое, одутловатость и синюшность лица, набухание вен шеи, тахикардия до 120 ударов в минуту, политопная экстрасистолия. С чем это связано?** 1) сдавление грудного лимфатического протока; 2) медиастинит; 3) сдавление верхней полой вены; 4) инфаркт миокарда; 5) перикардит. **31. Каковы абсолютные противопоказания для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II?** 1) беременность; 2) двусторонний значимый стеноз почечных артерий; 3) хроническая болезнь почек; 4) гипокалиемия. **32. Отметьте причины вторичных артериальных гипертензий:** 1) стеноз почечной артерии; 2) первичный альдостеронизм; 3) синдром Кушинга; 4) синдром Рейтера; 5) синдром Золлингера-Эллисона. **33. Перечислите модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии:** 1) малоподвижный образ жизни; 2) курение; 3) избыточное употребление в пищу поваренной соли; 4) злоупотребление алкоголем. **34. В перечень лекарственной терапии, которую необходимо назначить для профилактики внезапной сердечной смерти у пациентов, имеющих указания в анамнезе на перенесенный инфаркт миокарда включены:** 1) бета-блокаторы; 2) ингибиторы АПФ; 3) ацетилсалициловая кислота; 4) витамин Е;

		5) АТФ. **35. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:** 1) проба с физической нагрузкой; 2) проба с введением изопротеренола; 3) чрезпищеводная электрокардиостимуляция; 4) холтеровское мониторирование ЭКГ. **36. У больного 40 лет с острым инфарктом миокарда на фоне терапии гепарином возникло носовое кровотечение. Для нейтрализации действия гепарина необходимо использовать:** 1) хлорид кальция; 2) эпсилон-аминокапроновая кислота; 3) викасол; 4) протамин-сульфат. **37. Лечение прогрессирующей (нестабильной) стенокардии включает:** 1) ограничение двигательного режима; 2) гепарин; 3) бета-блокаторы; 4) дезагреганты; 5) статины; 6) нестероидные противовоспалительные препараты; 7) сердечные гликозиды. **38. Перечислите обстоятельства, определяющие размеры инфаркта миокарда:** 1) степень стенозирования сосуда; 2) компенсаторные возможности коллатерального кровообращения; 3) уровень закрытия просвета сосуда; 4) длительность закрытия просвета; 5) функциональная потребность миокарда. **39. Выбухание в области сердца (сердечный горб) при дефекте межжелудочковой перегородки с легочной гипертензией образуется за счет:** 1) левого желудочка; 2) левого предсердия; 3) правого желудочка; 4) правого предсердия; 5) всех перечисленных ответов. **40. Наиболее эффективным препаратом у больных ИБС является:** 1) сустак 6,4 мг; 2) нитронг 6,5 мг; 3) тринитролонг 1 мг; 4) нитросорбид 10 мг.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль

		2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___ а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план

		3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка

		4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу**

		а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Терапия /20	**1. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование** 1) электролитов потовой жидкости 2) разности носовых потенциалов 3) молекулярно-генетическое исследование **2. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?** 1) отсутствие противовирусных антител 2) прирост антител 3) снижение уровня антител **3. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения** 1) внебольничная 2) крупозная 3) нозокомиальная 4) аспирационная 5) пневмония у лиц с иммунодефицитом **4. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы** 1) клинический анализ крови 2) степень изменений ОФВ1 3) рентгенография органов грудной клетки 4) анализ мокроты **5. При каких профессиональных заболеваниях легких может развиться коллагеноз?** 1) асбестоз 2) пылевой бронхит 3) силикоз **6. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии надо** 1) применять аспирин или фенилин, если нет противопоказаний 2) своевременно использовать сердечные гликозиды 3) ограничить инфузии декстранов **7. Перечислите модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии** 1) малоподвижный образ жизни 2) курение 3) избыточное употребление в пищу поваренной соли 4) злоупотребление алкоголем **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов холинолитики** 1) бета-адреномиметики

		2) тиазидовые диуретики 3) блокаторы медленных кальциевых каналов 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента 5) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа 6) бета-адреноблокаторы **9. Каковы абсолютные противопоказания для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II?** 1) беременность 2) двусторонний значимый стеноз почечных артерий 3) хроническая болезнь почек 4) гипокалиемия **10. Эпистенокардитический перикардит является основанием для отмены антикоагулянтов** 1) правильно 2) неправильно **11. Болевой синдром при остром инфаркте миокарда и остром перикардите имеет общие черты. Какой из перечисленных признаков может помочь при дифференциальной диагностике этих состояний** 1) локализация боли за грудиной 2) иррадиация в левое плечо 3) усиление боли при глубоком вдохе 4) отсутствие эффекта нитроглицерина **12. Какие из анатомических находок у больных с синдромом слабости синусового узла не являются наиболее частыми?** 1) атеросклероз коронарных сосудов 2) сифилис 3) амилоидоз предсердий 4) диффузный фиброз **13. Прогностическая система критериев Чайлда-Пью при циррозе печени включает в себя все перечисленное, кроме** 1) энцефалопатия 2) уровень билирубина 3) асцит 4) уровень АЛТ 5) уровень альбумина **14. Достоверными критериями репликации вируса гепатита В являются** 1) носительство HBsAg 2) Anti - HBs и HBsAg 3) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgM 4) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgG 5) Anti - HBe антитела **15. Перечислите наиболее типичные кишечные осложнения язвенного колита** 1) острая токсическая дилатация 2) кишечное кровотечение 3) перфорация толстой кишки 4) колоректальный рак

		16. Можно ли выдать лист нетрудоспособности безработному? 1) можно, при наличии у него документа о взятии на учет по безработице 2) можно, только при ургентном заболевании 3) можно, в случае госпитализации 4) нельзя **17. По какой формуле наиболее оптимально оценивать степень нарушения функции почек у взрослых** 1) Формуле Кокрофта-Голда 2) Формуле Шварца 3) Формуле MDRD 4) Формуле CKD-EPI 5) По любой из этих формул 6) Правильного ответа нет **18. Иностранным гражданам, работающим по трудовому договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности** 1) выдается справка произвольной формы 2) выдается лист нетрудоспособности 3) не выдается никакой документ 4) выдается справка определенной формы 5) выдается специальный документ **19. Лабораторными признаками болезни Рейтера являются** 1) ревматоидный фактор 2) ускорение СОЭ 3) обнаружение хламидий в соскобе из уретры 4) протеинурия 5) анемия **20. При остром течении узелкового периартериита назначают** 1) антибиотики 2) плаквенил 3) преднизолон и циклофосфамид 4) Д-пеницилламин 5) ибупрофен
7.	Поликлиническая терапия /10	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше выслушиваются при** 1) форсированном дыхании 2) обычном дыхании 3) задержке дыхания 4) на вдохе 5) в горизонтальном положении **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце** 1) анемия 2) эритроцитоз 3) тромбоцитоз 4) тромбоцитопения 5) бластемия

		3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют 1) две стадии течения заболевания 2) три стадии течения заболевания 3) пять стадий течения заболевания 4) шесть стадий заболевания **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является** 1) выявление бактериурии 2) пункционная биопсия почки 3) выявление антител к базальной мембране клубочков 4) термометрия 5) определение активных лейкоцитов в моче **5. Продолжительность течения острой пневмонии** 1) до 2 - 3 дней 2) до 10 недель 3) до 6 недель 4) до 3 - 4 недель 5) до 8 недель **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно** 1) на 3 дня 2) на 6 дней 3) на 10 дней 4) на 21 день 5) на 30 дней **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей** 1) замедление всасывания 2) замедление распределения 3) снижение скорости метаболизма 4) снижение скорости выведения 5) ни одно из перечисленных **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является** 1) вирусная инфекция 2) алкоголизм 3) обменные и гормональные нарушения 4) наследственная предрасположенность 5) несбалансированное питание **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе 2) гипертензия в анамнезе 3) возраст более 45 лет 4) инфаркт миокарда в анамнезе 5) узловые образования в анамнезе 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней

		7) застойная недостаточность кровообращения **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада, типичная для** 1) синдрома Съегрена 2) синдрома Рейгера 3) синдрома Фелти 4) ревматоидного артрита 5) СКВ
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме** 1) эритроцитарной массы 2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора 3) тромбоцитарного концентрата 4) плазмы крови 5) размороженных эритроцитов **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с** 1) передозировкой гепарина 2) тяжелым поражением печени 3) патологическим фибринолизом 4) ДВС-синдромом 5) всем перечисленным **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания** 1) M1 2) M2 3) M3 4) M4 5) M5 **4. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3 2) если правильны ответы 1 и 3 3) если правильны ответы 2 и 4 4) если правильный ответ 4 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза, если правильны ответы/ответ**

		1) 1, 2 и 3 2) 1 и 3 3) 2 и 4 4) 4 5) 1, 2, 3 и 4 **6. Основное количество железа в организме человека всасывается в** 1) желудке 2) нисходящем отделе ободочной кишки 3) двенадцатиперстной и тощей кишках 4) подвздошной кишке 5) слепой кишке **7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования, если правильны ответы/ответ** 1) 1, 2 и 3 2) 1 и 3 3) 2 и 4 4) 4 5) 1, 2, 3 и 4 **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. Гиперфибриногенемии, если правильны ответы/ответ** 1) 1, 2 и 3 2) 1 и 3 3) 2 и 4 4) 4 5) 1, 2, 3 и 4 **9. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома если правильны ответы/ответ** 1) 1, 2 и 3 2) 1 и 3 3) 2 и 4 4) 4

		5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4 **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится** 1) фенилин 2) гепарин 3) свежезамороженная плазма 4) тиклид 5) аминокапроновая кислота

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Атеросклероз: патогенез, клиника атеросклероза различной локализации, лечение.
2. Пролапс митрального клапана.
3. Антиаритмические препараты.
4. ИБС: этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика.
5. Организация кардиологической амбулаторно-поликлинической помощи населению территориального врачебного участка.
6. Гипертрофическая кардиомиопатия.
7. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы).
8. Деонтология и медицинская этика врача-кардиолога.
9. Перикардиты. Клиника, диагностика, лечение.
10. Миокардиты. Определение. Классификация. Диагностика. Лечение.
11. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST. Стационарный этап лечения.
12. Инфекционный эндокардит. Основные клинические синдромы.
13. Симптоматические артериальные гипертонии.
14. Методы диагностики атеросклероза.
15. Суправентрикулярная экстрасистолия.
16. Гипертоническая болезнь
17. Пароксизмальные тахикардии.
18. Профилактическая направленность современной кардиологии.
19. Ревматические пороки сердца. Недостаточность митрального клапана. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Особенности нарушения гемодинамики при различных пороках сердца.
20. Тромбоэмболия легочной артерии. Интенсивная терапия и реанимация.
21. Нефрогенные артериальные гипертензии.
22. Ревматические пороки сердца. Недостаточность клапанов аорты. Стеноз устья аорты. Особенности нарушения гемодинамики при различных пороках сердца.
23. Гиполипидемическая терапия.
24. Принципы купирования ангинозного приступа.
25. Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
26. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: лечение на догоспитальном этапе.
27. Методы исследования функции и диагностика заболеваний сердца и сосудов.
28. Кардиомиопатии: современная классификация.
29. Синдром короткого QT-интервала.
30. Антигипертензивные препараты.
31. Хроническая сердечная недостаточность: общие принципы диагностики.

