федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КАРДИОЛОГИЯ**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.39 Лечебная физкультура и спортивная медицина***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

 высшего образования- программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности*31.08.36 Кардиология*, утвержденной

 ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к применению методов лечебной физкультуры пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Темы рефератов

1. Немедикаментозные методы профилактики и лечения дислипидемий
2. Реабилитация больных ИБС.
3. Рефрактерная и злокачественная АГ
4. Артериальная гипотония
5. Опухоли сердца
6. СССУ
7. Реабилитация больных с ХСН

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

 **Модуль *1* Кардиология**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема № 1:** **Диагностика и лечение стенокардии.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация преходящей ишемии миокарда
2. Особенности преходящей ишемии миокарда при стабильной стенокардии
3. Особенности преходящей ишемии миокарда при вазоспастической
4. Особенности преходящей ишемии миокарда при безболевой ишемии

Особенности преходящей ишемии миокарда при кардиальном синдроме

1. Цели лечения стабильной стенокардии
2. Фармакологическое лечение стабильной стенокардии
3. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз больных стенокардией
4. Медикаментозная терапия для купирования симптомов
5. Критерии эффективности лечения
6. Реваскуляризация миокарда
7. Основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии
8. Современные немедикаментозные технологии лечения стабильной стенокардии
9. Аортокоронарное шунтирование
10. Чрескожные вмешательства на коронарных артериях
11. Оздоровление образа жизни и реабилитация больных стабильной стенокардией

**Тестовые задания**

1. **В основе вариантной стенокардии лежит**
2. повышение вязкости крови
3. атеротромбоз коронарных артерий
4. спазм коронарных артерий
5. увеличение потребности миокарда в кислороде
6. **Нетипичным признаком Кардиального Х-синдрома ЯВЛЯЕТСЯ**
7. положительный нагрузочный ЭКГ-тест
8. отсутствие значимого поражения коронарных артерий по данным коронароангиографии
9. наличие классических приступов стенокардии напряжения
10. преобладание синдрома у мужчин старшей возрастной группы
11. **Характерным признаком вазоспастической стенокардии является \_\_\_\_\_\_\_ во время болевого приступа**
12. элевация ST
13. появление патологического зубца Q
14. появление отрицательного зубца Т
15. депрессия ST
16. **Прогноз заболевания у больных ИБС является самым неблагоприятным при стенозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коронарной артерии**
17. огибающей
18. ствола левой
19. передней нисходящей
20. правой
21. **К патогномоничным симптомам для стенокардии относят**
22. желудочковую и наджелудочковую экстрасистолию после физической нагрузки
23. элевацию сегмента S-T менее 1 мм на ЭКГ во время болевого приступа, одышку
24. колющую боль в левой половине грудной клетки без существенных изменений ЭКГ
25. +агрудинную боль при нагрузке и депрессию сегмента S-T более 2 мм на ЭКГ
26. **Препаратом выбора при лечении вариантной стенокардии является**
27. метопрололасукцинат
28. ивабрадин
29. амиодарон
30. амлодипин
31. **Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается**
32. инверсия зубца Т на 2 ступени нагрузочной пробы
33. снижение точки «j» более, чем на 2 мм на электрокардиограмме
34. депрессия сегмента S-T на 2 мм и более
35. элевация на электрокардиограмме сегмента S-T на 0,5 мм
36. **При диагностике ишемической болезни сердца положительным результатом нагрузочного теста является**
37. устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
38. появление инверсии зубца Т
39. появление полной блокады левой ножки пучка Гиса
40. быстрая и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
41. **К специфичному признаку ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), относят**
42. нарушения ритма сердца
43. изменения сегмента ST и зубца T
44. блокаду ветвей пучка Гиса
45. патологические зубцы Q или комплексы типа QS
46. **К типичным жалобам пациента во время приступа стенокардии относят \_\_\_\_\_ боли**
47. давящие; за грудиной, возникающие при физической нагрузке
48. колющие; в области левой лопатки
49. иррадиирующие; в правой руке
50. тупые ноющие; в правой половине грудной клетки
51. **Появление признаков ишемии миокарда при мощности максимальной нагрузки 100 ВТ во время велоэргометрии соответствует \_\_\_\_\_ Ф. К. стенокардии**
52. IV
53. II
54. III
55. I
56. **II функциональный класс стенокардии соответствует положительному экг стресс-тесту при пороговой нагрузке \_\_\_\_\_\_\_МЕ (по данным тредмил-теста) или \_\_\_\_\_\_\_ВТ (по данным ВЭМ)**
57. 4,0-6,9; > 150
58. 7; > 125
59. 4,0-6,9; 75-100
60. 7; > 100
61. **Синдром X при ишемической болезни обусловлен**
62. окклюзией коронарной артерии
63. тромбозом коронарных артерий
64. +диффузным спазмом артериол
65. антифосфолипидным синдромом
66. **При впервые возникшей стенокардии тактика врача-терапевта участкового включает**
67. выдачу направления на плановую госпитализацию
68. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, назначение аспирина, госпитализацию
69. амбулаторное обследование
70. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
71. **Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при неизмененных коронарных артериях является**
72. проба с внутрикоронарным введением эргометрина или ацетилхолина
73. проба с дозированной физической нагрузкой
74. чреспищеводнаяэлектрокардиостимуляция
75. дипиридамоловая проба
76. **Деление стабильной стенокардии на функциональные классы основано на**
77. степени выраженности сердечной недостаточности
78. продолжительности приступа стенокардии
79. выраженности болевого синдрома в грудной клетке
80. толерантности к физической нагрузке
81. **Для подтверждения ишемии миокарда на ЭКГ диагностически значимыми являются изменения**
82. зубца Р
83. комплекса QRS
84. сегмента ST
85. интервала PQ
86. **Для возникновения приступа стабильной стенокардии напряжения наибольшее значение имеет**
87. высокая частота сердечных сокращений
88. высокий показатель гематокрита
89. недостаточная оксигенация крови
90. низкая сократительная способность миокарда
91. **Признаком, не характерным для вазоспастической стенокардии, является**
92. элевация сегмента ST на ЭКГ в момент приступа
93. депрессия сегмента ST на ЭКГ в момент приступа
94. положительный эффект при приеме антагонистов кальция
95. развитие приступа преимущественно в покое
96. **Приступы стенокардии, возникающие при ходьбе по ровной поверхности в обычном темпе через 100-200 метров или при подъеме по лестнице на 1 пролет, соответствуют \_\_\_\_\_ Ф. К.**
97. I
98. III
99. II
100. IV
101. **Развитие приступа стенокардии при ускоренной ходьбе более 200 метров, при подъеме по лестнице более 1 пролета, в холодную или ветренную погоду соответствует \_\_\_\_\_ Ф. К.**
102. IV
103. II
104. I
105. III
106. **Приступы стенокардии возникают при медленной ходьбе по ровному месту при \_\_\_\_\_\_\_\_ стенокардии**
107. I функциональном классе
108. II функциональном классе
109. III и IV классах
110. II и III классах
111. **Основной метод выявления безболевой ишемии миокарда:**
112. ЭКГ в состоянии покоя
113. эхокардиография
114. суточное мониторирование ЭКГ
115. нагрузочная проба
116. **Для безболевой ишемии миокарда характерно:**
117. часто возникает в вечернее время
118. эпизод отчётливой депрессии сегмента ST не сопровождается приступом стенокардии
119. обычно наблюдается у молодых женщин
120. не подтверждается пробой с физической нагрузкой
121. **К противопоказаниям при хирургической коррекции хронической ИБС относят**
122. возраст больного старше 70 лет
123. избыточную массу тела
124. ХСН I-II ФК
125. диаметр коронарных артерии менее 1,5 мм
126. **Методом оценки эффективности проводимой антиангинальной терапии при стенокардии напряжения является**
127. стресс-ЭКГ с физической нагрузкой
128. холтеровское ЭКГ-мониторирование
129. регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях
130. чрезпищеводная электрокардиография
131. **У больных стенокардией из-за синдрома обкрадывания не рекомендован к применению**
132. рабепразол
133. никорандил
134. домперидон
135. дипиридамол
136. **При неадекватном контроле чсс при ИБС на фоне приема максимальной дозы β-адреноблокаторов к терапии следует добавить**
137. дилтиазем
138. ивабрадин
139. верапамил
140. дигоксин
141. **Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме нитратов обусловлено**
142. уменьшением постнагрузки на правый желудочек
143. уменьшением преднагрузки на левый желудочек
144. отрицательным инотропным эффектом
145. отрицательным хронотропным эффектом
146. **Методом оценки эффективности назначенных нитратов у лиц с ишемической болезнью сердца является**
147. общий анализ крови
148. тредмил-тест
149. эхокардиография
150. суточное мониторирование по Холтеру
151. **Целью применения бета-блокатора при ишемической болезни сердца является**
152. расширить коронарные сосуды
153. повысить артериальное давление
154. снизить потребность миокарда в кислороде
155. увеличить сократительную способность миокарда
156. **Оптимальной суточной дозой аспирина для регулярного приема при ибс с целью профилактики инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения является доза (в мг)**
157. 500
158. 100
159. 50
160. 300
161. **Добавление ингибиторов АПФ к стандартной терапии ИБС оправдано и улучшает прогноз при наличии у больного**
162. хронической обструктивной болезни легких
163. выраженной гиперхолестеринемии
164. хронической сердечной недостаточности
165. клапанного стеноза устья аорты
166. **Время начала эффекта нитроглицерина при приёме сублингвально составляет (в мин)**
167. 30
168. 8
169. 5
170. 0,5
171. **У большинства больных стенокардией при монотерапии средняя доза бисопролола составляет (в мг)**
172. 20
173. 2,5
174. 40
175. 5-10
176. **Основным механизмом антиишемического действия ивабрадина является**
177. цитопротекция
178. снижение потребности миокарда в кислороде за счет урежения ЧСС
179. вазодилатация коронарных артерий
180. снижение сократительной способности миокарда
181. **Противопоказанием для назначения бета- адреноблокаторов при стабильной ИБС является**
182. бронхиальная астма
183. хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м3
184. фракция выброса менее 35%
185. микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром Х)
186. **Купирование ангинозного приступа начинается с назначения**
187. нитроглицерина сублингвально
188. спазмолитиков
189. наркотических анальгетиков
190. нитратов внутривенно капельно

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Мужчину 40 лет в течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента STна 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия.

В крови: холестерин 5,1 ммоль\л, триглицериды 1,2 ммоль\л.

**Задание:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима.

**Задача 2**

Больная 50 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъѐм сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

**Задание:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Задача 3**

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отѐков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите обоснование клинического диагноза.

3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.