32. Организация антиаритмической помощи больным с жизнеугрожающими аритмиями.

33. Коарктация аорты.

34. Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка. Диагностика. Лечение. Профилактика.

35. Диагностика артериальной гипертензии.

36. Ишемическая болезнь сердца. Диагностика, лечение, вторичная профилактика.

37. Стратификация риска при желудочковых нарушениях ритма.

38. Кардиомиопатии. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.

39. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Принципы диагностики.

40. Метаболический синдром.

41. Организация работы врача-кардиолога на амбулаторном этапе. Санитарно-просветительная работа.

42. Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки.

43. Синдром диспластического сердца.

44. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST электрокардиограммы.

45. Синдром Бругада.

46. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы)

47. Фибрилляция предсердий. Клиника. Диагностика.

48. Пролапс митрального клапана.

49. Лечение ишемической болезни сердца.

50. Синдром слабости синусового узла.

51. Гипертонический криз. Неотложная помощь.

52. Заболевания миокарда: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика в стационаре и поликлинике

53. Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий.

54. Перикардиты. Принципы диагностики и лечения.

55. Дилатационная кардиомиопатия.

56. Фибрилляция предсердий: классификация, принципы лечения.

57. Препараты для лечения ИБС.

58. Диагностика ишемической болезни сердца.

59. Современная классификация хронической сердечной недостаточности.

60. Принципы антигипертензивной терапии.

61. Интервенционное лечение ИБС и коронарного атеросклероза.

62. Возрастные особенности гемодинамики человека.

63. Желудочковая экстрасистолия. Принципы антиаритмического лечения.

64. Реноваскулярная (вазоренальная) артериальная гипертензия.

65. Безболевания ишемия миокарда.

66. Суправентрикулярные пароксизмальные тахикардии. Лечение. Профилактика.

67. Суточное мониторирование артериального давления. Методика. Показания. Диагностические возможности.

68. Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий.

69. Синдром Бругада.

70. Постинфарктный кардиосклероз.

71. Миокардиты. Принципы лечения.

72. Феохромоцитома. Изменение гемодинамики. Неотложные мероприятия.

73. Сердечно-сосудистые осложнения сахарного диабета.
74. Артериальные гипертензии. Критерии. Классификация.
75. Каналопатии. Диагностика. Лечение.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Расскажите методику клинического обследования кардиологического больного.
2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания кардиологического больного.
3. Расскажите методику осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации кардиологического пациента.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

4. Расскажите методику формулирования и обоснования предварительного диагноза.
5. Расскажите методику формулирования и обоснования дифференциального диагноза.
6. Расскажите методику назначения медикаментозной терапии кардиологического больного.
7. Расскажите методику диагностики анемического синдрома.
8. Расскажите методику оценки клинического анализа крови.
9. Расскажите методику оценки клинического анализа мочи.
10. Расскажите методику оценки биохимического анализа крови.
11. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Нечипоренко).
12. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Зимницкого).
13. Расскажите методику определения скорости клубочковой фильтрации (расчетным методом) и определение степени ХБП.
14. Расскажите методику оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон).
15. Расскажите методику регистрации и расшифровки и оценки ЭКГ.
16. Расскажите методику подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
17. Расскажите методику подготовки и анализ ЭХО- и допплерокардиографии.
18. Расскажите методику подготовки и анализ пробы с физической нагрузкой.
19. Расскажите методику подготовки и анализ суточного ЭКГ-мониторирования.
20. Расскажите методику проведения внутривенного вливания (струйно, капельно).
21. Расскажите методику проведения подкожной, внутримышечной инъекции.
22. Расскажите методику проведения реанимационного пособия (закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот»).
23. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: обморок.
24. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертонический криз.
25. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда.
26. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тромбоэмболия легочной артерии.
27. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ бронхиальной астмы, астматический статус.

28. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: анафилактический шок.

29. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий.

30. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипогликемия, гипергликемия, диабетическая кома.

31. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: легочное кровотечение.

32. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: желудочно-кишечное кровотечение.

33. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: эпилептический припадок, эпилептический статус.

34. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.

35. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тиреотоксический криз.

36. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипотиреоидная кома.

37. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертензивный адреналовый криз при феохромоцитоме.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент М., 44 года; обратился с жалобами на постоянно возникающие колющие боли в области сердца, перебои в работе сердца, периодически возникающий панический страх смерти.

При осмотре обращает на себя внимание форма черепа (башенный череп), высокий рост, размах рук 185 см, на 3 см больше величины роста (Рис 1).



Рис 1. Больной М. Башенный череп и размах рук.

Со слов больного, обладает повышенной гибкостью в суставах и способностью к их переразгибанию (Рис 2а и 2б).



Рис 2а. Кисть больного М. Рис 2б. Демонстрация больным М. способности к переразгибанию.

При аускультации над сердцем выслушивается среднесистолический щелчок и поздний систолический шум. I и II тоны звучные, единичные экстрасистолы. Другой патологии органов при осмотре не выявлено. ЧСС – 75/мин, АД – 115/65 мм.рт.ст. На электрокардиограмме патологии не выявлено.

При эхокардиографическом исследовании: значительное прогибание тела передней створки митрального клапана в полость левого предсердия (Рис 3а и 3б). Показатели сократимости, индекс массы миокарда в норме. При допплерэхокардиографии выявлена гемодинамически незначимая митральная регургитация.

Лабораторные тесты изменений не выявили.

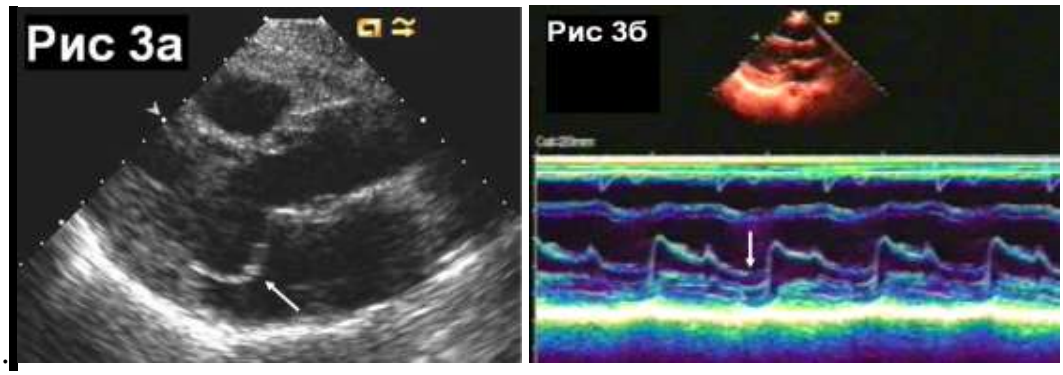


Рис 3а и 3б. Эхокардиограмма больного М. В В- (рис 3а) и М-режимах (Рис 3б) из парастернальной позиции по длинной оси. Стрелкой указан прогиб передней створки митрального клапана.

Задания:

6. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.
7. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
8. С учетом данных жалоб, анамнеза, аускультации и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
9. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
10. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?
11. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 2.

Пациент Н., 32 лет; в обморочном состоянии был доставлен в приемное отделение городской больницы.

Со слов сотрудников «скорой помощи», потерял сознание после пробежки на ближайшем к больнице стадионе.

Считает себя здоровым. Известно, что отец умер внезапно в возрасте 38 лет.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоза нет. Тоны сердца аритмичны, ЧСС – до 150/мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Над сердцем выслушивается грубый систолический шум изгнания с punctum maximum в пятой точке. Тоны сердца звучные, II тон не изменен, на сосуды шеи не проводится. Снята электорокардиограмма (Рис. 1).

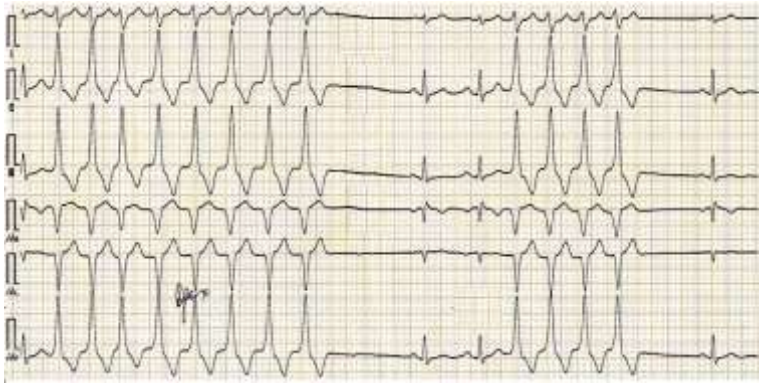


Рис. 1. Электрокардиограмма больного Н.

При эхокардиографии (Рис. 2, 3, 4) выявлена гипертрофированная (2 см) межжелудочковая перегородка, переднесистолическое движение митрального клапана, перекрывающее пути оттока из левого желудочка сердца. Конечнодиастолический объем левого желудочка 60 мл, фракция изгнания левого желудочка сердца – 72%.

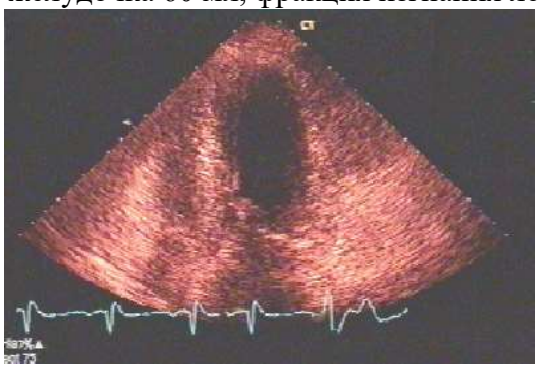


Рис. 2. Эхокардиограмма больного Н. Апикальная пятикамерная позиция. Переднесистолическое движение аппарата митрального клапана.

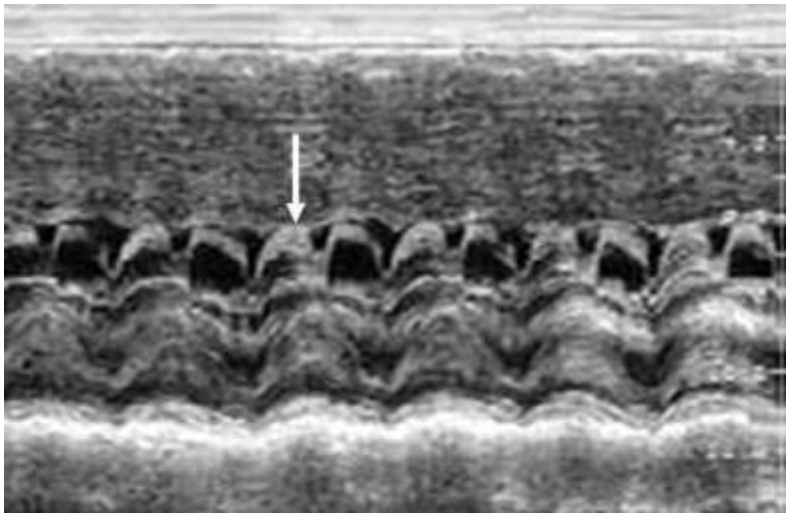


Рис 3. Эхокардиографическое изображение сердца по длинной оси в М-режиме при парастернальном положении датчика. Переднесистолической движение аппарата митрального клапана отмечено стрелкой.

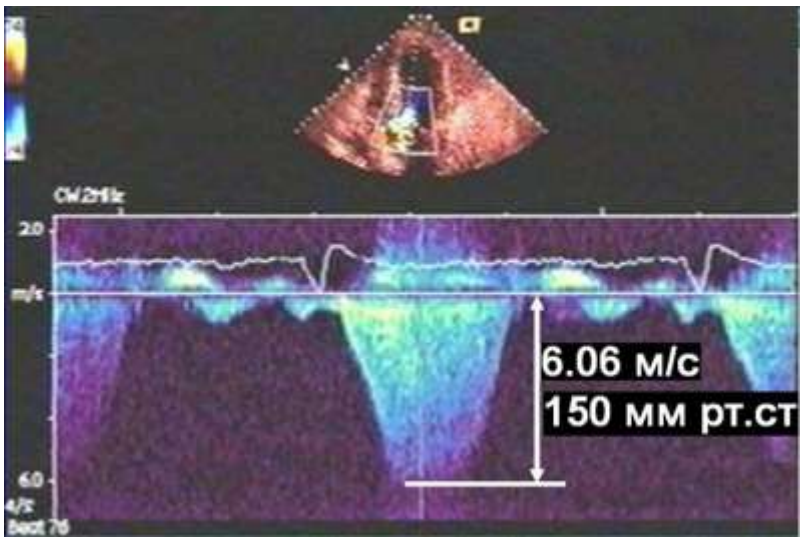


Рис 4. Градиент (перепад) давления, определенный с помощью допплерографии, в выходном отделе левого желудочка сердца у больного Н.

Лабораторные тесты: патологии не выявили.

Задания:

6. Выделите ведущие клинические синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.
7. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
8. С учетом данных жалоб, анамнеза, аускультативной картины и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
9. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
10. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?
11. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 3.

Пациент К., 25 лет, обратился с жалобами на возникшую около месяца назад одышку при малейшей физической нагрузке, отеки на нижних конечностях.

Со слов больного, за неделю – 10 дней до начала заболевания перенес грипп с высокой температурой и интоксикацией. Затем состояние стало постепенно ухудшаться, появилась одышка и отеки. Обратился к врачу, когда уже практически не мог из-за одышки выйти на улицу.

При осмотре: состояние тяжелое, цианоз губ, одышка в покое, ортопное. В легких выслушивается большое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов с обеих сторон, дыхание справа в нижних отделах легкого ослаблено, ЧДД 28/мин. Тоны сердца ослаблены, мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 85/мин, тоны аритмичные, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень на 5 см из-под реберного края, край закруглен, мягкий, умеренно болезненный. Отеки на нижних конечностях до средней трети голеней.

Электрокардиограмма больного К. представлена на Рис. 1.

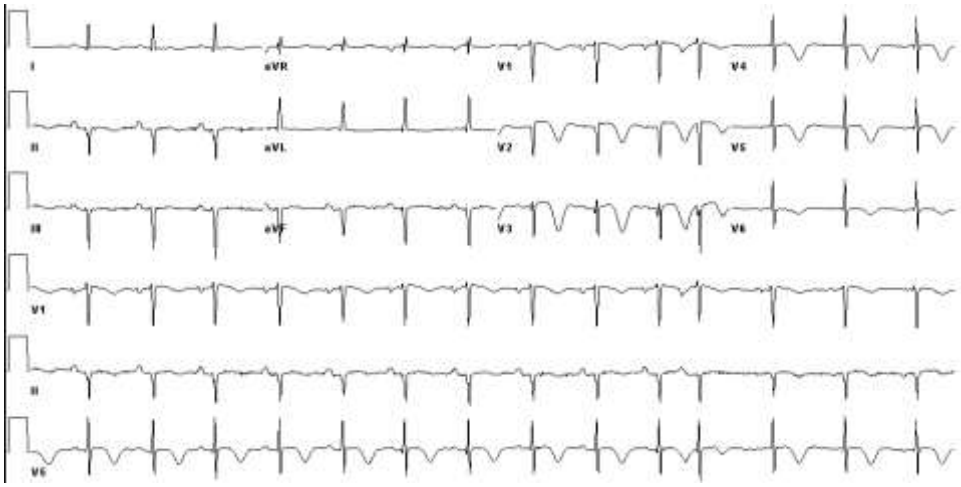


Рис 1. Электрокардиограмма больного К.

При Rg-логическом исследовании выявлены застойные явления в легких, расширенная тень сердца.

При эхокардиографии (Рис. 2) выявлена дилатация левого желудочка сердца (КДО 200 мл) и низкая фракция изгнания левого желудочка сердца (27,3%), его диффузный гипокинез.



Рис 2. Эзокардиограмма больного К. Апикальная четырехкамерная позиция, систола.

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: Hb – 95 г/л, Эритроциты - 4.34 х 1012 /л, лейкоциты – 7,6 х 109/л, СОЭ – 30 мм/час, тромбоциты – 284 х 109/л, лейкоцитарная формула – п/я – 4%, с/я – 70%, э-1%, б-2%, мон-8%, лим-15%

Биохимический анализ крови: АЛТ – 126 Ед/л, АСТ – 110 Ед/л, ГГТП – 150 Ед/л, билирубин общий – 20.6 мкмоль/л, креатинин – 98ммоль/л, КФК общая - 250 МЕ/л, КФК МВ – 53 МЕ/л, тропонин I – 4,3 нг/л.

Поскольку состояние молодого пациента расценено как тяжелое, принято решение о проведении биопсии миокарда (Рис 3). При биопсии выявлен воспалительный инфильтрат: 16 лейкоцитов/мм2 (5 моноцитов/мм2, CD3 позитивные Т-лимфоциты более 7 клеток/мм2).

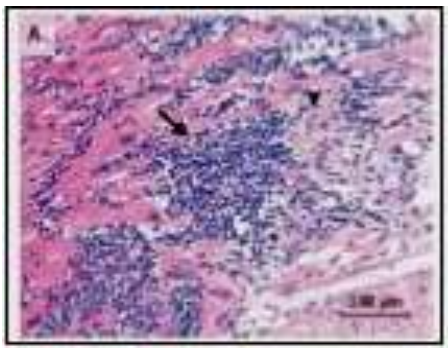


Рис. 3. Биоптат миокарда больного К. Стрелкой указана воспалительная инфильтрация миокарда и поврежденные кардиомиоциты. Окраска гематоксилин-эозином.

Задания:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
3. Что такое Далласские критерии, к какому заболеванию они относятся?
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 4.

Больной А., 35 лет, прошел срочную службу в Вооруженных силах России, далее в течение 15 лет работал бухгалтером в коммерческой организации в городе Москве. Отец пациента умер на Севере в возрасте 42 лет от сердечной недостаточности. Пациент в последние 8 лет неоднократно госпитализировался в кардиологические и терапевтические отделения города Москвы в связи с нарушениями сердечного ритма, отклонениями на электрокардиограмме, имеющими вид изменений конечной части желудочкового комплекса, инверсии зубца Т, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии. Указанные симптомы трактовались как следствие артериальной гипертензии, однако сам пациент эпизоды повышения артериального давления отрицает.

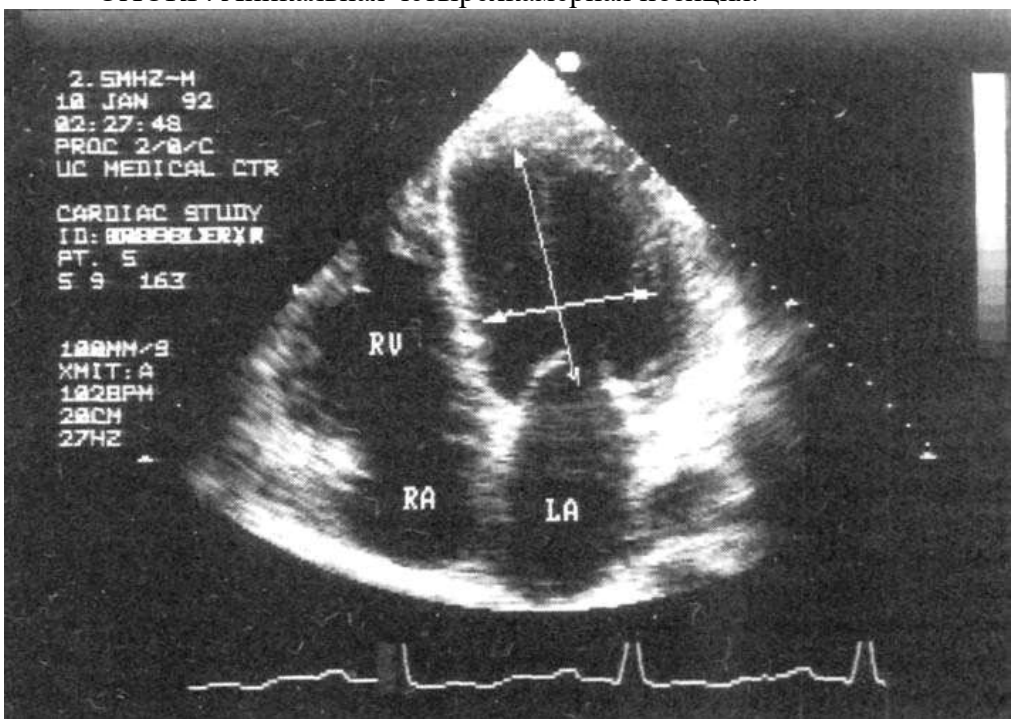
В 2011 г при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) отмечалось появление частой политопной желудочковой экстрасистолии, по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) : диффузная гипокинезия миокарда, фракция изгнания (ФВ) составила 53%. При проведении ЭХОКГ в 2013 г показатель ФВ 42 %. Проводимая терапия селективными β-блокаторами, ингибиторами АПФ клинически значимого эффекта не давала. С конца 2014 г стал отмечать нарастающую одышку, периферические отеки, перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. 17.05.15 в связи с нарастаниями явлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) и эпизодом потери сознания больной госпитализирован в кардиологическое отделение города Москвы, диагностирован пароксизм желудочковой тахиаритмии, купированный внутривенным введением кордарона, но клинического улучшения не последовало.