5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 2:** **Острый коронарный синдром. Определение, виды, этиология, патогенез. Тактика ведения. Нестабильная стенокардия: классификация, диагностика, лечение.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Факторы риска возникновения ОКС
2. Некоторые звенья патогенеза ОКС
3. Клиническая картина ОКС
4. Критерии ОКС
5. Диагностика ОКС
6. Дифференциальная диагностика ОКС
7. Лечение ОКС
8. Прогноз пациента с ОКС

**Тестовые задания**

1. **К клиническим вариантам ОКС относят**
2. нестабильную стенокардию, острый инфаркт миокарда
3. вариантную стенокардию
4. стенокардию напряжения IV ФК, постинфарктный кардиосклероз
5. аневризму левого желудочка
6. **Шкала GRACE используется для оценки риска летального исхода при**
7. острой левожелудочковой недостаточности
8. хронической сердечной недостаточности
9. остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST
10. ишемическом инсульте
11. **Увеличивают выживаемость пациентов с ОКСБПST при консервативной тактике ведения**
12. бета-блокаторы
13. ингибиторы гликопротеина IIb/IIIa
14. фибринолитики
15. непрямые антикоагулянты
16. **Тактика ведения больных с подозрением на ОКСБПST:**
	1. должны быть немедленно госпитализированы в специализированное отделение неотложной кардиологии;
	2. должно проводиться динамическое наблюдение в поликлинике с контролем ЭКГ каждые полчаса в течение 6 часов;
	3. должны быть госпитализированы в общетерапевтическое отделение;
	4. должно проводиться активное наблюдение терапевтом по месту жительства;
17. **Диагностическое значение снижения сегмента ST**:
18. может быть признаком ИМ;
19. может быть расценено, как реципрокное изменение при некоторых локализациях ИМ;
20. является критерием положительной велоэргометрической пробы;
21. встречается в отведениях V1-3 при полной блокаде левой ножки пучка Гиса;
22. может быть признаком перикардита.
23. **Возможные изменения ЭКГ в первые часы при ОКСБПST**:
24. нормальная ЭКГ;
25. подъем сегмента ST в одном отведении на 2 мм;
26. подъем сегмента ST на 2 мм и более в отведении V1-3;
27. отрицательный зубец Т в двух смежных отведениях.
28. подъем сегмента ST не менее 2 мм в отведениях I, AVL.
29. **При стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале GRACE у больных с ОКСБПST оцениваются все показатели, кроме:**
	1. возраст;
	2. чсс;
	3. САД;
	4. ФВ;
30. **Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале GRACE у больных с ОКСБПST диагностируется при сумме баллов:**
	1. < 100;
	2. 110-130;
	3. ≥ 140;
	4. > 150.
31. **Экстренная инвазивная стратегия лечения (в течение первых двух часов с момента поступления в стационар) показана пациентам с ОКСБПST при всех ситуациях, кроме:**
	1. наличия продолжающейся или рецидивирующей ишемии миокарда;
	2. суммы баллов по шкале GRACE 110;
	3. наличия глубокой депрессии сегмента ST в отведениях V2–V4, свидетельствующей о продолжающемся трансмуральном повреждении задних отделов миокарда левого желудочка;
	4. наличия жизнеугрожающих желудочковых аритмий.
32. **К критериям высокого риска с показанием к инвазивной тактике лечения больных ОКСБПST не относится:**
	1. отсутствие повышения и снижения уровня тропонина;
	2. динамическое колебание сегмента ST или зубца Т (с симптоматикой или без симптоматики;
	3. сахарный диабет;
	4. почечная недостаточность (рСКФ менее 60 мл/мин/1,73 м2)
33. **Для купирования болевого синдрома у больных ОКСБПST МОЖНО применять все препараты, кроме:**
	1. нитраты;
	2. морфин;
	3. анальгин;
	4. таламонал.
34. При ОКСБПST не проводится:
	1. антитромбоцитарная терапия;
	2. антикоагулянтная терапия;
	3. тромболитическая терапия;
	4. антиангинальная терапия.
35. **Антикоагулянтная терапия при ОКСБПST не проводится:**
	1. НФГ;
	2. НМГ;
	3. селективные ингибиторы фактора Xa;
	4. непрямыми антикоагулянтами.
36. **Препаратом выбора из антикоагулянтов при консервативном лечении ОКСБПST является:**
	1. НФГ;
	2. эноксапарин;
	3. арикстра;
	4. Бивалирудин.
37. **Лечение БАБ больных с ОКСБПST следует начинать:**
	1. безотлагательно;
	2. через12 часов от начала симптоматики;
	3. только при повышении АД;
	4. только при склонности к тахикардии.
38. **Характерным признаком острого коронарного синдрома с поражением ствола левых коронарных артерий является элевация сегмента ST в отведении**
39. V1-4
40. aVL
41. aVF
42. aVR
43. **Нагрузочная доза тикагрелора при остром коронарном синдроме должна составлять**
44. 180 мг однократно
45. 90 мг 2 раза в сутки
46. 180 мг 2 раза в сутки
47. 90 мг 1 раз в сутки
48. **При оказании неотложной помощи при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе прежде всего показано назначение**
49. сердечных гликозидов
50. антагонистов кальция
51. аспирина
52. Лидокаина
53. **К антиагрегантам, которые применяют при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST для сопровождения тромболизиса, относят**
54. аспирин в монотерапии
55. аспирин в комбинации с клопидогрелем
56. аспирин в комбинации с тикагрелором
57. тикагрелор в комбинации с клопидогрелем
58. **Диагностическое значение подъема ST**: а) может быть признаком ИМ; б) может быть расценено, как реципрокное изменение при некоторых локализациях ИМ; в) является критерием положительной велоэргометрической пробы; г) встречается в отведениях V5-6 при полной блокаде левой ножки пучка Гиса; д) может быть признаком перикардита. Выберите правильную комбинацию ответов:
	1. верно а, б;
	2. верно а, г;
	3. верно а, в, д;
	4. верно все.
59. **Какое лечебное вмешательство является наиболее эффективным для прогноза при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов:**
	1. фибринолитическая терапия
	2. коронарография с ЧТКА
	3. гепаринотерапия
	4. оперативное вмешательство
60. **Признаком нестабильной стенокардии является**
61. изменение длительности и интенсивности болевых приступов
62. диффузный цианоз
63. снижение АД без гипотензивной терапии
64. появление патологического зубца Q на ЭКГ
65. **Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:**
66. развития инфаркта миокарда
67. тромбоэмболии мозговых сосудов
68. появления лёгочной гипертензии
69. формирования венозной недостаточности
70. **У больных стенокардией из-за синдрома обкрадывания не рекомендован к применению**
71. рабепразол
72. никорандил
73. домперидон
74. дипиридамол
75. **Нетипичным для классической стабильной стенокардии напряжения является**
76. дискомфорт (боль) за грудиной с иррадиацией в плечо, руку, шею
77. купирование приступа в покое или после приема Нитроглицерина
78. +продолжительность приступа более 30 минут
79. возникновение приступа при физической и/или эмоциональной нагрузке
80. **Классической стенокардией напряжения является боль, которая**
81. воспроизводится при пальпации грудной клетки
82. купируется в покое
83. продолжается несколько часов
84. усиливается при вдохе
85. **Самой частой причиной коронарной недостаточности является**
86. гипертрофия левого желудочка
87. коронариит
88. атеросклероз коронарных артерий
89. мышечный» мостик
90. **Единственным клиническим проявлением стенокардии в ряде случаев может быть**
91. одышка при физической нагрузке
92. боль в левой половине грудной клетки продолжительностью более 30 минут
93. боль, воспроизводимая при пальпации грудной клетки
94. боль, проходящая при физической нагрузке

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

**Задания:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

**Задача 2**

Пациент, 50 лет, доставлен машиной СМП в отделение интенсивной терапии с жалобами на давящие боли за грудиной, продолжающиеся в течение 1 часа, одышку в покое. Из анамнеза: страдает ишемической болезнью сердца, выписанные кардиологом лекарственные препараты принимает не регулярно. Состояние ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального напряжения. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. При аускультации в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 100 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. На ЭКГ: подъем сегмента ST в I, AVL,V1-V4, появление преждевременных, одиночных, желудочковых комплексов QRS, значительно расширенных (0,12с) и деформированных, перед которыми отсутствует зубец Р.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз

2. Какова причинно-следственная связь между этими формами патологии?

3. Назначьте лечение.

**Задача 3**

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся таблетками нитроглицерина, одышку.

Боли в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал аспирин, метопрололасукцинат, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8°С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

ОАК: эр. - 4,7х1012/л, Нв - 135 г/л, ЦП - 1,0; тромбоциты - 260х109/л, лейк. - 6,0х109/л, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейк. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

ЭхоКГ: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

ЭКГ Синусовая тахикардия, 96 в 1 минуту, Отклонение электрической оси сердца влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушены процессы реполяризации по типу депрессии сегмента STв левых грудных отведениях

**Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

**Задача 4**

Врач “Скорой помощи” приехал по вызову к больному К., 50 лет, у которого развился интенсивный приступ загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боль длится около часа, сопровождается резкой слабостью, беспокойством. В течение последней недели при ходьбе появлялись кратковременные сжимающие боли за грудиной, проходящие в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, гипергидроз кожи. Частота дыханий — 20 в мин, при аускультации дыхание везикулярное. Пульс частый, аритмичный. АД — 170/100 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии. Тоны приглушены , 94 в мин, единичные экстрасистолы. Край печени по реберной дуге.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,3 х 1012, Нв - 130 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - 6,2 х 109, П - 4, С - 54, Л - 22, М - 10, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1020. Прозрачность - полная.

Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1 -2 - 8 в п/зр, Эр. нет.

К-во холестерина в сыворотке - 4,9 ммоль/л,  -липопротеиды - 8,4 ммоль/л

Глюкоза крови - 5,8 ммоль/л

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

**Задача 5**

Мужчина 59 лет. В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза вдень (утром и днем ), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более

продолжительными, появились приступы в покое в ночное время.

На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

**Задания**:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 3:** **Диагностика и лечение острого инфаркта миокарда.** **Осложнения инфаркта миокарда: диагностика, лечение.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Звенья патогенеза ОИМ
2. Классификация ОИМ
3. Клиническая картина ОИМ: типичные и атипичные формы
4. Биохимические маркеры некроза миокарда
5. ЭКГ- Диагностика инфаркта миокарда
6. Лечение инфаркта миокарда:
* Фармакотерапия ОИМ в начальном периоде заболевания в БИК,
* реваскуляризация миокарда,
* лечение в палатах кардиологического отделения
* Прогноз пациента с ОИМ
* Оценка состояния перед выпиской из стационара
* Ведение больных после перенесенного ИМ
1. Диагностика осложнений ОИМ
2. Острая СН: шок, отек легких
3. Разрывы сердца: разрыв МЖП, ИМ сосочковой мышцы, внешний разрыв сердца
4. Острая аневризма
5. Артериальные ТЭ
6. ТЭЛА
7. Перикардит
8. Повторная ишемия миокарда
9. Нарушения ритма сердца
10. ИМ правого желудочка
11. Лечение осложнений ОИМ: медикаментозное, хирургическое

**Тестовые задания**

1. **Инфаркт миокарда, ассоциированный с операцией коронарного шунтирования, относится согласно универсальной классификации инфаркта миокарда (ESC, 2018) к типу**
2. 2
3. 5
4. 1
5. 3
6. **Инфаркт миокарда вследствие спонтанного разрыва, изъязвления, эрозирования или расслоения атеросклеротической бляшки относится согласно универсальной классификации инфаркта миокарда (ESC, 2018) к типу**
7. 4а
8. 1
9. 3
10. 2
11. **Инфаркт миокарда, связанный с проведением чрескожного коронарного вмешательства, относится согласно универсальной классификации инфаркта миокарда (ESC, 2018) к типу**
12. 3
13. 2
14. 1
15. 4a
16. **Больному в остром периоде инфаркта миокарда при II классе по Киллипу не следует назначать**
17. нифедипин
18. нитросорбид
19. фуросемид
20. аспирин
21. **Остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса чаще всего сопровождает инфаркт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ локализации**
22. задней
23. нижней
24. передней
25. боковой
26. **Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда необходимо использовать**
27. ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
28. селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа
29. наркотические анальгетики
30. анальгетики-антипиретики
31. **Основным критерием успешной реперфузии после проведения системного тромболизиса является**
32. снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
33. купирование болевого синдрома
34. исчезновение признаков сердечной недостаточности
35. восстановление АВ проводимости
36. **При инфаркте миокарда нижней локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях**
37. aVL, V1-V2-V-3
38. I и II, V1-V2
39. II, III, аVF
40. aVR, V-4-V5-V6
41. **На фоне блокады левой ножки пучка Гиса следует подозревать развитие инфаркта миокарда при**
42. наличии комплексов QR в левых грудных отведениях (V5 и V6)
43. отсутствии патологических зубцов Q в левых грудных отведениях V5-V6
44. превышении длительности комплекса QRS более 0,12 с во всех отведениях
45. имеющемся смещении сегмента ST вниз (депрессия) более чем на 3 мм
46. **Нетрансмуральный инфаркт миокарда проявляется на ЭКГ**
47. полной блокадой ножек пучка Гиса
48. депрессией сегмента ST и отрицательным Т
49. депрессией сегмента PQ
50. элевацией сегмента ST и появлением зубца Q
51. **Для инфаркта миокарда характерен**
52. локальный гиперкинез
53. локальный гипокинез
54. диффузный гипокинез
55. диффузный гиперкинез
56. **Кардиоспецифическим маркером некроза миокарда является**
57. ЛДГ
58. тропонин I
59. общая КФК
60. миоглобин
61. **Противопоказанием для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение является**
62. единичная экстрасистолия
63. сахарный диабет 2 типа
64. недостаточность кровообращения IIБ стадии
65. AB-блокада I степени
66. **Введение нитроглицерина является противопоказанием при**
67. инфаркте миокарда задней стенки левого желудочка
68. нестабильной стенокардии
69. аортальном стенозе
70. инфаркте миокарда правого желудочка
71. **Наиболее характерным клиническим симптомом инфаркта миокарда является**
72. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
73. внезапно развившаяся одышка
74. коллапс
75. боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
76. **При инфаркте миокарда боковой локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях**
77. по Нэбу и Клетену
78. aVR, V1-V2-V-3-V-4
79. I, аVL, V5-V6
80. II, III, аVF, V1-V2
81. **Самым ранним биохимическим маркером некроза при развитии инфаркта миокарда является повышение в крови**
82. ЛДГ4
83. МВ КФК
84. миоглобина
85. тропонина I
86. **Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком \_\_\_\_\_\_\_ инфаркта миокарда**
87. нижнего
88. заднего
89. бокового
90. передне-перегородочного
91. **Диагноз «повторный инфаркт миокарда» ставится \_\_\_\_\_\_\_ после первого инфаркта**
92. через сутки
93. через 48 часов
94. до 3 месяцев
95. через 28 суток и более
96. **Признаком перенесенного Q-инфаркта задней стенки левого желудочка (заднебазального) на ЭКГ является зубец \_\_\_\_ в отведениях**
97. Q; I, aVL
98. Q; V4-6
99. R>S; V1-2
100. Q; II,III, aVF
101. **Увеличение высоты зубца R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST и положительным зубцом Т является признаком**
102. мелкоочагового инфаркта миокарда
103. инфаркта миокарда правого желудочка
104. передне-перегородочного инфаркта миокарда
105. заднего инфаркта миокарда (заднебазального)
106. **При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Q выявляется**
107. не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания
108. не позже, чем через 30 мин от начала заболевания
109. обычно в течение первых нескольких часов
110. на вторые-третьи сутки от начала заболевания
111. **Об инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка свидетельствует признак на ЭКГ - смещение ST выше изолинии в отведениях II, III**
112. V1-V2
113. aVF
114. I, aVL
115. V5-V6
116. **В острой стадии инфаркта миокарда правого желудочка элевация сегмента ST выявляется в отведениях**
117. V3R-V6R
118. V4-V6
119. V7-V9
120. I, aVL
121. **Наиболее частой формой инфаркта миокарда является**
122. ангинозная
123. церебро-васкулярная
124. гастралгическая
125. астматическая
126. **Летальность при инфаркте миокарда уменьшают**
127. нитраты пролонгированного действия, цитопротекторы
128. антагонисты кальция длительного действия
129. ингибиторы АПФ, в-адреноблокаторы
130. сердечные гликозиды, диуретики
131. **Тромболизис при остром инфаркте миокарда эффективен в первые (в часах)**
132. 6
133. 10
134. 2
135. 12
136. **Какой локализации является инфаркт миокарда, если на электрокардиограмме регистрируется патологический зубец Q и подъем сегмента ST в отведениях II, III, АVF?**
137. передне-перегородочный
138. задне-базальный
139. нижний
140. высокий боковой
141. **При развитии инфаркта миокарда уровень тропонинов в крови повышается через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часа (часов) от начала приступа**
142. 24
143. 1-2
144. 3-4
145. 6-8
146. **При развитии инфаркта миокарда нормализация содержания мвкфк в крови наблюдается через (в сутках)**
147. 14
148. 2
149. 1
150. 5
151. **Признаком вовлечённости правого желудочка при инфаркте миокарда является**
152. стойкая гипотония
153. боль в эпигастральной области
154. снижение темпа диуреза менее 40 мл/час
155. появление влажных хрипов в нижних отделах лёгких
156. **При остром инфаркте миокарда в качестве неотложной помощи нужно принять ацетилсалициловую кислоту в дозе (в мг)**
157. 250-300
158. 500
159. 100
160. 75
161. **регистрировать дополнительные грудные отведения V7-V9 и дорзальное отведение по Нэбу рекомендуют при инфаркте**
162. правого желудочка
163. переднем
164. высоком боковом
165. задне-базальном
166. **При рецидиве инфаркта миокарда для повторного введения не разрешено применение**
167. стрептокиназы
168. алтеплазы
169. тенектеплазы
170. проурокиназы
171. **Для инфаркта миокарда характерна боль**
172. длительная, купирующаяся нитратами
173. длительная, не купирующаяся нитратами
174. кратковременная, купирующаяся нитратами
175. кратковременная, купирующаяся НПВС
176. **Наиболее частым осложнением в первые часы острого инфаркта миокарда является**
177. кардиогенный шок
178. острая сердечно-сосудистая недостаточность
179. отёк лёгких
180. нарушение ритма
181. **Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда является**
182. верапамил
183. лидокаин
184. амиодорон
185. новокаинамид
186. **К позднему осложнению инфаркта миокарда относится**
187. кардиогенный шок
188. разрыв стенки левого желудочка
189. аневризма левого желудочка
190. фибрилляция желудочков
191. **Фактором риска развития кардиогенного шока при инфаркте миокарда является**
192. фракция выброса левого желудочка менее 35%
193. небольшой размер инфарктной зоны левого желудочка
194. относительно молодой возраст пациента - до 50 лет
195. фракция выброса левого желудочка, превышающая 45%
196. **Клиническим симптомокомплексом, характерным для синдрома Дресслера, является сочетание**
197. перикардита, плеврита, пневмонита
198. бронхита, миокардита, лихорадки
199. лихорадки, кардиалгии, отёков нижних конечностей
200. плеврита, миокардита, асцита
201. **Электрокардиографическим признаком аневризмы сердца является**
202. длительный подъём ST выше изолинии
203. появление зубца Q в соответствующих отведениях
204. снижение амплитуды зубца R в соответствующих отведениях
205. коронарный зубец Т в соответствующих отведениях
206. **Длительное обездвиживание больного с инфарктом миокарда может привести к**
207. сердечной недостаточности
208. брадикардии
209. артериальной гипертензии
210. тромбоэмболическим осложнениям
211. **Инотропная поддержка показана при**
	1. рефлекторном шоке
	2. гиповолемическом шоке
	3. аритмогенном шоке
	4. истинном шоке
212. **Тромбоз левого желудочка**
	1. чаще наблюдается при нижних инфарктах
	2. является показанием для назначения варфарина
	3. является показанием для оперативного лечения
	4. является показанием для тромболитической терапии
213. **При разрыве межжелудочковой перегородки наблюдается все, кроме:**
	1. кардиогенный шок
	2. вновь появившийся систолический шум
	3. признаки тампонады сердца
	4. острая правожелудочковая недостаточность
214. **При отрыве сосочковой мышцы наблюдается все, кроме:**
215. отек легких
216. кардиогенный шок
217. вновь появившийся систолический шум на верхушке
218. острая правожелудочковая недостаточность
219. **При отеке легких у больного с инфарктом миокарда и систолическим АД более 90 мм рт. ст. показаны**
	1. дигоксин в/в
	2. норадреналин
	3. бета-блокаторы
	4. нитроглиценрин
220. **При истинном кардиогенном шоке наблюдается все, кроме**
	1. полиурия
	2. тахикардия
	3. холодные, влажные кожные покровы
	4. низкое пульсовое давление
221. При истинном кардиогенном шоке показаны
	1. допамин
	2. мезатон
	3. атропин
	4. преднизолон
222. **При рефлекторном шоке показаны**
	1. допамин
	2. норадреналин
	3. мезатон
	4. преднизолон

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

**Задание:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

**Задача 2**

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.
Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.
Результаты дополнительного обследования:
ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда.
1. Общий анализ крови: эритроциты – 4,5х1012, лейкоциты – 10,5х109, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.
2. Cвертываемость крови – 3 мин.
3. ПТИ – 100%.
4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л.
5. Рентгенография – прилагается.
**Задание:**
1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

**Задача 3**

Больной П., 56 лет, госпитализирован по скорой медицинской помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 ч утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 мин. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР составила 3 ч.
Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает нифедипин. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента 3 года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.
При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2ºС, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент имеет повышенный вес, ИМТ – 31,9 кг/м2. Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 уд./мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.
В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.
На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, зубец Q + элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.
**Задание:**

Сформулируйте предварительный диагноз. Оцените изменения ЭКГ

**Задача4**

Больной М, 45 лет поступил с жалобами на сильные серцебиение, боли в сердце. Заболел остро: за 3 часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре появилось сердцебиение. Инъекции, сделанные врачем «СП» облегчения не принесли и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Больной бледен, небольшой цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца глухие, ритм правильный, тахикардия 180 уд. в мин., пульс слабый, без дефицита. АД 80/60 мм.рт.ст. ЭКГ: ЧСС 180 уд.в мин., расстояние R-R одинаковое, комплекс QRS 0,14 в 1, aVL,V5,V6. автономный зубец P.

**Задание:**

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. План обследования?
3. Какие экстренные мероприятия необходимо провести больному.

**Задача 5**

Женщина 55 лет доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе.

В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД =26 в мин., АД=110/65 мм рт ст., чсс=115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Qв 1, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж Rв V4, подъем STв 1, V1 -V5 до 4 мм.

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

**Задача 6**

Мужчина 40 лет. Доставлен «скорой помощью» в БИТ через 2 часа после интенсивного ангинозного приступа, развившегося впервые в жизни. В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли. АД=110\70 мм рт ст., ЧСС=68 уд\мин. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

ЭКГ: подъем STв 1, 11, AVL, V1 - V4 до 11 мм, депрессия STв 111, AVFна 2 мм, интервал PQ= 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

**Задания:**

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

**Задача 7**

Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков.

**Задание:**

Лечение ?:

1. Дефибрилляция;
2. внутрисердечное введение симпатомиметиков; индерал внутривенно;
3. ганглиоблокаторы.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 4:** **Дифференциальная диагностика синдрома боли в грудной клетке.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация болевого синдрома в грудной клетке
2. Дифференциальная диагностика болевого синдрома в грудной клетке
3. Основные понятия темы.
4. Сердечные причины болей в грудной клетке: коронарогенные и некоронарогенные
5. Несердечные причины болей в грудной клетке: психические заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата, заболевания органов дыхания, пищеварения, средостения и др.