По данным ЭхоКГ, проведенной при данной госпитализации выявлена дилатация всех камер сердца, конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР) составил 5,9 см, относительная недостаточность митрального клапана 3–4 степени; трикуспидального клапана 4 степени, диффузный гипокинез левого желудочка, снижение ФВ до 36%, повышение систолического давления в легочной артерии до 70 мм рт.ст, дилатация ствола и ветвей легочной артерии, нижней полой вены, печеночных вен, жидкость в полости

перикарда до 250 мл.

По данным ХМЭКГ, на фоне синусового ритма отмечались пробежки желудочковой и наджелудочковой тахикардии, частая наджелудочковоя и желудочковоя экстрасистолия, эпизоды аллоритмии.

ЭХОКГ. Апикальная четырехкамерная позиция.



Задания:

1. Выделите ведущие клинические синдромы пациента и оцените степень тяжести ее состояния.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 5.

Больной Н., 73 лет, поступил в хирургическое отделение стационара с клиникой желчекаменной болезни, механической желтухи. В экстренном порядке произведена холецистэктомия. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Однако на третий день после операции состояние больного резко ухудшилось: появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, чувство нехватки воздуха, одышка, озноб, выраженная слабость. Температура тела повысилась до 39,2^{o}C.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца, хронический обструктивный бронхит. Вредные привычки: курит с 20 лет.

Состояние при осмотре тяжелое, t-39^{o}C. Больной заторможен, дезориентирован. Кожные покровы бледные с пепельным оттенком, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое, дыхание поверхностное. При пальпации грудной клетки болевых точек нет. Справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука, а при аускультации

над этой зоной выслушивается ослабленное дыхание и звонкие мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД до 32 в минуту. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 112 в минуту. АД - 100/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области операционного шва. Заживление операционной раны первичным натяжением, инфильтратов и гиперемии нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, размеры по Курлову 12*10*7 см. Периферических отеков нет.

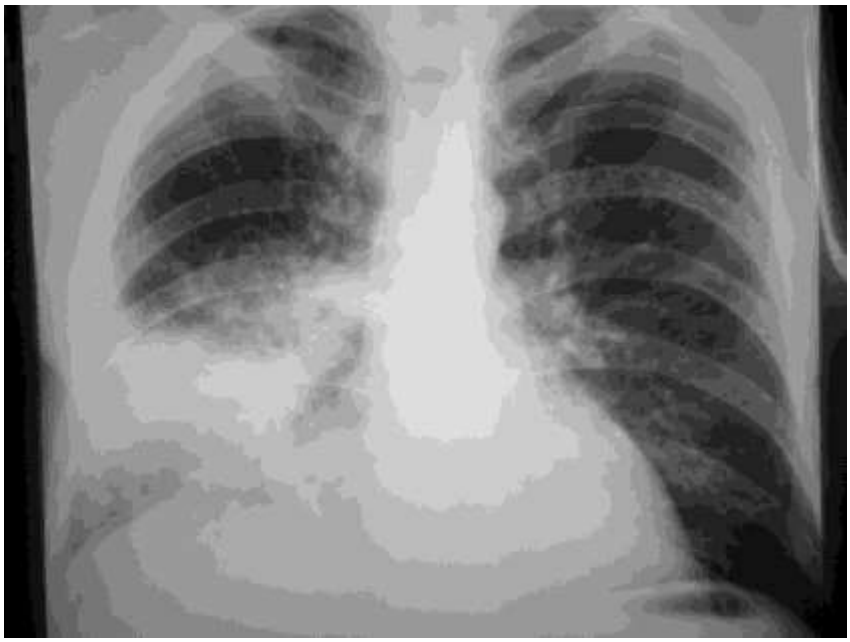
Клинический анализ крови: гемоглобин-120г/л. эритроциты-4,7х10^{12}/л, лейкоциты - 15,2х10^{9}/л., п/я-18%, с/я -58%, э.-2%, м.- 2%,л-20%. Токсическая зернистость нейтрофилов. СОЭ-42 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л (норма 2-3,5 г/л), холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 15 мг/л (норма 0-5,0 мг/л).

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - слизисто-гнойный; лейкоциты 40 - 60 клеток в поле зрения; эритроциты - 20 - 30 в поле зрения. Эпителиальные клетки > 10/100 в поле зрения.

Рентгенография грудной клетки: левое легочное поле повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок деформирован. Левый корень структурен. Корень правого легкого расширен, уплотнен. В нижней доле правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка определяются множественные очаги воспалительной инфильтрации с тенденцией к слиянию. Междолевая плевра утолщена.

Рентгенография легких в прямой проекции



Задания:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 6.

Больной В., 58 лет. Жалобы: на кашель с отхождением небольшого количества вязкой зеленой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья, проходящие после приема Теопека, повышение температуры тела до

субфебрильных цифр с увеличением количества мокроты.

Пациент в прошлом автослесарь. В анамнезе у больного частые ОРВИ. Стаж курения 40 лет до 30 сигарет в сутки. Считает себя больным в течение многих лет. Кашель беспокоит в течение 15 лет; вне обострений заболевания кашель постоянный, с отхождением вязкой желтой мокроты. Около 5 лет назад появилась и стала нарастать одышка. Последний год одышка беспокоит при незначительной физической нагрузке. Наблюдается в поликлинике по поводу хронического бронхита, неоднократные госпитализации в связи с обострениями бронхолегочного процесса. Аллергические реакции на пищу, лекарственные препараты, шерсть животных, бытовую химию отрицает. Туберкулез отрицает. Настоящее ухудшение в течение 2 недель, после перенесенного ОРВИ.

Объективно: Состояние средней тяжести. В постели находится с приподнятым головным концом. Пониженного питания. Кожа сухая, пепельно-бледная. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пастозность голеней. Грудная клетка бочкообразная. В легких дыхание диффузно ослаблено, проводится во все отделы, множественные сухие свистящие хрипы. Перкуторно: над всей поверхностью коробочный звук. ЧД – 30 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 в минуту. АД 140 и 90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Незначительно диффузно снижена сила мышц. Очаговой и менингиальной симптоматики нет. Физиологические отправления в норме.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин 170 г/л; эритроциты $6x10^{12}$/л; гематокрит 48%; средний объем эритроцита 100 фл; тромбоциты $300x10^{9}$ /л; лейкоциты $10x10^{9}$/л; палочкоядерные 7%; сегментоядерные 78%; лимфоциты 20%; эозинофилы 0%; базофилы 1%; моноциты 2%; СОЭ 20 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Показатели биохимического анализа крови: СРБ – 24 мг/л.

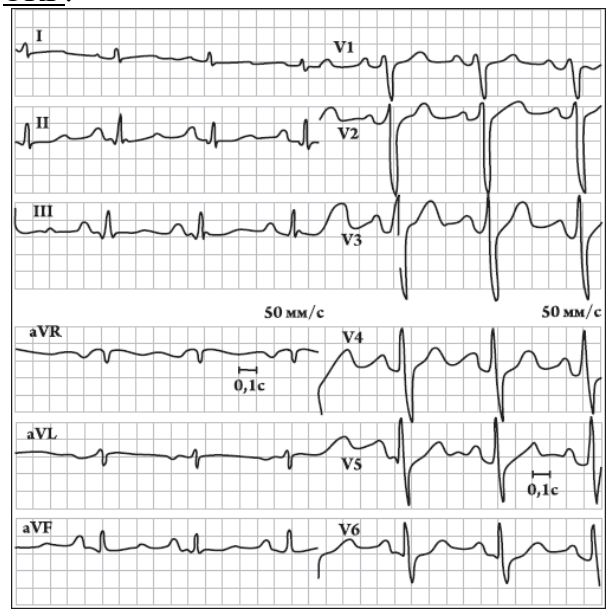
Пульсоксиметрия: SpO_2 – 88%.

Цитологическое исследование мокроты: нейтрофильные лейкоциты 70%, альвеолярные макрофаги 45%.

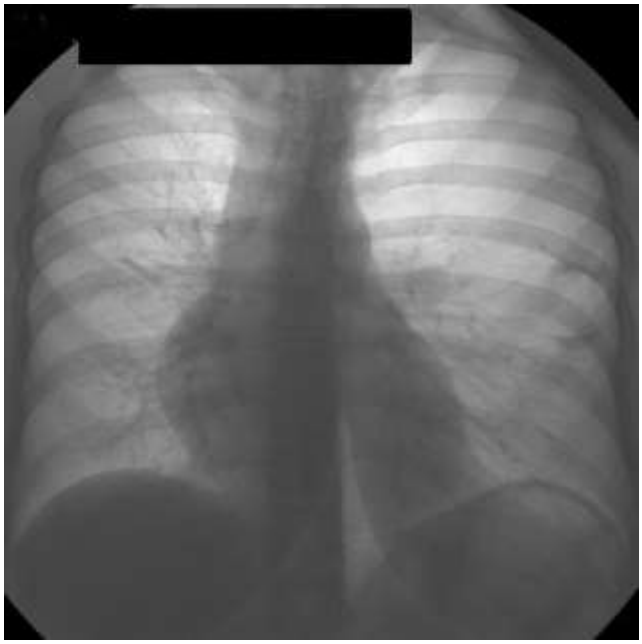
Показатели спирометрии и бодиплетизмографии (в % от должных величин): ЖЕЛ – 80%, ФЖЕЛ – 78%, $ОФВ_1$ - 63%, $ОФВ_1$/ФЖЕЛ – 58%, ПСВ – 48%, ОЕЛ – 112%, ООЛ – 205%, ФОЕ – 142%.

Бронходилатационный тест (проведен по стандартной методике): Прирост $ОФВ_1$ – 7% и 60 мл.

ЭКГ:



Рентгенография грудной клетки:



Задания:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Интерпретируйте данные лабораторных исследований, ФВД, ЭКГ и рентгенографии.
3. С учетом анамнеза, данных осмотра и обследования сформулируйте развернутый клинический диагноз.
4. Какие еще исследования необходимо провести пациенту с данной патологией для уточнения степени тяжести, объема лечения и прогноза?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Каковы основные принципы лечения пациентов с данной патологией?
7. Каковы методы реабилитации и профилактики?

Задача 7.

Больной Д., 30 лет, программист, поступил в стационар с жалобами на приступы удушья, заложенность в грудной клетке, невозможность откашляться, общую слабость, лихорадку до 38,5 С.