**Тестовые задания**

1. **Диагноз «стенокардия» маловероятен при жалобах больного на:**
2. боль в эпигастральной области при физической нагрузке и после обильного приема пищи
3. длительную ноющую боль в левой половине грудной клетки
4. чувство «страха смерти» во время приступа болей
5. выраженную одышку при физической нагрузке
6. **Предтестовая оценка вероятности ИБС у пациентов с болями в области сердца (ЕОК, 2013 Г.) базируется на оценке характера болей**
7. уровня АД и данных антропометрии
8. возраста и пола
9. показателей липидного обмена
10. данных семейного анамнеза
11. **В верификации ишемического генеза болей в области сердца наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает:**
12. холодовая проба
13. нагрузочный тест
14. одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД
15. 12-канальное суточное мониторирование ЭКГ
16. **При возникновении атипичного дискомфорта за грудиной без изменений сегмента ST на ЭКГ на высоте нагрузки при проведении тредмил-теста проба является:**
17. неполноценной
18. положительной
19. сомнительной
20. отрицательной
21. **Выберите метод исследования, имеющий решающее значение в дифференциальной диагностике миокардита и ИБС:**
22. коронарография
23. электрокардиография
24. эхокардиография
25. внутрисердечное электрофизиологическое исследование
26. **У пациента 48 лет на 12-й день после операции остеосинтеза бедренной кости остро возникла боль за грудиной, одышка, резкая слабость, цианоз губ, АД снизилось до 70/40 мм рт.ст. На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, появление отрицательных зубцов Т в отведениях V2–V4. Наиболее вероятно, что у пациента:**
27. острый инфаркт миокарда
28. острый перикардит
29. ТЭЛА
30. спонтанный пневмоторакс
31. **У пациента 25 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39 °С, появился кашель, беспокоят боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле. Наиболее вероятный диагноз:**
32. острый бронхит
33. плевропневмония
34. острый перикардит
35. межреберная невралгия
36. миокардит
37. **У пациента 38 лет при выполнении тяжелой физической нагрузки возникла острая боль в левой половине грудной клетки, которая продолжается уже более 30 минут. Отмечается одышка, выраженный цианоз, тахикардия. При перкуссии выявляется тимпанит слева,смещение средостения вправо. Аускультативно определяется резкое ослабление дыхания слева. Наиболее вероятный диагноз:**
38. спонтанный пневмоторакс
39. ТЭЛА
40. инфаркт миокарда
41. острый перикардит
42. **У пожилого пациента внезапно появилась острая боль за грудиной, затем сухой кашель, головокружение. Чуть позже развилась одышка инспираторного типа и цианоз в сочетании с бледностью кожи. Визуально определяется патологическая пульсация в эпигастральной области. Перкуторно отмечается - расширение правой границы сердца, аускультативно - акцент II тона и раздвоение его над легочной артерией. Какуюпатологию можно предположить?**
43. крупозная пневмония
44. астматический статус
45. острый инфаркт миокарда
46. ателектаз
47. ТЭЛА
48. **Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: пищевая сода;**
49. нитроглицерин;
50. электрокардиография;
51. эзофагоскопия;
52. все перечисленное
53. **Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно все, кроме:**
54. боли за грудиной;
55. страх смерти;
56. связь боли с положением тела;
57. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
58. **Для дифференциальной диагностики болей сердца и пищевода применяются:**
59. эзофагоскопия;
60. кимоэзофагография;
61. электрокардиография;
62. прием антацидов;
63. **Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить:**
64. аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
65. рак пищевода;
66. бронхиальную астму;
67. хронический гастрит;
68. ахалазию кардии.
69. **Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?**
70. заболевания пищевода
71. диафрагмальная грыжа
72. язвенная болезнь желудка
73. хронический колит
74. острый панкреатит
75. **Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?**
76. резкая боль при надавливании в межреберных промежутках
77. усиление болей на вдохе
78. ослабление болей на вдохе
79. связь болей с поворотом тела
80. положительный эффект после приема нитроглицерина
81. все, кроме в, д
82. **Какие признаки не являются значимыми в дифференциальном диагнозе стенокардии и грудного корешкового синдрома?**
83. купируемость болей нитроглицерином
84. рентгенологические признаки деформации грудного отдела позвоночника
85. наличие зон измененной кожной чувствительности, соответствующих иннервации межреберными нервами
86. положительные симптомы натяжения
87. **Эхокардиографические данные, позволяющие проводить дифференциальную диагностику боли в груди и свидетельствующие о наличии ишемии миокарда:**
88. Усиление сократимости миокарда левого желудочка;
89. Акинезия и/или наличие парадоксальной пульсации в некоторых сегментах левого желудочка
90. Отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда;
91. Нормальная сократимость миокарда и наличие жидкости в перикарде;
92. Нормальная сократимость левого желудочка, высокое давление в легочной артерии и дилятация правого желудочка.
93. **Проба с β-адреностимулятором изадрином применяется у больных со следующими целями**
94. для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости
95. для оценки класса коронарной недостаточности
96. для выявления нарушений реологических свойств крови
97. для выявления скрытой коронарной недостаточности
98. для диагностики синдрома слабости синусового узла
99. **Сочетание острой боли в грудной клетке с асимметрией пульса и давления на руках является признаком:**
100. острого инфаркта миокарда
101. тромбоэмболии легочной артерии
102. спонтанного пневмоторакса
103. расслаивающей аневризмы аорты

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной С., 72 года. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на периодически возникающие загрудинные боли, связанные с физической нагрузкой, с иррадиацией в межлопаточную область. Также предъявляет жалобы на нарушения глотания, повышенное слюноотделение, тошноту, рвоту, тяжесть в животе, похудание.
Объективно: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС – 52/мин, ЧД – 25/мин, во втором межреберье по ходу проекции аорты выслушивается систолический шум, перкуторно расширение сосудистого пучка вправо. Лабораторные показатели в пределах возрастной нормы.
На рентгенограмме: узурация тел позвонков, умеренный кифоз. В прямой проекции увеличение правого контура аорты, смещение контуров трахеи и левого главного бронха, явления гиповентиляции левого легкого. Во второй косой расширение восходящей аорты, смещение заднего контура до середины позвоночника, отклонение контрастированного пищевода вперед.
**Задание:**

Предварительный диагноз. Обоснуйте его.

**Задача 2**

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на приступы интенсивных болей за грудиной, иррадиирующих в левую руку; боли длятся более 30 мин, четкой связи их возникновения с физической нагрузкой нет: иногда появляются при подъеме тяжести, иногда в ночное время, нередко через 15-20 мин после еды, сопровождаются изжогой, отрыжкой. Боли не снимаются нитроглицерином, уменьшаются после приема минеральной воды, раствора пищевой соды, теплого молока, приема коринфара. Болеет около 6 лет, наблюдается в поликлинике по поводу ИБС. Последнее ухудшение связано с физической нагрузкой (подъемом тяжести): появилась резкая боль за грудиной, которая продолжалась около 20 мин. Боли уменьшились в положении лежа с приподнятым изголовьем, приема молока и таблетки коринфара, но полностью не исчезли, в связи с чем пациент направлен в стационар с диагнозом “ИБС, затянувшийся приступ стенокардии”.

Из анамнеза жизни: в 25-летнем возрасте операция (ушивание) по поводу перфоративной дуоденальной язвы. В последующем иногда беспокоили боли в эпигастрии, проходящие после еды. Восемь лет назад после эмоционального стресса зафиксировано повышение АД до 170/95 мм рт. ст. Курит около 20 сигарет в день, периодически злоупотребляет алкоголем. За последние 5-6 лет отмечает увеличение массы тела на 18 кг. Работа пациента связана с физическим напряжением, подъемом тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, гиперстеник, рост 170 см, масса тела 96кг, окружность живота 118 см. Отеков нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3-е ребро, левая - 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Пульс - 76 в мин, удовлетворительного наполнения, АД — 140/85 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен. В легких без особенностей. По белой линии живота выше пупка имеется послеоперационный рубец, признаков скопления жидкости в брюшной полости нет. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см, не пальпируется.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,6 х 1012, Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 х 109, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр.- нет

Глюкоза крови - 6,4 ммоль/л, Холестерин - 7 ммоль/л,

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

**Задача 3**

Больной В., 42 лет, во время занятий в тренажерном зале внезапно почувствовал интенсивную острую боль в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, левую руку. Появилась одышка, головокружение.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, одышка, головокружение. ЧДД - 26 в мин Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание не определяется. При перкуссии справа звук легочный, слева типманит. При аускультации справа - дыхание везикулярное, слева дыхательные шумы не выслушиваются. Правая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая не определяется. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс - 116 в мин, слабого наполнения, АД — 90/60 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр - 4,5 х 1012, Нв-130 г/л, ЦП - 0,95, Лейкоциты - 8,4 х 109, Э - 2, П - 1, С - 67, Л - 23, М - 8, СОЭ - 12 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1018. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет

АlАt - 0,3 мкмоль/ч-мл, АsАt - 0,4 мкмоль/ч-мл

**Задание:**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 5:** **Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение артериальной гипертензии и гипертонических кризов.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Методы диагностики АГ
2. Определение степени АГ
3. Оценка общего сердечно-сосудистого риска
4. Исследование состояния органов-мишеней
5. Стратификация риска с учетом поражений органов-мишеней
6. Стратификация риска с учетом развития ассоциированных клинических состояний.
7. Факторы, влияющие на прогноз,
8. Цели терапии
9. Принципы проведения медикаментозной терапии АГ
10. Выбор антигипертензивного препарата
11. Принципы проведения комбинированной терапии
12. Рациональные комбинации лекарственных препаратов

**Тестовые задания**

1. **Артериальная гипертония может быть заподозрена по следующим клиническим признакам**
2. боль в теменной и затылочной областях
3. отеки нижних конечностей
4. нарушения ритма и проводимости
5. нарушения ритма дыхания
6. **К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертонии относятся**
7. скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10 м/сек. и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9
8. стенокардия и сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохраненной фракцией выброса
9. ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
10. микроальбуминурия и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
11. **По рекомендации для стран Европы «систолическая АГ» определяется по уровню АД в мм рт. ст.**
12. выше 160 и выше 89
13. ниже 140 и выше 85
14. выше 140 и выше 90
15. выше 140 и ниже 90
16. **Кратность измерения артериального давления при одном визите к врачу составляет**
17. 4
18. 1
19. 2
20. 3
21. **Диагноз «скрытая АГ» определяется уровнями (в мм.рт.ст)**
22. среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД
23. дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90
24. эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85
25. «офисного» АД >160-170/100 мм рт. ст. и дневного амбулаторного АД >135/85
26. **К бессимптомному поражению органа при артериальной гипертонии относится**
27. энцефалопатия
28. стенокардия
29. сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса
30. микроальбуминурия
31. **При гипертонической болезни наиболее характерным признаком на ЭКГ является**
32. остроконечный зубец Р во II, III отведениях
33. блокада правой ножки пучка Гиса
34. гипертрофия левого желудочка
35. уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II
36. **При обследовании пациента с неосложнённой артериальной гипертензией рекомендуется проведение**
37. эхокардиографии
38. коронароангиографии
39. суточного мониторирования ЭКГ
40. сцинтиграфии миокарда
41. **Суточный ритм АД типа NIGHT-PEAKER ставится в случае, если**
42. АД в дневные часы по сравнению с часами ночными ниже менее чем на 10%
43. снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
44. ночные значения АД выше, чем дневные
45. **Признаком поражения артерий, как органов-мишеней при артериальной гипертензии, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ скорости пульсовой волны больше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в м/с)**
46. уменьшение; 10
47. увеличение; 10
48. увеличение; 12
49. уменьшение; 12
50. **Дополнительным методом обследования больных артериальной гипертензией, устанавливающим наличие и тяжесть поражения органов, является**
51. оценка состояния глазного дна
52. содержание альдостерона в крови
53. суточная экскреция адреналина
54. суточная экскреция с мочой кортизола
55. **Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии I степени, является (в мм рт.ст.)**
56. 160/100
57. 150/100
58. 160/95
59. 150/95
60. **Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии II степени, является (в мм рт.ст.)**
61. +170/100
62. 160/110
63. 180/90
64. 180/95
65. **Диагноз «скрытая АГ» можно исключить при уровне (в мм рт. ст.)**
66. дневного амбулаторного АД <135/85
67. «офисного» АД 140/90
68. среднесуточного амбулаторного АД >135/80
69. дневного амбулаторного АД >135/85
70. **К ассоциированным состояниям при артериальной гипертонии относят**
71. микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
72. ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
73. ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию
74. скорость каротидно-феморальной пульсовой волны >10 м/сек. и лодыжечно-плечевой индекс <0,9
75. **Гипертоническая болезнь II стадии устанавливается при**
76. наличии только факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений
77. изменениях со стороны одного или нескольких «органов-мишеней»
78. наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений и ассоциированных клинических состояний
79. отсутствии изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней
80. **Пороговый уровень среднесуточного диастолического АД (мм рт.ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД (ESC, 2018)равен**
81. 85
82. 80
83. 75
84. 90
85. **К бессимптомному поражению органов–мишеней при артериальной гипертонии относится**
86. +пульсовое АД >60 мм рт. ст. (у пожилого и старческого контингента)
87. клинически манифестное поражение периферических артерий
88. сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
89. цереброваскулярная болезнь
90. **Величина утреннего подъема САД в норме составляет < (мм рт. Ст.)**
91. 36
92. 44
93. 56
94. 12
95. **Монотерапия антигипертензивными препаратами у больных с гипертонической болезнью может быть назначена пациенту с артериальной гипертензией \_\_\_\_\_ степени \_\_\_\_\_\_\_ сердечно-сосудистых осложнений**
96. II; с высоким риском
97. I; с высоким риском
98. II; независимо от степени риска
99. I; с низким или средним риском
100. **Антигипертензивный эффект бисопролола уменьшает**
101. флуканазол
102. спиронолактон
103. периндоприл
104. нимесулид
105. **Эффективными гипотензивными средствами при монотерапии, не оказывающими отрицательного влияния на сердечно-сосудистые риски, являются**
106. бета-адреноблокаторы
107. препараты центрального действия
108. мочегонные препараты
109. антагонисты кальция
110. **К потенциально опасным комбинациям относят НПВС и**
111. препараты висмута
112. антихолинэстеразные препараты
113. диуретики
114. **При наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией наиболее безопасным является**
115. амлодипин
116. атенолол
117. верапамил
118. пропранолол
119. **В качестве антигипертензивных препаратов первого выбора у молодых пациентов с артериальной гипертензией рекомендуют**
120. антагонисты кальция
121. ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
122. диуретики
123. препараты центрального действия
124. **Оптимальные дозы гипотиазида при лечении гипертонии составляют (в мг)**
125. 25-100
126. 12,5-25
127. 25-50
128. 6,25-12,5
129. **Пациентам с артериальной гипертензией противопоказано назначение комбинации**
130. ингибиторов АПФ и тиазидовых диуретиков
131. ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензина II
132. моксонидина и диуретика
133. бета-блокаторов и ингибиторов АПФ
134. **При неосложнённом гипертоническом кризе предпочтительным путём введения лекарственных средств является**
135. сублингвальный
136. внутривенный
137. подкожный
138. внутримышечный
139. **Максимально быстрое снижение артериального давления показано, если гипертонический криз осложняется**
140. нарушением ритма сердца
141. расслаивающей аневризмой аорты
142. ишемическим инсультом
143. острым коронарным синдромом
144. **Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, является**
145. моксонидин
146. нифедипин
147. фуросемид
148. клофелин
149. **При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение**
150. клонидина
151. нитропруссида натрия
152. амлодипина
153. дигоксина
154. **Больному с неосложнённым гипертоническим кризом и сопутствующей хронической обструктивной болезнью лёгких противопоказан**
155. клонидин
156. каптоприл
157. нифедипин
158. пропранолол
159. **Ингибитором ангиотензинпревращающего фермента, который применяется при гипертоническом кризе, является**
160. каптоприл
161. леркадипин
162. сакубитрил
163. формотерол
164. **К осложнениям гипертонических кризов не относятся**
165. острая гипертоническая энцефалопатия, отек легких
166. острое нарушение мозгового кровообращения
167. миокардит, перикардит
168. инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
169. **Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для**
170. коарктации аорты
171. феохромоцитомы
172. гипотериоза
173. реноваскулярной гипертонии
174. **Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного расслаивающей аневризмой аорты , является**
175. нифедипин
176. пентамин
177. клофелин
178. метопролол
179. **При неосложненном гипертоническом кризе за первые 2-6 часов необходимо снизить АД**
180. на 15-20% от исходных цифр
181. до целевых цифр АД, обозначенных в рекомендациях
182. на величину хорошо переносимую больным
183. на 50% от исходных цифр