Из анамнеза известно, что в детстве болел нейродермитом, после употребления в пищу цитрусовых и орехов развивалась крапивница. Первые приступы удушья возникли после ОРВИ; обострения болезни сначала протекали нетяжело, возникали 1 раз в 2-3 года, купировались эфедрином или теофедрином в сочетании с супрастином или тавегилом. В 25 лет больной перенес двустороннюю пневмонию, в последующем частота и тяжесть приступов удушья увеличились. Неоднократно были госпитализации в связи с приступом удушья, с которым пациент не мог справиться самостоятельно. Последний год получал в ингаляционной форме фенотерол в дозе 200 мкг 3-4 раза в сутки, беклометазон 500 мкг 2 раза в сутки. Около полугода назад после очередного приступа пациенту был назначен внутрь преднизолон 10 мг в сутки, который он не принимал последние 3 месяца. За 5 дней до госпитализации после переохлаждения появились насморк, сухой кашель, заложенность в груди, повысилась температура тела до 37,5 С. Самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, мукалтин. Продолжал работать. Через два дня пациент отметил чувство нехватки воздуха, снизилась переносимость физической нагрузки, появилась одышка с затрудненным выдохом, что привело к увеличению потребности в ингаляции беротека до 9-10 раз в сутки. Развился приступ удушья, в связи с чем вызвал бригаду

СМП, которая ввела пациенту 240 мг эуфиллина и 120 мг преднизолона в/в струйно, начата инфузия увлажненного кислорода, вследствие чего самочувствие пациента улучшилось незначительно и он был госпитализирован.

При осмотре состояние пациента тяжелое. Вял, адинамичен, говорит с трудом. Положение в постели вынужденное - сидит, с опорой на руки. Слышны дистанционные свистящие хрипы, усиливающиеся при разговоре и физических усилиях. Носовое дыхание затруднено. Телосложение гиперстеническое, рост 170 см, масса тела 100 кг. «Стрии» на передней брюшной стенке и бедрах. Диффузный цианоз кожных покровов, обильное потоотделение. Отеков нет. Грудная клетка расширена, бочкообразной формы. Над легкими коробочный перкуторный звук. При аускультации легких дыхание ослабленное, свистящие рассеянные хрипы, в нижне-боковых отделах дыхание не проводится. ЧД 32-34 в минуту. Сатурация кислорода по данным пульс-оксиметрии 90 %. Границы относительной сердечной тупости не определяются из-за выраженного коробочного перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. АД 90/50 мм рт.ст. ЧСС 55 в минуту. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, пальпация их безболезненная.

Клинический анализ крови: гемоглобин 160 г/л; эритроциты 5,8 х10^{12}/л; цветовой показатель 0,91; гематокрит 50 %; лейкоциты 10,5 х10^{9}/л; базофилы 1%; эозинофилы 8%; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 57%; лимфоциты 22%; моноциты 7%; СОЭ 8 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах.

ЭКГ: синусовая брадикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, «P – pulmonale».

Задания:

1. Выделите основные синдромы и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите посиндромный дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Определите тактику ведения пациента на данном этапе и после купирования острого состояния.

Задача 8.

Пациент А. 27 лет обратился с жалобами на выраженную общую слабость, кашель с отделением большого количества гнойной мокроты с неприятным запахом, повышение температуры тела до 37,5С.

Из анамнеза известно, что в детстве пациент переносил частые бронхопневмонии.

Ухудшение состояния в течение 5 лет, когда отметил появление постоянного кашля с отхождением гнойной мокроты с неприятным запахом, преимущественно в утренние часы, постоянное повышение температуры тела до 37,2^{0} С, общую слабость, снижение работоспособности, сонливость. За последний год похудел на 10 кг.

Кроме того, около трех раз в год отмечает усугубление кашля, увеличение отхождения мокроты, периодически появление в мокроте прожилок крови, повышение температуры тела до 38^{0} С.

Объективно: питание пониженное, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». Кожный покров и видимые слизистые бледные. В легких выслушивается большое количество крупно- и среднепузырчатых хрипов, которые исчезают после откашливания. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме. Периферических отеков нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 49 г/л, креатинин 186 мкмоль/л, мочевина 15,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: эритроциты -, лейкоциты -, белок 4,6 г/л. Относительная плотность 1038.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина 94 г/л, цветовой показатель 0,86 ед. количество лейкоцитов 13,6*10^9/л, гранулоциты 78%, лимфоциты 22%, СОЭ 45 мм/час.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Обоснуйте тактику ведения больного.

Задача 9.

Пациент 67 лет, в прошлом инженер-механик, обратился с жалобами на длительно продолжающуюся одышку и сухой кашель, усиливающиеся при небольшой физической нагрузке, учащенное сердцебиение, слабость, утомляемость, плохой сон. Периодически к вечеру повышается температура тела до 37,8-38,0^{o} С. Болен в течение последних 4 месяцев, когда после перенесенной ОРВИ сохранился кашель и одышка, которые со временем беспокоили все тяжелее, похудел на 6 кг. Из-за прогрессирования симптомов болезни вынужден был оставить работу, бросил курение табака (стаж курения 34 пачко-лет). До 65 лет простудными заболеваниями болел редко. Последние 2 года ОРВИ и простудные заболевания дыхательных путей стали беспокоить 2-3 раза в год. Амбулаторно проходил курсы лечения обострения хронического бронхита. В связи с потерей трудоспособности прошел амбулаторное обследование — рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки высокого разрешения, спирометрию, ЭКГ, эхокардиограмму, лабораторные исследования крови. Был консультирован в тубдиспансере фтизиатром, данных за наличие туберкулеза органов дыхания не получено [ВК (-), диаскин-тест отрицательный]. За 4 месяца получил несколько курсов эмпирической антимикробной терапии (цефтриаксон в/м, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, ципрофлоксацин). Однако, улучшения не наступило и с диагнозом «полисегментарная двусторонняя интерстициальная пневмония затяжного разрешения» госпитализирован.

При осмотре состояние средней тяжести. Астенизирован, пониженного питания. Обращает внимание выраженный диффузный цианоз кожных покровов, акроцианоз, пастозность голеней и стоп, рельефность вен шеи, ногти в виде часовых стекол. В покое SpO_2 = 87%; ЧСС = 109 уд/мин; ЧДД = 26 в 1 мин. После небольшой нагрузки (прошел по коридору около 15 м) SpO_2 = 73%; ЧСС = 128 уд/мин; ЧДД = 37 в 1 мин. В положении лежа с низким изголовьем отмечает дискомфорт. Одышка носит выраженный инспираторный характер, отмечается втянутость межреберных промежутков на высоте вдоха. При разговоре пациент постоянно подкашливает, не может целиком произнести речевую фразу, а нередко слова делит по слогам. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательных мышц. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии над легкими укороченный легочный звук с обеих сторон, более выражен в нижне-задних отделах. Аускультативно — дыхание с жестким оттенком повсеместно, с обеих сторон, в боковых отделах с обеих сторон выслушиваются участки непостоянного шума трения плевры. На фоне измененного дыхания выслушиваются зоны ослабления дыхания ниже углов лопаток, а также крепитации на высоте вдоха, напоминающие треск целлофана. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент и расщепление 2 тона над легочной артерией, тахикардия, нечастые экстрасистолы до 5-7 в 1 мин. АД 135/85 мм рт.ст. Живот активно участвует в акте дыхания, не вздут. Пальпация живота безболезненна во всех отделах. Пальпируется увеличенная плотная безболезненная печень, выходящая из-под карая реберной дуги на 3 см., селезенка не увеличена.

Спирометрия: ЖЕЛ = 44% должн., $ОФВ_1$ = 85% должн., Инд.Тиффно = 51,3%. Газы

артериальной крови: Ра O_2 = 53 мм.рт.ст., Ра CO_2 = 49 мм рт.ст. ЭКГ — синусовая тахикардия, отклонение эл.оси сердца вправо, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, перегрузка правого предсердия по типу «P-pulmonale», Rg ОГК — легочные поля пониженной прозрачности по типу «матового стекла», с очагами полисегментарной инфильтрации преимущественно в нижних долях, бронхососудистый рисунок и паренхима легких напоминает строение по типу «сотового легкого». Имеются участки дистелектазов паренхимы легких по типу «линий Керли», а также выраженные фиброзные плевральные наложения и сращения плевральных листков. Определяется изменение правой границы сердца за счет расширения тени правого желудочка и выбухание conus pulmonalis. (см. рисунки).

Рентгенограмма органов грудной клетки



Задания:

1. Выделить ведущие синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо сделать?
4. Какие цитоморфологические маркеры обоснуют диагностическую концепцию?
5. Какое лечение необходимо назначить пациенту?

Задача 10.

Больной В., 54 лет, жалуется на общую слабость, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 250 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 3 км) стали беспокоить около 5 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол 40 мг с хорошим эффектом. Боли за грудиной стали возникать 3-5 раз в день при значительно меньших нагрузках, чем ранее.

Госпитализирован после очередного болевого эпизода, сопровождавшегося развитием общей слабости.

Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать умерла от рака желудка в возрасте 72 лет. Вредные привычки: курит 10 сигарет в сутки на протяжении 28 лет.

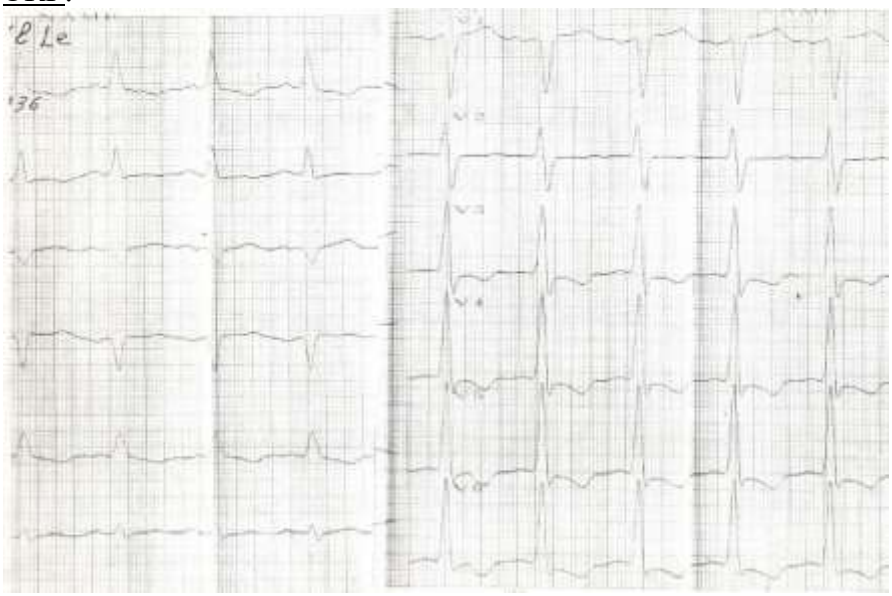
При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким

оттенком, хрипов нет. Границы сердца: левая — по левой среднеключичной линии, правая— по правому краю грудины, верхняя — по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС — 76 уд/мин. АД — 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

В анализе крови: гемоглобин — 139 г/л, эритроциты — 4,2 $x10^{12}$/л, лейкоциты — 7,5 $x10^{9}$/л, тромбоциты — 243$x10^{9}$/л, СОЭ — 11 мм/ч, общий белок — 69 г/л, альбумин — 46%, креатинин — 102 мкмоль/л, мочевина — 6,8 ммоль/л, общий билирубин — 18 мкмоль/л, триглицериды -169 мг/дл, общий холестерин — 328 мг/дл, ЛПНП — 197 мг/дл, глюкоза — 4,8 мг%.