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна. Объективно: состояние тяжѐлое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В лѐгких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в лѐгких. Печень не пальпируется, отѐков нет. Температура тела нормальная. На ЭКГ Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм

**Задание:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

**Задача 2**

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь П стадии.

Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см2 . Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент П тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Задание:**

А. Поставьте диагноз.

Б. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.

В. Назначьте обследование.

**Задача 3**

При профосмотре у мужчины 32 лет обнаружено: АД 175/115 мм рт.ст., ЧСС 75. Дополнительное обследование выявило выраженный спазм сосудов глазного дна, микрогематурию, альбуминурию. В анамнезе: перенесенный в детстве острый диффузный гломерулонефрит.

**Задание:**

1. Какая форма патологии развилась у пациента? Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

3. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния имеются у больного?

4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

**Задача 4**

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающейся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.
При амбулаторном осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 78 в мин. За последние 6 мес. отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.
При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт. ст. ЧСС – 180 в мин. Температура тела – 37,8˚С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.
Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дала. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты – 10 х 10 /л, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 6%. Сахар крови натощак – 7,2 ммоль/л, К – 6,2 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л. В моче: белок – 0,66%, эритроциты – 6–8–10 в поле зрения, сахар – 0,5%. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторировании АД – 120/80–126/75 мм рт. ст.
**Задание:**

1.Установить предварительный диагноз.

2.Наметить план дополнительного обследования.

3.Провести дифференциальную диагностику.

**Задача 5**

 Больной, 51 год, в течение 11 лет страдает артериальной гипертонией, степень 3 в сочетании с бронхиальной астмой, язвенной болезнью с локализацией язвы в ДПК. При осмотре: в легких единичные сухие хрипы, АД 180/110 ммHg, чсс 102 в минуту. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

**Задание:**

Какой антигипертензивный препарат показан?

**Задача 6**

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг. Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объем талии - 120 см, объем бедер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края. Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приѐма 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения. Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки. СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

**Задание:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача 7**

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенес инсульт. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объем талии - 105 см, объем бедер - 92 см. Отеков нет. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – 4,9×1012/л; лейкоциты - 7,0×109/л; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/сут. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

**Задание:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 6:** **Болезни миокарда (миокардиты, миокардиодистрофии, кардиомиопатии): диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Этиология, патогенез миокардитов Классификация миокардитов
2. Клиническая картина миокардитов
3. Диагностика миокардитов
4. Клинические диагностические критерии миокардитов
5. Лечение миокардитов
6. Профилактика миокардитов
7. Прогноз миокардитов
8. Клиника ДКМП
9. Диагностика. ДКМП
10. Дифференциальная диагностика ДКМП
11. Осложнения ДКМП
12. Лечение ДКМП
13. Обструктивная ГКМП
14. Латентная ГКМП
15. Необструктивная ГКМП
16. Клиника ГКМП
17. Диагностика. ГКМП
18. Дифференциальная диагностика ГКМП
19. Осложнения ГКМП
20. Лечение ГКМП

**Тестовые задания**

1. **Наиболее частой причиной развития острого миокардита являются**
2. вирусные инфекции
3. бактериальные инфекции
4. грибковые инфекции
5. воздействия токсинов
6. **Обязательным лабораторным диагностическим критерием миокардита является**
7. повышение миокардиальных ферментов
8. лейкоцитоз крови
9. ускорение скорости оседания эритроцитов
10. повышение иммуноглобулинов
11. **Наиболее информативным методом диагностики миокардита является**
12. субэндомиокардиальная биопсия
13. рентгенография органов грудной полости
14. ЭКГ
15. суточное мониторирование ЭКГ
16. **«Золотым стандартом» диагностики миокардита является**
17. эндомиокардиальная биопсия
18. эхокардиография
19. сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
20. сцинтиграфия миокарда в покое
21. **Выберите метод исследования, имеющий решающее значение в дифференциальной диагностике миокардита и ИБС**
22. коронарография
23. электрокардиография
24. эхокардиография
25. внутрисердечное электрофизиологическое исследование
26. **Основной причиной миокардитов считают**
27. инфекции
28. неинфекционные агенты
29. паразитарные инвазии
30. коллагенозы
31. **К характерным для миокардита ЭКГ- признакам относят**
32. дискордантное смещение сегмента ST выше изолинии
33. конкордантное смещение сегмента ST выше изолинии
34. смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательный зубец Т
35. низковольтажную ЭКГ, ширину комплекса PQ = 0, 22 cек, QRS= 0,12 сек
36. **Диагноз «миокардит» достоверно можно поставить по характерным результатам**
37. сцинтиграфии миокарда
38. биопсии миокарда
39. ЭКГ
40. эхокардиографии
41. **Миокардит чаще всего развивается в \_\_\_\_\_\_\_ инфекционного заболевания**
42. последние дни после стихания
43. фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)
44. первые дни на высоте лихорадочного периода
45. фазе ранней реконвалесценции
46. **Какие изменении в формуле крови характерны для эндокардита Леффлера?**
47. эозинофилия
48. лимфоцитоз
49. лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
50. **Когда целесообразно проведение фармакологических проб для диагностики миокардитов и ИБС:**
51. при сомнительном диагнозе инфаркта миокарда и отсутствии изменений на ЭКГ
52. при сомнительном диагнозе инфаркта миокарда и имеющихся изменениях на ЭКГ (отрицательный зубец Т в двух и более отведениях)
53. **В течение какого времени правомочен диагноз острого миокардита:**
54. 2 недели
55. 1 месяц
56. +до 3 месяцев1 год
57. **Клинические признаки инфекционного миокардита:**
58. лихорадка, боли в области сердца, одышка
59. лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
60. тошнота, рвота, понос
61. отеки, гематурия, гипертензия
62. **С каким заболеванием наиболее часто необходимо дифференцировать хронический миокардит:**
63. пневмония
64. инфекционный эндокардит
65. дилатационная кардиомиопатия
66. нестабильная стенокардия
67. миокардиодистрофия
68. **Эхокардиографическим признаком дилатационной кардиомиопатии является**
69. обструкция выносящего тракта левого желудочка
70. дилатация левого и правого желудочка
71. гипертрофия левого желудочка
72. уменьшение раннего диастолического наполнения левого желудочка
73. **Особенностью гемодинамики при дилатационной кардиопатии является**
74. снижение ударного объёма и сердечного выброса
75. повышение фракции выброса левого желудочка
76. запаздывание открытия митрального клапана
77. уменьшение диастолического объёма левого желудочка
78. **Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает назначение**
79. ингибиторов фосфодиэстеразы
80. антагонистов кальция (фенилалкиламинов)
81. ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
82. ингибиторов карбоангидразы
83. **У больного на ЭХО-КГ выявилась дилатация всех отделов сердца, что характерно для**
84. острого инфаркта миокарда

дилятационной кардиомиопатии

1. изолированного стеноза митрального клапана
2. аортальной недостаточности
3. **Диастолическая дисфункция какого типа наблюдается у больных с дилатационной кардиомиопатией?**
4. не наблюдается
5. по типу замедленной релаксации
6. по пвседонормальному и рестрективному типу
7. **Какие нарушения функции сердца преобладают при дилатационной кардиомиопатии?**
8. нарушение сократимости ЛЖ или обоих желудочков
9. гипертрофия ЛЖ и/или ПЖ при сохраненной сократительной функции
10. нарушение диастолического наполнения ЛЖ и/или ПЖ
11. **Какое начало заболевания характерно для кардиомиопатий?**
12. острое
13. латентное
14. подострое
15. **Что является этиологическим фактором первичных кардиомиопатий?**
16. ишемия миокарда
17. алкогольное поражение сердца
18. этиология неизвестна
19. **Какими симптомами обычно отмечено начало клинических проявлений дилатационной кардиомиопатии?**
20. аритмии, головокружение
21. снижение толерантности к физической нагрузке, одышка
22. боли в области сердца при физической нагрузке
23. **Назовите основные препараты для лечения дилатационной кардиомиопатии:**
24. НПВС, глюкокортикоиды
25. сердечные гликозиды, в-блокаторы, мочегонные
26. противовирусные, иммунномодуляторы
27. **С каким заболеванием наиболее часто необходимо дифференцировать хронический миокардит:**
28. пневмония
29. инфекционный эндокардит
30. дилатационная кардиомиопатия
31. нестабильная стенокардия
32. миокардиодистрофия
33. **Наиболее характерными дифференциальными критериями миокардита и ДКМП являются:**
34. эхокардиографическая картина +ЭКГ
35. клиническая картина +ЭКГ
36. результаты морфологического исследования + эффект от лечения глюкокортикоидами
37. **При гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка противопоказан**
38. бисопролол
39. дилтиазем
40. верапамил
41. дигоксин
42. **Для лечения гипертрофической кардиомиопатии применяют**
43. дигидропиридиновый антагонист кальция
44. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
45. антагонист минералокортикоидных рецепторов
46. бета-адреноблокатор
47. **При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ наиболее часто встречают**
48. WPW- синдром
49. блокаду правой ножки пучка Гиса
50. глубокий Q V5-V6
51. фибрилляцию предсердий
52. **При лечении гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка к препаратам выбора относят**
53. блокаторы ангиотензиновых рецепторов
54. диуретики
55. бета-блокаторы
56. ингибиторы АПФ
57. **Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является**
58. однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана
59. систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана
60. систолическое и диастолическое «дрожание» передней митральной створки
61. касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу
62. **При гипертрофической кардиопатии может развиваться**
63. острый тромбоз коронарных артерий
64. неспецифический коронариит
65. относительная коронарная недостаточность
66. спазм коронарных артерий
67. **Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на риск внезапной смерти, при гипертрофической кардиомиопатии является**
68. желудочковая аритмия
69. стенокардия напряжения
70. появление полной блокады ЛНПГ
71. развитие сердечной недостаточности

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная С., поступила в клинику с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, слабость, одышку. Заболела остро: во время эпидемии гриппа резко повысилась температура тела до 39,5°С, державшаяся в течение суток, появились насморк, сухой кашель, мышечные боли. Затем присоединились вышеуказанные жалобы. При объективном обследовании: кожа повышенной влажности. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, частая экстрасистолия, ЧСС 92 в минуту. При обследовании на ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, частая предсердная и желудочковая экстрасистолия. В ОАК - л. 5,8 10 х9 г/л, СОЭ 22 мм/ч. СРБ(++). При рентгенографии грудной клетки и ЭхоКГ патологии не выявлено.