В анализе мочи: pH 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0–1 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.

ЭКГ:



Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 62–119 уд./мин (средняя 68 уд в мин), ЧСС ночью 45–68 уд в мин (средняя 53 уд в мин). Желудочковая экстрасистолия — всего 130, в том числе 3 эпизода по типу тригеминии; наджелудочковая экстрасистолия — всего 340. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях в дневнике пациента.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

Задача 11.

Больной Н., 46 лет, поступил с жалобами на впервые возникшую интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область. Боль возникла при психоэмоциональном напряжении и продолжалась около часа, в связи с чем вызвал бригаду медицинской скорой помощи. Болевой синдром купировался самостоятельно, но больной был доставлен в стационар через 1,5 часа от начала болевого синдрома после снятия ЭКГ.

В анамнезе редко простудные заболевания, аппендэктомия 12 лет назад. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать страдает

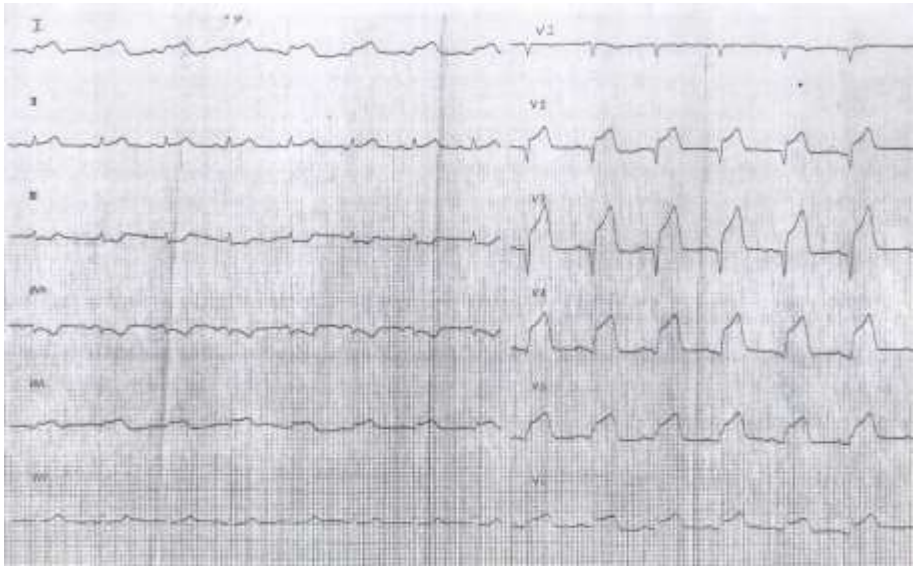
артериальной гипертензией. Отец перенес инфаркт миокарда в 40 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 18 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 84 уд/мин. АД 142/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

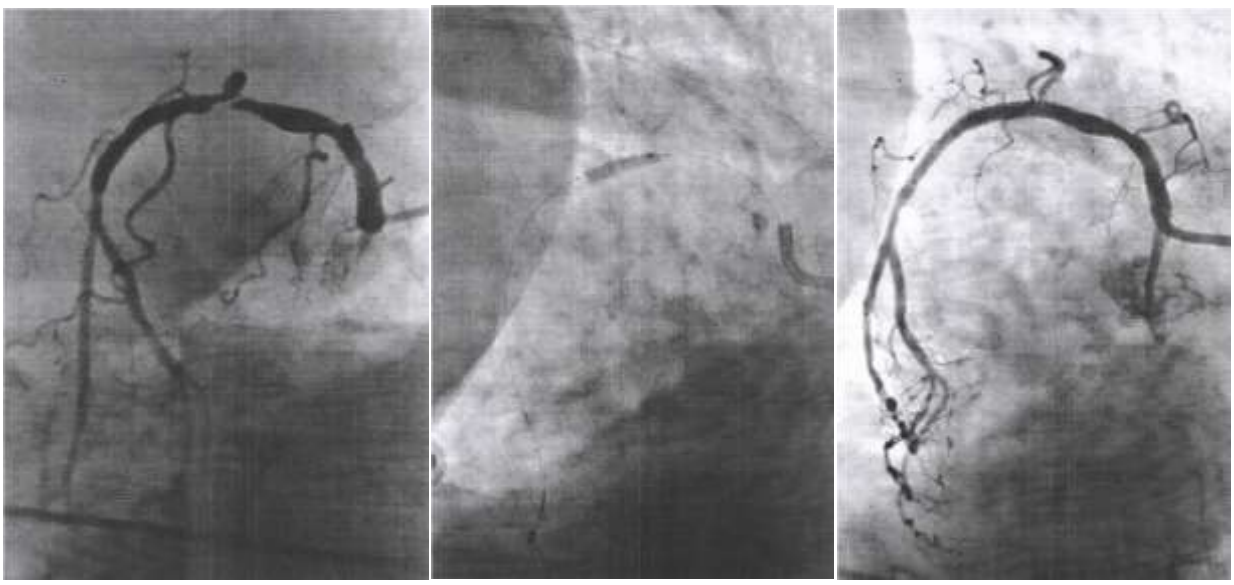
Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $4,1x10^{12}$ /л, лейкоциты $10,2x10^{9}$/л, тромбоциты $310x10^{9}$/л, СОЭ 8 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 86 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, АСТ 33 Ед/л, АЛТ 23 Ед/л, КФК 190 Ед/л, КФК-МВ 18 Ед/л, тропонин Т – отр.

ЭКГ:



Больному выполнена КАГ:



Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?

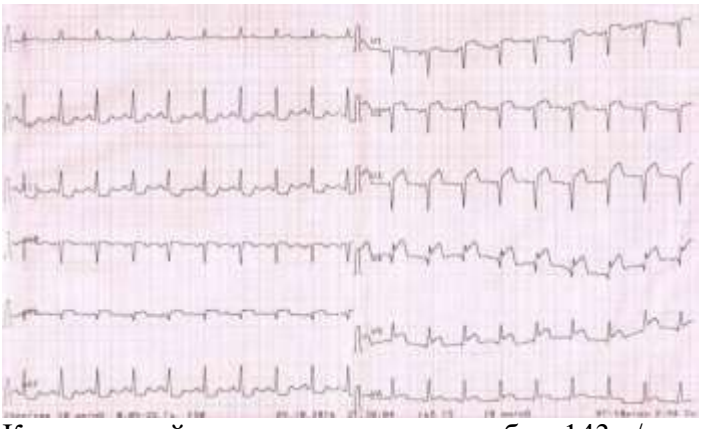
4. Какие варианты лечения можно провести больному.

Задача 12.

Больной А., 55 лет, доставлен бригадой «Скорой медицинской помощи» в больницу с жалобами на интенсивные сжимающие боли в груди, резкую слабость, выраженную потливость. Боли появились за три часа до поступления, впервые в жизни. Врач «Скорой помощи» выявил низкое АД 90/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Было налажено капельное введение допамина 2,5 мкг/кг/мин, за время транспортировки пациента доза доведена до 5,0 мкг/кг/мин, введен морфин и гепарин.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная диффузная бледность кожных покровов в сочетании с цианозом, конечности холодные, бледные с мраморным оттенком. Выраженная потливость – лицо покрыто каплями пота, одежда промокла от пота насквозь. ЧД 24 в минуту, мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы выслушиваются в нижних отделах легких, сохраняются после откашливания. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в минуту. АД на фоне инфузии допамина 70/55 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, при пальпации безболезненный. При попытке получить анализ мочи с помощью установленного в мочевой пузырь катетера, мочи не получено, в дальнейшем анурия оставалась.

ЭКГ:



Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4{,}7 \times 10^{12}$/л; гематокрит

– 43%; цветовой показатель – 0,91; лейкоциты 14,5х10^9/л; СОЭ - 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 67 г/л; мочевина 16,0 ммоль/л; креатинин 156 мкмоль/л; АСТ 41 ед/л; АЛТ 37 ед/л; КФК общ. 200 ед/л; КФК МБ 32 ед/л; тропонин Т 136 нг/л; калий 3,9 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; хлориды 105 ммоль/л; глюкоза сыворотки 7,3 ммоль/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 13.

Больной П., 53 лет, поступил с жалобами на слабость. В течение последних 2 месяцев стал отмечать появление интенсивных давящих болей за грудиной при большой физической нагрузке, прекращающихся в покое. К врачу не обращался. Сегодня ночью проснулся от средней интенсивности давящей боли за грудиной, которая сопровождалась слабостью, чувством нехватки воздуха и прошла самостоятельно через 20 мин. Спустя 1 час вновь появление подобного болевого синдрома и больной был госпитализирован БСМП после снятия ЭКГ и купирования болей.

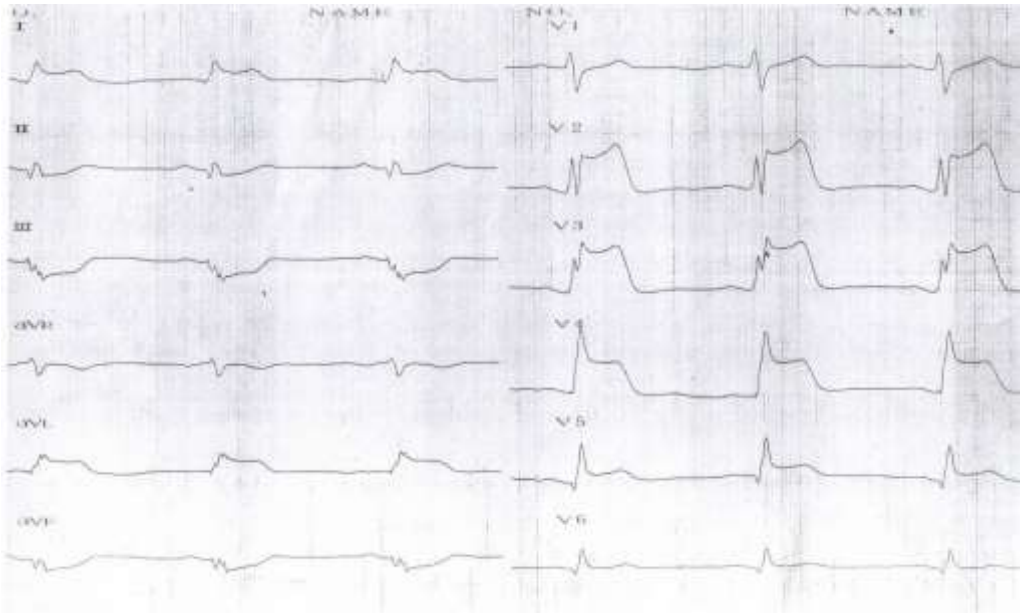
В анамнезе в течение 4 лет повышение АД до 164/90 мм рт.ст. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сутки. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.