**Задание:**

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

**Задача 2**

.Больная Г., 32 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии с явлениями выраженной сердечной недостаточности (одышка, цианоз, гепатомегалия, асцит, отеки на ногах). Заболевание возникло через 3-4 недели после перенесенной пневмонии. На ЭКГ выявлены патологические зубцы Q(QS) в отведениях I, aVL, V4-6 . При ЭхоКГ - все полости сердца увеличены, ФВ 45%. В ОАК л. 9,4 \* 109 г/л, СОЭ 35 мм/ч. СРБ (+++).

**Задание:**

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

**Задача 3**

 Больной М., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные

сжимающие боли за грудиной, слабость. На ЭКГ выявлены отрицательные

зубцы Т в отведениях V4-6. В ОАК- л. 9,0x109, СОЭ 22 мм/ч. Тропониновыйтест отрицательный. Лечение нитратами принесло кратковременныйположительный эффект: боли уменьшились, затем возобновились иприобрели постоянный характер. Из анамнеза удалось выяснить, что 3недели назад у больного повышалась температура тела до 37,7 С, было трудно глотать

**Задание:**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

Составьте план дальнейшего обследования.

**Задача4**

Больной С., 29 лет. При прохождении профосмотра обнаружена частая монотонная желудочковая экстрасистолия (бигеминия), что послужило поводом для дальнейшего медицинского обследования. Госпитализирован в стационар. При целенаправленном опросе выяснено, что в течение 5-6 месяцев отмечает перебои в работе сердца, редкий сухой кашель,

незначительную слабость и одышку при физической нагрузке, которые не влияли на состояние и трудоспособность пациента. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 78, частая экстрасистолия. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. В клинических и биохимических анализах патологии не выявлено. Повышения кардиоселективных ферментов и острофазовых белков воспаления не обнаружено. Иммунологическое обследование выявило повышенное содержание ЦИК. ЭхоКГ- ЛП 3,5 см, ПЖ 3,6 см, ЛЖ 5,2/4,0 см, МЖП 0,8 см, ЗС1,1 см. ФВ 47%. Суточное мониторирование ЭКГ: на фоне синусового ритма с ЧСС 90 в минуту, зарегистрирована частая монотонная одиночная и парная желудочковая экстрасистолия, отмечено 12 пробежек желудочковой тахикардии. Ишемических изменений не выявлено. Бактериологическое исследование выявило наличие в крови пациента антител к Chlamidia Pneumonia и Virus Herpes 1,2 в диагностически значимых титрах.

**Задание:**

 Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение.

**Задача 5**

Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, особенно в ночные часы, вынуждающую пациента садится в постели, приступы сердцебиения, отеки на ногах, увеличение живота.

Болен около двух лет, после тяжелого гриппа стал отмечать появление одышки, слабости, перебоев в работе сердца, отеков. В поликлинике установлен диагноз “ИБС”, назначены сердечные гликозиды, нитраты и мочегонные. Эффект от терапии был незначительным, пациент самовольно прекратил прием лекарств. Последние 6 месяцев не работал. В анамнезе — многолетнее злоупотребление алкоголем.

Объективно: состояние больного тяжелое, положение вынужденное - ортопноэ, кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. Массивные отеки нижних конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит. ЧДД — 24 в мин. Над легкими — укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, нижние границы легких на 2 ребра выше нормы , при аускультации — дыхание ослабленное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы.. Пульс 96 в мин, аритмичный, АД — 110/70 мм рт. ст. Границы сердца: правая на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая — по передне-подмышечной линии, верхняя — на 3-ем ребре. ЧСС — 108 в мин. Тоны приглушены, аритмичные, на верхушке I тон ослаблен, на верхушке и над мечевидным отростком выслушивается систолический шум. Живот увеличен, провести пальпацию и определить размеры печени невозможно из-за напряженного асцита.

ОАК. Эр.-4,0 х 1012, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,94, Лейкоциты - 7,6 х 109, П - 3, С - 55, Л - 30, М - 8, СОЭ - 9- мм/ч.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дальнейшего обследования больного

**Задача 6**

Больной С., 39 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, слабость, недомогание. Указанные жалобы появились 3 недели назад после тяжелой физической нагрузки. За неделю до поступления отмечал обострение хронического бронхита (кашель с гнойной мокротой, субфебрильная температура). При обследовании в поликлинике были выявлены признаки кардиомегалии. Был направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения. При объективном обследовании: акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в минуту, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Голени пастозны. В стационаре проведено следующее обследование: ЭКГ - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ - увеличение всех полостей сердца, тромб в левом предсердии, ФВ 44%, признаки легочной гипертензии. В ОАК, б/х анализе патологии выявлено не было.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дальнейшего обследования и лечения.

**Задача 7**

Больной П., 56 лет, в течение 10 лет наблюдается по поводу пароксизмальных нарушений ритма (пароксизмальной фибрилляции предсердий), постоянно принимает 200 мг кордарона, 75 мг тромбо-АССа. В анамнезе – инфаркт миокарда, выставленный по данным ЭКГ (регистрируется патологический зубец Q в грудных отведениях V1-V4). Поступил в отделение с пароксизмом фибрилляции предсердий. Приступ купирован на второй день кордароном. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покров обычной окраски, рост 182 см, вес 79 кг. Одышки в покое нет. Ограничивает физическую нагрузку из-за боязни срыва сердечного ритма. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 72 в минуту, пульс 72 в минуту, ритмичный. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 72 в минуту, очагово-рубцовые изменения в V1-V4 ( о давности изменений судить по клинике). При Эхо-КГ исследовании выявлены следующие изменения: полости сердца не расширены, аортальный и митральный клапаны обычной структуры, МЖП 21 мм, ЗС 22 мм. ФВ 72 %, доплерография патологической регургитации на клапанах сердца не выявлено, зоны гипокинезии передней и боковой стенок.

**Задание:**

Ваш предположительный диагноз и дополнительные методы обследования.

**Задача 8**

Больной К., 48 лет. Жалобы на чувство тяжести и жжения за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физической (подъеме на 1-2 пролета лестницы) и психоэмоциональной нагрузках, купирующиеся через 30 минут после приема нитроглицерина, при постоянной физической нагрузке возникают сердцебиение и одышка.

 Болен в течение 6 лет: внезапно возникли резкая боль в грудной клетке, слабость, больной потерял сознание. При госпитализации диагностирован инфаркт миокарда передней локализации. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 41 года.

Состояние больного удовлетворительное. Легкий цианоз губ, кожных покровов. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 72 в минуту. На верхушке и в точке Боткина выслушивается грубый систолический шум, отстоящий от I тона, проводящийся в левую подмышечную область.

Рентгенологически: сердце с сохраненной талией, размеры его в пределах нормы.

На ЭКГ: синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Изменения предсердного компонента. Признаки изменения миокарда вследствие гипертрофии левого желудочка. Глубокие отрицательные зубцы Т в грудных отведениях.

На эхокардиограмме: гипертрофии и гипокинезии межжелудочковой перегородки, среднесистолическое прикрытие створки аортального клапана, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана. Толщина межжелудочковой перегородки 1,9 см, задней стенки левого желудочка 1 см.

**Задание:**

Выскажите предположение о диагнозе, обоснуйте его.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 7:** **Эндокардиты и перикардиты: диагностика, лечение.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Классификация болезней эндокарда
2. Диагностика болезней эндокарда
3. Дифференциальная диагностика болезней эндокарда
4. Инфекционные эндокардиты
5. Грибковые эндокардиты
6. Эндокардит при карциноидном синдроме
7. Эндокардит при СКВ
8. Классификация инфекционного эндокардита
9. Лечение инфекционного эндокардита
10. Показания к хирургическому лечению при инфекционном эндокардите
11. Клиника инфекционного эндокардита
12. Диагностика инфекционного эндокардита
13. Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита
14. Лечение инфекционного эндокардита
15. Показания к хирургическому лечению при инфекционном эндокардите
16. Острый перикардит (сухой, экссудативный)
17. Подострый и хронический перикардиты (экссудативный, слипчивый,
18. констриктивный)
19. Диагностика перикардитов: лабораторная, инструментальная
20. Дифференциальная диагностика перикардитов
21. Лечение инфекционных перикардитов

**Тестовые задания**

1. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
2. положительная гемокультура
3. лихорадка
4. аускультативная картина
5. обнаружение вегетаций при ЭХОКГ исследовании
6. верно А и Г
7. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
8. пятна Лукина
9. проливные поты
10. тромбоэмболические осложнения
11. ускоренная СОЭ
12. нет правильного ответа
13. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
14. [анемия](http://pandia.ru/text/category/anemiya/)
15. спленомегалия
16. очаговый гломерулонефрит
17. васкулиты
18. нет правильного ответа
19. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
20. выявление порока сердца
21. лейкоцитоз
22. лейкопения
23. узелки Ослера
24. нет правильного ответа
25. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
26. длительность лихорадки
27. положительная гемокультура
28. анемия
29. обнаружение вегетаций на клапанах при ЭХО КГ-исследовании
30. верно Б и Г
31. **Предрасполагающие факторы к инфекционному эндокардиту**
32. преходящую бактериемию
33. проведение гемодиализа
34. наличие искусственных клапанов сердца
35. все перечисленное
36. ничего из перечисленного
37. **При инфекционном эндокардите может наблюдаться**
38. миокардит
39. васкулиты мелких сосудов
40. эмболии мелких сосудов с развитием [абсцессов](http://pandia.ru/text/category/abstcess/)
41. всё перечисленное
42. ничего из перечисленного
43. **При инфекционном эндокардите возможно**
44. поражение ЦНС
45. поражение клапанов сердца
46. эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов
47. почечная недостаточность
48. все перечисленное
49. **При инфекционном эндокардите может наблюдаться**
50. диффузный гломерулонефрит
51. инфаркт почки
52. очаговый нефрит
53. все перечисленное
54. ничего из перечисленного
55. **При инфекционном эндокардите наблюдается**
56. гломерулонефрит с почечной недостаточностью
57. [артриты](http://pandia.ru/text/category/artrit/)
58. синовиит
59. васкулиты
60. все перечисленное
61. **При инфекционном эндокардите эмболии возможны в**
62. артериях почек
63. коронарных артериях
64. артериях селезенки
65. артериях мозга
66. во все перечисленные
67. **При инфекционном эндокардите возможно возникновение**
68. инфаркта почки
69. абсцесса почки
70. диффузного гломерулонефрита
71. всего перечисленного
72. ничего из перечисленного
73. **Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть**
74. грибковая природа эндокардита
75. неправильная методика взятия крови
76. использование недостаточного набора сред
77. все перечисленное
78. правильно Б и В
79. **Наибольшая вероятность получить положительный результат гемокультуры у больного инфекционным эндокардитом наблюдается при заборе крови**
80. 3-5 раз через 24-48 ч после отмены [антибиотиков](http://pandia.ru/text/category/antibiotik/)
81. 8-10 раз через 12-24 ч после отмены антибиотиков
82. в период повышения температуры, после отмены антибиотиков
83. правильно А и В
84. нет правильного ответа
85. **Тактика антибактериальной терапии при инфекционном эндокардите сводится к**
86. немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом вероятного возбудителя
87. назначению антибиотиков только после исследования микрофлоры
88. использованию антибиотиков резерва
89. правильного ответа нет
90. верно А и В
91. **При инфекционном эндокардите рекомендуется**
92. в/в введение антибиотиков
93. в/м введение антибиотиков
94. препараты per os
95. любой способ введения
96. назначение бактериостатических антибиотиков
97. **Предрасполагающий фактор инфекционного эндокардита**
98. порок сердца
99. бактериемия
100. эмболии
101. все перечисленное
102. +правильно А и Б
103. **У больных инфекционным эндокардитом при получении отрицательной гемокультуры**
104. нецелесообразно повторное исследование крови
105. целесообразно повторное исследование крови
106. перед повторным исследованием отменяют антибиотики на 2 суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела
107. повторное исследование на фоне антибиотикотерапии
108. правильно Б и В
109. **Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении**
110. [хирургических](http://pandia.ru/text/category/hirurgiya/) вмешательств в полости рта
111. хирургических вмешательств брюшной полости
112. хирургических вмешательств урогенитальной области
113. все верно
114. правильного ответа нет
115. **Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с**
116. незаращением овального отверстия
117. ДМЖП
118. митральной недостаточностью
119. [аортальной](http://pandia.ru/text/category/aorta/) недостаточностью
120. открытым артериальным протоком
121. **Причиной бактериемии при ИЭ чаще всего являются**
122. манипуляции в полости рта и глотки
123. акушерские вмешательства
124. операции на ЖКТ
125. катетеризация вен
126. гемодиализ
127. **На глазном дне у больных с инфекционным эндокардитом выявляются**
128. узелки Ослера
129. сужение артерий
130. отек соска зрительного нерва
131. петехии
132. все перечисленное
133. **Наиболее информативный инструментальный метод исследования при инфекционном эндокардите**
134. рентген
135. ЭКГ
136. ЭХОКГ
137. радионуклидная вентрикулография
138. фонокардиография
139. **Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из**
140. тромбоцитов
141. фибрина
142. микроорганизмов
143. все перечисленное
144. правильно Б и В
145. **Осложнением инфекционного эндокардита является синдром**
146. ранней реполяризации желудочков
147. тромбоэмболический
148. Дресслера
149. болевой
150. **Осложнением инфекционного эндокардита является**
151. гипертрофия левого желудочка
152. ДВС-синдром
153. синдром Дресслера
154. легочная гипертензия
155. **Осложнением инфекционного эндокардита, которое чаще наблюдается при подостром течении, чем при остром является**
156. сердечная недостаточность
157. эмболии
158. микотические аневризмы
159. абсцессы миокарда
160. **При инфекционном эндокардите митрального клапана эмболические события возможны в**
161. легочные вены
162. головной мозг
163. легкие
164. легочную артерию
165. **Наиболее информативным методом при выявлении выпота в перикард является**
166. эхокардиография
167. электрокардиография с дополнительными отведениями
168. рентгенография органов грудной клетки
169. перкуссия с определением границ сердца
170. **Какой из рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?**
171. преобладание поперечника сердца над длинником
172. отсутствие дуг по контурам сердечной тени
173. укорочение тени сосудистого пучка
174. кардиомегалия
175. **После перенесенного острого перикардита на ЭКГ может длительно наблюдаться**
176. атрио-вентрикулярная блокада II-III степени
177. снижение сегмента ST в левых грудных отведениях V1-5
178. отрицательный зубец T в ряде отведений
179. подъем сегмента ST в правых грудных отведениях
180. **Количество жидкости в полости перикарда в норме составляет (в мл)**
181. 150-200
182. 80-100
183. 110-120
184. 10-50
185. **Чередование высокого и низкого вольтажа комплекса QRS характерно для**
186. значительного выпота в полости перикарда
187. инфаркта правого желудочка
188. сухого перикардита
189. тромбоэмболии легочной артерии
190. **Типичным изменением на ЭКГ при остром перикардите является**
191. депрессия сегмента ST
192. развитие БЛНПГ
193. инверсия зубцов Т
194. элевация сегмента ST
195. **Какие данные объективного обследования характерны для пациентов с экссудативным перикардитом?**
196. кардиомегалия
197. резкое повышение АД
198. шум трения перикарда
199. набухание шейных вен на вдохе
200. **При констриктивном (сдавливающем) перикардите**
201. выслушивается шум трения перикарда
202. встречается повышение центрального венозного давления
203. встречается брадикардия
204. происходит увеличение амплитуды пульсации сердца
205. **Признаком констриктивного перикардита при ЭХО-КГ является \_\_\_\_\_\_\_\_ перикарда**
206. жидкость в полости
207. кальцификация листков
208. истончение листков
209. отсутствие расхождения листков
210. **Наиболее частой причиной констриктивного перикардита являются**
211. уремия
212. коллагенозы
213. туберкулез
214. операции на сердце
215. **К эхокардиографическим признакам экссудативного перикардита относят**
216. отложение кальция в листках перикарда
217. расхождение листков перикарда в систолу и диастолу
218. наличие зоны акинезии в миокарде
219. наличие спаечного процесса в перикарде
220. **При остром перикардите болевой синдром уменьшается в положении**
221. лежа на спине
222. лежа на животе
223. на левом боку
224. на правом боку

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

 Больной П.В., 38 лет. Обратился с Жалобами на ощущение усиленных сокращений сердца, пульсацию в голове, одышку при ходьбе на 100 м, по ночам просыпается от приступа одышки, которая уменьшается в положении сидя. Беспокоит быстрая утомляемость, выраженная слабость, тяжесть в правом подреберье, к вечеру пастозность ног. Похудел на 10 кг.

 Из анамнеза: 3 месяца назад удалил зуб. В течение двух месяцев беспокоит повышение температуры до 38 С., одышка при ходьбе появилась месяц назад, одышка по ночам в течение последней недели.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 38 гр. Кожные покровы бледно-цианотичные, усиленная пульсация сонных артерий. В легких при аускультации в нижних отделах - крепитация. Пульс 90 в мин, altus, celer, magnus. Верхушечный толчок разлитой в 6-м межреберье по передней подмышечной линии. При пальпации определяется пульсация в яремной ямке и эпигастрии. Аускультативно: систолический шум на верхушке, первый тон сохранён. Во II м/р справа, в точке Боткина-Эрба диастолический шум, второй тон ослаблен. АД 140/50 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отёки голеней и стоп.

Перкуторно: расширение левой границы сердца на 3 см влево от левой СКЛ.

ЭхоКГ: аорта в восходящем отделе расширена, створки аортального клапана по краю утолщены, на правой коронарной створке - подвижные вегетации. Митральный клапан не изменен. ЛП 45 мм, ЛЖ 60 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9 мм. . ФВ ЛЖ 45%. По допплеру: на аортальном клапане регургитация (+++), на митральном регургитация (++). СДЛА 40 мм рт.ст.

**Задание:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

**Задача** 2

Больная О., 17 лет, поступила с жалобами на приступообразный кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, фебрильную лихорадку, слабость.

Заболела остро, когда после переохлаждения развился потрясающий озноб с последующим повышением температуры тела до 400 С и проливным потом. Затем присоединился приступообразный сухой кашель. Обратилась за медицинской помощью. На R-графии лёгких выявлена полисегментарная деструктивная пневмония в S2 и S6 правого лёгкого, в связи, с чем госпитализирована. Из анамнеза известно, что в течение 2-х лет злоупотребляет внутривенным введением героина.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 39 гр. Дыхание ослабленное везикулярное над верхушкой правого лёгкого. ЧД 22 в мин. Перкуторно определяется: левая и верхняя границы не изменены, увеличение правой границы сердца на 1,5 см от правой парастернальной линии. Тоны сердца звучные, ослабление 1 тона на трёхстворчатом клапане, систолический шум на трёхстворчатом клапане. АД 115/70, пульс 96 уд/мин, ритмичный. Размеры печени по Курлову 12-10-10, край печени закруглён, умеренно болезненный при пальпации.

Дополнительные методы исследования:

Общий анализ крови. Hb 100 г/л, эритр. 3,1х 1012/л, лейкоциты 10х109/л, СОЭ 55 мм/час.

R-графия органов грудной клетки: в обоих лёгких до 10 кольцевидных полостей размером от 5 до 10 мм. В проекции S6, S9, S10 справа и S9 слева определяются инфильтративные изменения лёгочной паренхимы.

ЭхоКС: трикуспидальная регургитация 3 степени, вегетации на трикуспидальном клапане до 11 мм, систолическое давление в лёгочной артерии 35 мм.рт.ст.

**Задание:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.

 4. Назначьте лечение.

**Задача 3**

Больной П. 40 лет при поступлении предъявлял жалобы на боли в левой половине грудной клетки, спине, одышку, сердцебиение, тянущее ощущение в области глотки при глотании. В марте текущего года (за три месяца до поступления) - перенес тяжелую левостороннюю пневмонию, в апреле появились острые боли в сердце, температура, тахикардия, нарастала одышка. Лечился амбулаторно с диагнозом плевропневмония, однако одышка сохранялась, появился асцит. При осмотре - общее состояние средней степени тяжести, Одышка 20-22 в минуту, тахикардия 102 в минуту, температура тела нормальная. Невыраженный асцит, тоны сердца глухие, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, безболезненная. На ЭКГ: снижение вольтажа зубцов R, отрицательные зубцы Т. На ЭХОКГ - яркий контур незначительно увеличенного в размере сердца, эхонегативное пространство -8-10мм, выражена гипокинезия всех отделов сердца.

**Задания:**

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

**Задача 4**

В клинику поступила больная Н.,33 лет с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, тупые боли в области сердца, усиливающиеся при запрокидывании головы и уменьшающиеся при коленно-локтевом положении, затруднение глотания, сухой лающий кашель, изменение голоса (осиплость). Из анамнеза: только что перенесла грипп на «ногах». При осмотре у больной обнаружено увеличение границ относительной сердечной тупости, парадоксальный пульс, резкое снижение АД на вдохе, набухание шейных вен на вдохе. При аускультации на вдохе выслушивается шум трения перикарда. На рентгенограмме - шаровидная тень сердца со сниженной амплитудой сокращений.

**Задания:**

Поставьте диагноз, определите этиологию и тактику лечения.

**Задача 5**

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель.

Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 недели появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер.

Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии.

При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная.

Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Расширение размеров сердечной тени во всех направлениях, особенно вверх и вправо. Дуги сердца не дифференцируются, сосудистый пучок укорочен, пульсация резко ослаблена.

ЭКГ: вольтаж QRS резко снижен, отрицательный зубец Т в I, II, III, V2-V6 отведениях.

Анализ крови: Hb - 125 г/л, эритроциты - 4х1012/л, лейкоцитов - 10,8х109/л, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - резко положительный, титр антистрептолизина-О - 1250 Ед, титр антигиалуронидазы - 865 Ед.

Анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.

3. Какие еще методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

5. Какова тактика лечения?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 8:** **Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН
2. Диагностика ХСН
3. Оценка тяжести
4. Алгоритм постановки диагноза
5. Определение НУП
6. Лабораторная диагностика ХСН
7. Инструментальная диагностика ХСН
8. Общие принципы медикаментозного лечения
9. Тактика использования основных, дополнительных и вспомогательных препаратов.