При осмотре: Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 16 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 74 уд/мин. АД 122/78 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

Клинический анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты 4,4х10^{12}/л, лейкоциты 8,2х10^9/л, тромбоциты 260х10^9/л, СОЭ 5 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 80 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 5,9 ммоль/л, АСТ 23 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л, КФК 110 Ед/л, КФК-МВ 8 Ед/л, тропонин Т – отр.

ЭКГ, снятая бригадой СМП:



ЭКГ в стационаре без патологии.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?

4. Составьте план лечения больного.

Задача 14.

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 39,2^{o}С, озноб, потливость, сердцебиение, боли в суставах и мышцах.

Заболевание началось 10 дней назад с высокой температуры, озноба и головной боли, без катаральных явлений. Проходил лечение в поликлинике по месту жительства по поводу «гриппа», однако в связи с отсутствием эффекта в лечении и сохраняющейся симптоматикой был направлен на госпитализацию с направительным диагнозом «лихорадка неясного генеза».

Из анамнеза известно, что в течение трех лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу чего принимает метформин в дозе 1000 мг в сутки. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. В течение последнего месяца – протезирование зубов.

При осмотре: Состояние тяжелое. Температура тела 39,5^{0}С. Отмечается ритмичное покачивание головой. Кожные покровы влажные, бледные, с желтушным оттенком. Петехиальная сыпь на груди и предплечьях. Пульсация сосудов шеи. Пульсация зрачков.

В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов в нижних отделах. ЧД 26 в минуту. При пальпации сердца – верхушечный толчок разлитой, усилен, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево. Аускультация сердца – ритм правильный; I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте отсутствует, выслушивается мягкий дующий протодиастолический шум над всеми точками аускультации сердца, с эпицентром во II межреберье справа от грудины. АД 140/40 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки, селезенка мягкая, умеренно болезненная. Пастозность голеней.

На ЭКГ без патологических изменений.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты 3,32х10^{12}/л; тромбоциты 262х10^{9}/л; лейкоциты 14,8х10^{9}/л; палочкоядерные 3%; сегментоядерные 87%; лимфоциты 7%; моноциты 3%; эозинофилы 0%; СОЭ 64 мм/час.

Общий анализ мочи: темно-желтая, прозрачность полная, относительная плотность 1028, реакция кислая, белок 0,1 ммоль/л, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, эритроциты 6-8 в поле зрения, лейкоциты до 5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле/зрения.

Биохимический анализ крови: белок общий 68 г/л; альбумин 48%; γ- глобулины 32%; мочевина 9,1 ммоль/л; креатинин 132 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 64 ед/л; билирубин общий 31,4 мкмоль/л; билирубин прямой 7,2 мкмоль/л; ЩФ 164 ед/л; железо 9,8 мкмоль/л; калий 5,2 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л; Среактивный белок положительный.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.

2. Проведите дифференциальный диагноз, предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для установления диагноза?

4. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Задача 15.

Больной К., 63 лет, обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 38,5^{o}С, озноб и слабость. В анамнезе: год назад у пациента был выявлен стеноз аортального клапана, в связи с чем было выполнено его протезирование. В последующем чувствовал себя удовлетворительно, постоянно принимал варфарин. Заболел три недели назад, когда после перенесенной урологической процедуры появилась лихорадка до 39°С с сильным ознобом и ночной потливостью. Лечился самостоятельно амбулаторно, однако постепенно стал отмечать нарастание чувства нехватки воздуха. Обратился к врачу поликлиники в связи с отсутствием улучшения.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,9^{0}С. Кожные покровы влажные, бледные с желтушным оттенком. Периферических отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание проводится во все отделы, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах. ЧД 24 в минуту. Границы сердца расширены влево. Во II межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум. ЧСС 110 в минуту, АД 130/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты 3,6х10^{12}/л; тромбоциты 186х10^{9}/л; лейкоциты 13,8х10^{9}/л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 86%; лимфоциты 8%; моноциты 1%; СОЭ 73 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 66 г/л; альбумин 47%; мочевина 8,9 ммоль/л; креатинин 138 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 78 ед/л; билирубин общий 32 мкмоль/л; билирубин прямой 8,6 мкмоль/л; ЩФ 174 ед/л; калий 4,9 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,8 ммоль/л; С-реактивный белок 48 мг/л.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте необходимые исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 16.

Пациентка К., 24 года; обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и подвздошной области, повышение температуры тела до 38.5^{0} С, эпизодическое выделение свежей крови, слизи со стулом. Частота стула до 5-6 раз в сутки. Боли в животе значительно усиливаются перед дефекацией и несколько стихают после. Похудела за последние 2 месяца на 6 кг. Кроме того, пациентка отмечает болевые ощущения в левом глазу, иррадиирущие в левый висок, слезотечение. На коже тыльной поверхности голеней эксцентрически растущие язвы с приподнятым валиком, пурпурно-красными, подрытыми, гнойными краями и неровным дном, покрытым некротическими тканями. На одном краю язвы может отмечаться рубцевание, а на другом - экстенсивный рост, вызывающий разрушение тканей.

Подобная симптоматика в течение последнего месяца, дополнительно пациентка сообщает, что год тому назад отмечала боли в левой половине живота, и было два эпизода появления крови и слизи в незначительном количестве. Симптомы самостоятельно купировались.

Дополнительное изучение анамнеза позволило констатировать наличие рака прямой кишки у матери пациентки.

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: НВ-90г/л, Эр-2.34х10^{12} /л, Л-12.6х10^{9}/л, СОЭ – 45 мм/час, Тр-284х10^{9}/л, лейкоцитарная формула – п/я – 12%, с/я – 62%, э-1%, б-2%, мон-8%, лим-15%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 56Ед/л, АСТ – 38Ед/л, ГГТП – 46Ед/л, билирубин общий – 23.6мкмоль/л, прямой – 7.6мкмоль/л, непрямой – 16.0мкмоль/л,

глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевина – 6.8ммоль/л, креатинин – 98ммоль/л, холестерин – 4.8ммоль/л, общий белок – 58г/л, $К^+$ - 4.6ммоль/л, Na^+ - 140ммоль/л

Фиброколоноскопия: отмечается выраженная отечность и контактная кровоточивость слизистой толстого кишечника на протяжении от прямой кишки до поперечно-ободочной. Сосудистый рисунок практически отсутствует. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки язвенные дефекты диаметром от 0.6 до 1.3 см с наложением фибрина (смотри представленное фото)

Заключение окулиста: левосторонний иридоциклит

Заключение дерматолога: гангренозная пиодермия с преимущественным поражением области голеней.

ФОТО: фрагмент видеозаписи процедуры фиброколоноскопии (участок сигмовидной кишки).



Задания:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и каким информативным ресурсом они могут обладать?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 17.

Пациентка Р., 38 лет, предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 20 минут, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, одышку при обычной физической нагрузке, плохую переносимость физической нагрузки.

Около полугода назад перенесла «ОРВИ», которая протекала с катаральными явлениями, фарингитом, конъюнктивитом, лимфоаденопатией. Через месяц после этого появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем обратилась в поликлинику по месту жительства и была госпитализирована для обследования и лечения.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД 20 в мин. В легких аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Границы сердца перкуторно расширены в обе стороны. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС - 78 в мин.

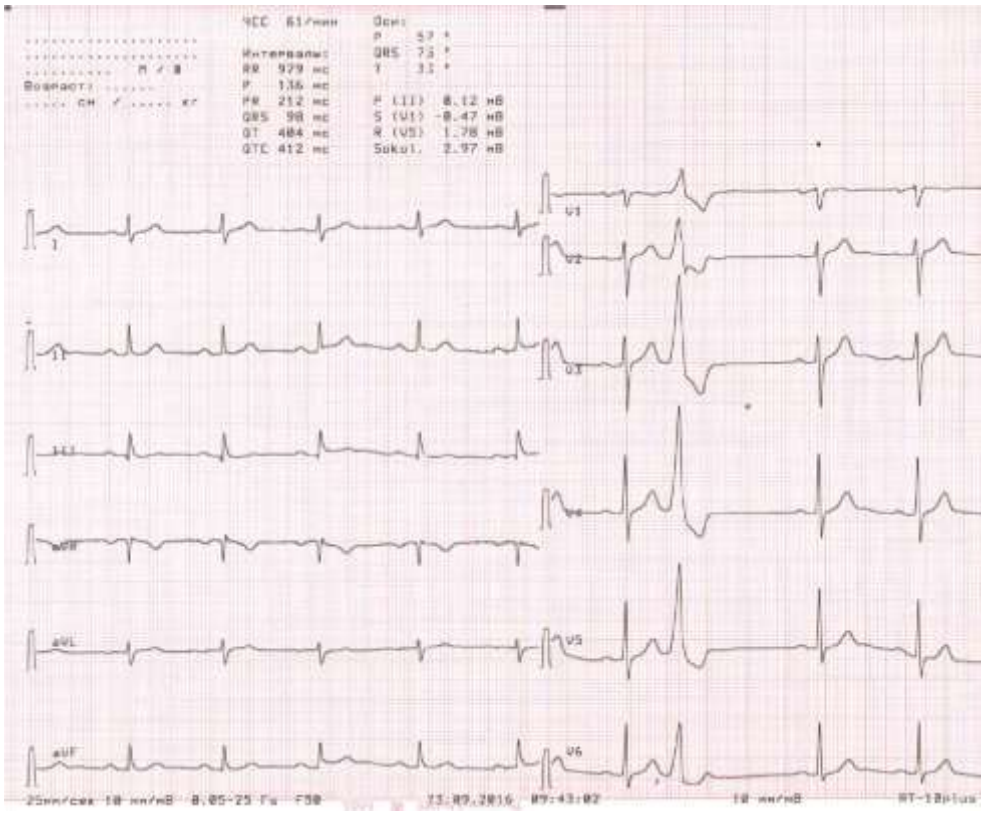
АД - 106/68 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $8,8x10^9$/л, эритроциты $3,8x101^2$/л, СОЭ 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок общий 72 г/л; альбумин 46%; мочевина 9,2 ммоль/л; креатинин 144 мкмоль/л; АСТ 48 ед/л; АЛТ 56 ед/л; калий 5,3 ммоль/л; натрий 144 ммоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л; С-реактивный белок положительный.

Мозговой натрий-уретический пептид - 52 нг/мл (норма до 30 пг/мл).

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца в обе стороны, кардиоторакальный индекс 0,58.

ЭХО-КГ: аорта не изменена, дилатация полости ЛЖ, увеличение КДР и КСР, ФВ - 42%, диффузное нарушение сократимости миокарда. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие методы исследования нужно провести для определения причины заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
5. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Задача 18.

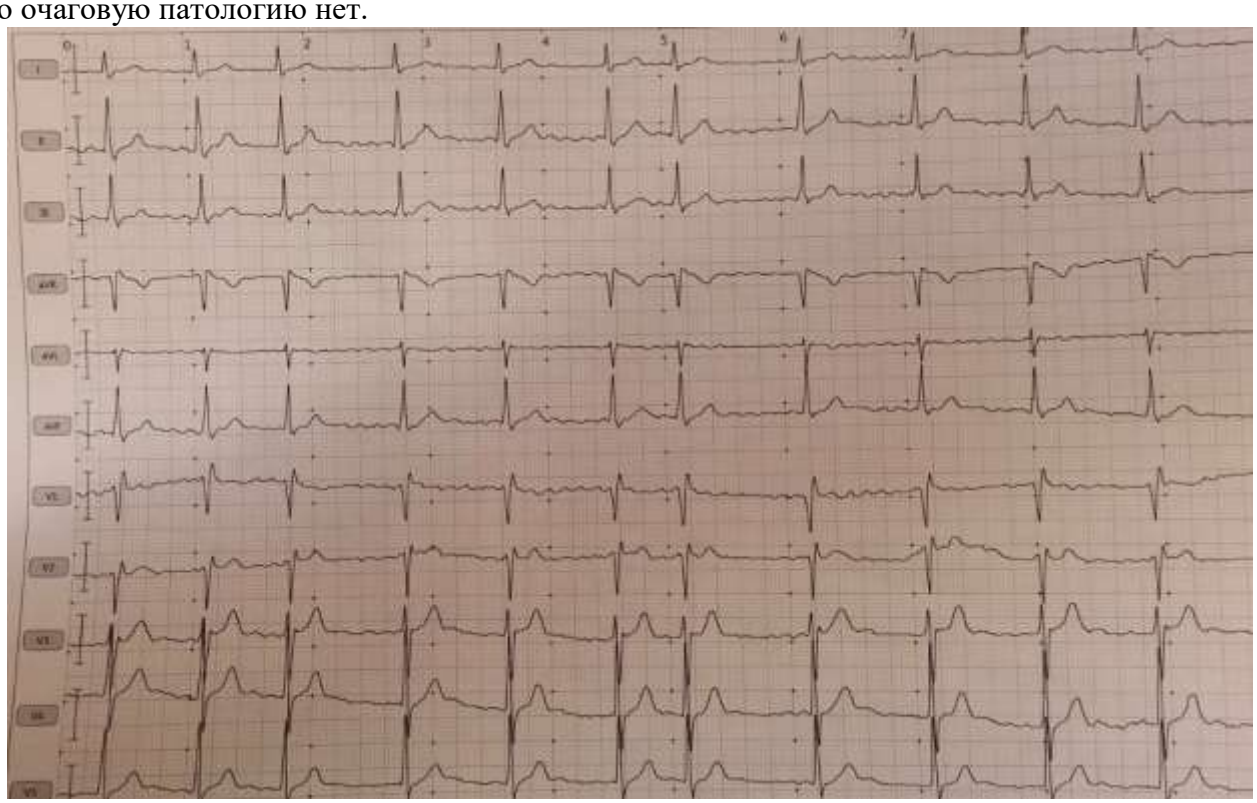
Больной В., 75 лет, госпитализирован в плановом порядке в ГКБ для подбора терапии и определения дальнейшей тактики действия.

Жалобы при поступлении: общая слабость, одышка при минимальной физической нагрузке, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, частые эпизоды головокружения в вечерние часы.

Из анамнеза известно, что около 5 лет назад диагностирована фибрилляция

предсердий, нормо-тахисистолия. Перенес инфаркт миокарда девять лет назад. Тогда же была выполнена коронарография со стентированием передней межжелудочковой ветви и огибающей артерии. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда появились вышеуказанные жалобы.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий, нормосистолия, убедительных данных за острую очаговую патологию нет.



Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧСС 70-90 в минуту, АД 160/90 мм рт ст. ЧД 22 в минуту. Аускультативно, дыхание ослаблено, в нижних отделах легких выслушиваются двусторонние влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца шумы не выслушиваются. Визуализируются отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме. При перкуссии живота: притупление в отлогих местах. Положительный феномен флюктуации.

Рентгенография органов грудной клетки: двусторонний гидроторакс.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: свободная жидкость в брюшной полости.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ЧСС минимальная 30 ударов в минуту, средняя 89 в минуту, максимальная 150 в минуту. Зафиксированы 245 эпизодов асистолии с максимальным RR 3,5 секунды в большей степени в вечерние и ночные часы. Трансторакальная эхокардиография: Расширение левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная и локальная сократительная функция снижена. ФВ 47%. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Лабораторный мониторинг: креатинин 150 мкмоль/л, К+ 4,0 ммоль/л, в остальном в пределах референсных значений.

Задания:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.

4. Каков риск развития тромбоэмболических осложнений у данного пациента по шкале CHA2DS2-VASc?

5. Каковы подходы к профилактике тромбоэмболических осложнений у данного пациента?

6. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и какие данные можно получить с их помощью?

7. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

8. Какие инвазивные методы лечения показаны данному больному?

Задача 19.

Больной П., 32 лет, предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 15 минут, потери сознания без предвестников при физической активности, перебои в работе сердца. Данные жалобы беспокоят около года, последний месяц симптомы появляются чаще. Отец умер в молодом возрасте от неизвестного заболевания сердца.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное, мускулатура хорошо развита. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. Аускультация легких без патологии. ЧД 15 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В III-IV межреберьях слева от грудины выслушивается громкий, отстоящий от первого тона, систолический шум, который проводится на верхушку и усиливается в вертикальном положении пациента. ЧСС 58 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л; мочевина 6,8 ммоль/л; креатинин 84 мкмоль/л; КФК общ. 72 ед/л; КФК МБ 11 ед/л; билирубин общий 18 мкмоль/л; калий 4,6 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 62 в мин. Отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка, небольшой зубец Q в отведениях III, aVF.

ЭХО-КГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, глобальная и локальная сократимость не нарушены. ТМЖП - 1,9 см. ТЗСЛЖ - 1,2 см.



.

Задания:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 20.

Больной С., 26 лет, поступил с жалобами на боли в области сердца, повышение температуры тела до 38,4°С, тошноту, рвоту, икоту.

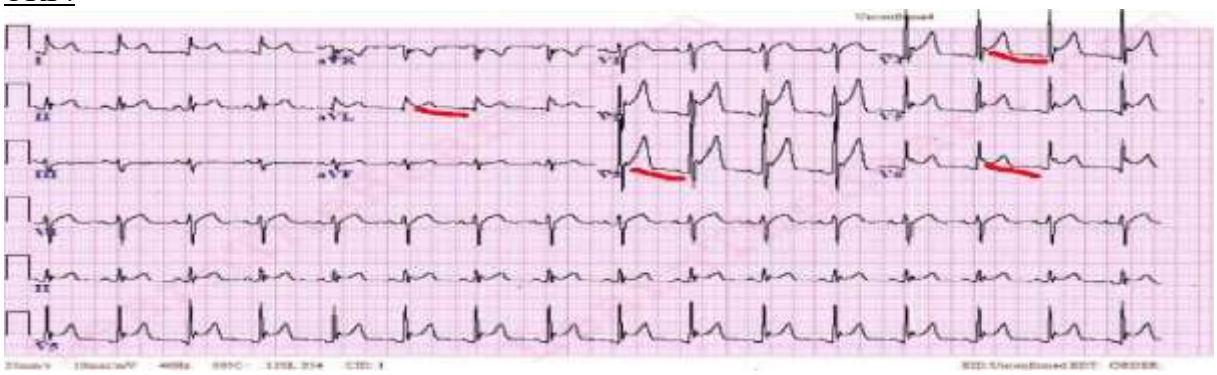
Считает себя больным в течение нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При опросе больного удалось выяснить, что боли в области сердца - с локализацией за грудиной и иррадиацией в обе руки, область трапециевидных мышц, эпигастральную область; носят тупой характер, частично купируются приемом анальгетиков, без эффекта от нитроглицерина; продолжительностью до нескольких часов. Боль усиливается в положении лёжа на спине, при глубоком вдохе, кашле и глотании; уменьшается в положении сидя и при поверхностном дыхании.

Анамнез: работает на стройке каменщиком.

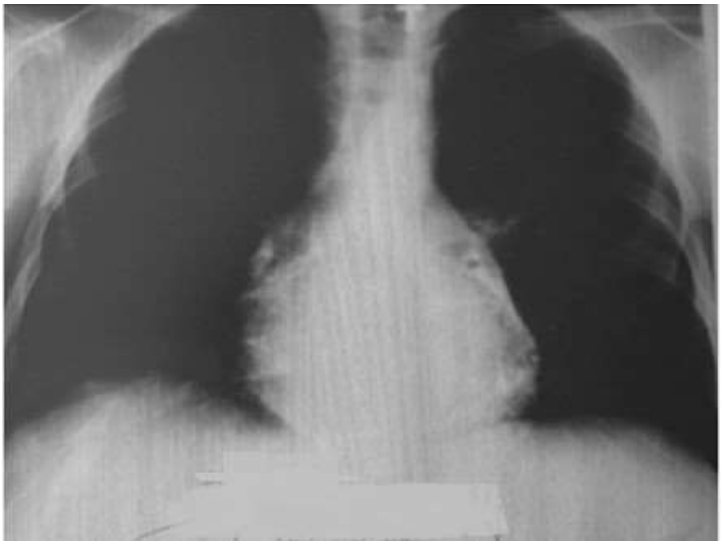
Объективно: Состояние средней тяжести. Положение больного вынужденное сидя. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание поверхностное. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-92 уд/мин. При аускультации сердца в зоне абсолютной тупости выслушивается грубый скребущий шум убывающего характера, не проводящийся в другие точки аускультации, усиливающийся при надавливании стетоскопом. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $3,6x10^9$/л; СОЭ 60 мм/час.

ЭКГ:



Рентгенограмма грудной клетки:



Компьютерная томография:



Задания:
1. Основные синдромы.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения больного.