**Тестовые задания**

1. **В период титрования рекомендуется удваивать дозу бета-адреноблокатора при сердечной недостаточности**
2. 2 раза в неделю
3. 1 раз в 2 недели
4. 3 раза в неделю
5. 1 раз в неделю
6. **Назначение диуретиков больному хронической сердечной недостаточностью (ХСН) показано при**
7. ХСН IIА-III стадии при наличии застойных явлений
8. фракции выброса левого желудочка <25%
9. фибрилляции предсердий при любом ФК ХСН
10. диастолической дисфункции левого желудочка
11. **Улучшают прогноз у пациентов с хронической сердечной недостаточностью**
12. статины
13. антагонисты кальция
14. диуретики
15. ингибиторы АПФ
16. **Больному хронической сердечной недостаточностью показан приём дигоксина при наличии**
17. синусовой тахикардии
18. АВ-блокады II степени
19. фибрилляции предсердий
20. наджелудочковой тахикардии на фоне синдрома WPW
21. **Для лечения хронической сердечной недостаточности рекомендован**
22. атенолол
23. бетаксолол
24. метопрололатартрат
25. карведилол
26. **При возникновении кашля у больного хронической сердечной недостаточностью на фоне использования эналаприла следует назначить**
27. периндоприл
28. лизиноприл
29. кандесартан
30. рамиприл
31. **При выявлении четких критериев хронической сердечной недостаточности I стадии, I функционального класса возможно применение**
32. периферических вазодилататоров
33. ингибиторов АПФ
34. диуретиков
35. сердечных гликозидов
36. **До какого предела снижения систолического АД допускается приём ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности?**
37. 85 мм рт.ст.
38. 110 мм рт.ст.
39. 75 мм рт.ст.
40. 100 мм рт.ст.
41. **Препаратами первого ряда в лечении хронической сердечной недостаточности являются**
42. ингибиторы АПФ
43. антиаритмические препараты
44. бета-адреноблокаторы
45. диуретики
46. **Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является**
47. снижение частоты сердечных сокращений
48. снижение массы тела
49. уменьшение размеров печени
50. снижение конечного диастолического давления в правом желудочке
51. **Положительный эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при лечении ими сердечной недостаточности объясняется**
52. уменьшением объема циркулирующей крови
53. уменьшением активности альдостерона
54. гипотензивным эффектом
55. увеличением сократительной способности миокарда
56. **К противопоказаниям для назначения бета-блокаторов у больных с хронической сердечной недостаточностью относят**
57. наличие атрио-вентирикулярной блокады I степени
58. снижение фракции изгнания менее 2 0%
59. наличие приступов сердечной астмы
60. снижение фракции изгнания менее 40 %
61. **Пациенту с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий обязательно назначают**
62. клопидогрел
63. тикагрелор
64. антикоагулянты
65. ацетилсалициловую кислоту
66. **При выборе ингибитора ангиотензинпревращающего фермента для лечения больного хронической сердечной недостаточностью и нарушением функции почек следует отдать предпочтение**
67. периндоприлу
68. лизиноприлу
69. каптоприлу
70. фозиноприлу
71. **Показанием при назначениюивабрадина является**
72. нейроциркуляторная дистония
73. хроническая сердечная недостаточность
74. желудочковое нарушение ритма
75. артериальная гипертония
76. **Рекомендуемые ограничения приема поваренной соли для больных ХСН III-IV ФК:**
77. Нет ограничений по количеству употребляемой соли
78. Не употреблять сильно соленой пищи (до 3 г NaCl в сутки)
79. Не досаливать пищу (до 1,5 г NaCl в сутки)
80. Рекомендуются продукты с уменьшенным содержанием соли и приготовленные без соли (менее 1 г NaCl в сутки)
81. **Алкоголь для больных ХСН:**
82. Строго запрещен всем больным ХСН
83. У пациентов с алкогольной кардиопатией употребление до 16 мл этанола в сутки может способствовать улучшению прогноза
84. У пациентов с ишемическим генезом ХСН употребление до 16 мл этанола в сутки может способствовать улучшению прогноза
85. Нет ограничений для всех больных
86. **Выберите правильное утверждение для диеты № 10 для пациентов с ХСН:**
87. Небольшое снижение энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов
88. Небольшое снижение энергоценности за счет белков
89. Снижено содержание калия, магния, продуктов,оказывающих ощелачивающее действие (молочные, овощи, фрукты)
90. Включены плоды с грубой клетчаткой, свежий хлеб, супы из бобовых, рыбные и грибные бульоны
91. **Физическая реабилитация противопоказана при:**
92. Нарушениях ритма низких градаций
93. Всем больным ХСН вне зависимости от стадии и ФК
94. Стенозе клапанных отверстий
95. Компенсированных врожденных пороках сердца
96. **Для пациентов ХСН с III – IV ФК, а также имеющих кахексию**
97. Физическая реабилитация противопоказана
98. Рекомендуются упражнения для тренировки дыхательных мышц
99. Рекомендуются динамические физические нагрузки (ходьба)
100. Нет ограничений по физической реабилитации
101. **Выберите не верное утверждение для режима при ХСН**
102. Больным ХСН целесообразно использование вакцины против гриппа и гепатитаВ
103. Рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур и влажности
104. При выборе транспорта предпочтение отдается непродолжительным (до 2-2,5 ч) авиационным перелетам
105. При любой форме путешествий противопоказано длительное вынужденное фиксированное положение
106. **Рекомендованные блюда для пациентов с ХСН:**
107. Копчености, колбасные изделия
108. жирные сорта мяса, гусь, утка
109. Печень, почки
110. Мясо кролика, курица, индейка, нежирные сорта говядины
111. **Исключаемые блюда для пациентов с ХСН:**
112. Хлеб пшеничный из муки I и II сорта, вчерашней выпечки или подсушенный
113. Диетический бессолевой хлеб
114. Несдобное печенье и бисквит
115. Свежий хлеб, изделия из сдобного и слоеного теста
116. **Почему при ХСН категорически нельзя курить?**
117. Усугубляется состояние постоянного кислородного голодания организма, в том числе сердечной мышцы
118. Соединение эритроцитов с угарным газом (карбоксигемоглобин) уменьшает доставку кислорода к сердечной мышце
119. Нарушаются реологические свойства крови, увеличивается вязкость и риск тромбообразования, в результате увеличения эритроцитов для компенсации постоянного кислородного голодания
120. Все перечисленное верно
121. **Выберите верное утверждение, касающееся вакцинации больных ХСН от гриппа:**
122. Рекомендуется проведение вакцинации от вируса гриппа при помощи в/м введении инактивированной вакциной
123. Рекомендуется использование вакцин, содержащих живые ослабненные штаммы вируса, назначаемые интраназально
124. Вакцинация от гриппа не имеет значения для больных ХСН
125. Противопоказана любыми вакцинами
126. **Больным хронической сердечной недостаточностью рекомендуется ограничить употребление**
127. солей калия
128. калорийной пищи
129. поваренной соли
130. солей магния
131. **Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно, соответствуют \_\_\_\_ стадии хронической сердечной недостаточности по классификации Н.Д.Стражеско И В.Х.Василенко**
132. III
133. IIA
134. IIБ
135. I
136. **Обычная физическая активность вызывает усталость, сердцебиение и одышку при \_\_\_\_ функциональном классе хронической сердечной недостаточности**
137. I
138. II
139. IV
140. III
141. **Клиническим признаком хронической сердечной недостаточности i стадии является**
142. наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое
143. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
144. наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое
145. наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
146. **Клиническим признаком ХСН I стадии является**
147. наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
148. скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
149. наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое
150. наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое
151. **Дистанция шестиминутной ходьбы менее 150 м соответствует \_\_\_\_ функциональному классу хронической сердечной недостаточности**
152. III
153. I
154. II
155. IV
156. **Дистанция шестиминутной ходьбы 426-550 м соответствует \_\_\_\_\_ функциональному классу хронической сердечной недостаточности**
157. I
158. III
159. II
160. IV
161. **Характерными симптомами для сердечной недостаточности II функционального класса в соответствии с Нью-Йоркской классификацией сердечной недостаточности являются**
162. умеренное ограничение физических нагрузок, в покое самочувствие комфортное
163. выраженное ограничение физических нагрузок, больной чувствует себя комфортно только в состоянии покоя
164. неспособность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта, симптомы сердечной недостаточности или синдром стенокардии могут появляться в покое
165. ограничений физической активности нет, обычные нагрузки не вызывают усталости
166. **Жалобы пациента с ХСН НА одышку, сердцебиение и утомляемость при ускоренной ходьбе соответствуют \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф. К. ХСН (NYHA)**
167. I
168. III
169. II
170. IV
171. **Биохимическим маркером хронической сердечной недостаточности является**
172. креатинфосфокиназа
173. С-реактивный протеин
174. тропонин I
175. мозговой натрийуретический пептид
176. **Дистанция шестиминутной ходьбы 151-300 м соответствует \_\_\_\_\_ функциональному классу хронической сердечной недостаточностиа**
177. II
178. IV
179. I
180. III
181. **Симптомы сердечной недостаточности отмечаются в покое и резко возрастают при минимальной физической активности при \_\_\_ функциональном классе хронической сердечной недостаточности**
182. III
183. II
184. IV
185. I
186. **Начальная, скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке, соответствует \_\_\_\_ стадии хронической сердечной недостаточности по классификации Н.Д.Стражеско И В.Х.Василенко**
187. III
188. I
189. IIБ
190. IIA
191. **При хронической сердечной недостаточности развивается \_\_ тип кардиоренального синдрома**
192. 2
193. 4
194. 3
195. 1
196. **Предсердный натрий-уретический пептид**
197. содержится большей частью в правом предсердии
198. вызывает задержку жидкости
199. высвобождается в ответ на повышение давления в предсердияхвызываетвазоконстрикцию

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной К., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть, ноющие боли в правом подреберье.

Заболел 3 месяца назад без видимой причины, когда отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован. Выяснено, что отец и старший брат больного умерли от сердечной недостаточности, хотя не страдали гипертензией и ишемической болезнью сердца.

Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопное. Одышка в покое с ЧД 28 в мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца внешне не изменена. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен, определяется в V межреберье по передней подмышечной линии. Границы относительной тупости существенно расширены во все стороны. Тоны сердца на верхушке приглушены, II тон акцентирован на легочной артерии. Патологический III тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 104 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезнен в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

ОАК: эр. - 4,2х1012/л, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9; тромбоциты - 400х109/л, лейк. - 8,0х109/л, пал. - 3%, эоз. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 28%, мон. - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

ОАМ: уд. вес - 1018, белок - 0,099 г/л, лейк. - 2-4 в п/зр., эр. - 3-5 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

ЭхоКГ: расширение полостей сердца, незначительное утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

**Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

**Задача 2**

Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в грудной клетке, одышку.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течение 25 лет, стенокардией напряжения - 10 лет. Одышка при физической нагрузке беспокоит в течение 3-х лет. За последние два месяца появились тяжесть в грудной клетке, одышка при небольшой физической нагрузке.

Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ, акроцианоз, одышка смешанного характера. Частота дыхательных движений 26 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, множество сухих хрипов, в нижних отделах - незначительное количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Границы относительной тупости сердца расширены во все стороны. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС- 104 в 1 мин. АД - 140/95 мм рт. ст. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. Отеки голеней.

**Задание:**

1. Лидирующий синдром.
2. Неотложное состояние
3. Составьте программу обследования.
4. Неотложная терапия.
5. Тактика ведения

**Задача 3**

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС 94 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - 6,8х109/л, эритроциты - 4,6х1012/л, эозинофилы -1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.

ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

3. Назначьте лечение.

**Задача 4**

Больная Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены резко влево. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 6,81х109/л, эритроциты - 4,0х1012/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %, СОЭ -12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Рентгенография органов грудной полости: увеличение тени сердца за счет левых отделов, застойные явления в малом круге кровообращения.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

3. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 9:** **Диагностика и лечение нарушений ритма сердца. Неотложная помощь при острых нарушениях ритма и проводимости.**

**Формы текущего контроля успеваемости -** *тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Изменения автоматизма и нарушение функции синусового узла:
2. Диагностика и лечение изменений автоматизма синусового и нарушении функции синусового узла
3. Лечение изменений автоматизма синусового и нарушений функции синусового узла
4. Экстраситолия (суправентрикулярная и желудочковая)
5. Пароксизмальные тахикардии (из синусового узла, предсердные тахикардии, из АВ-соединения, желудочковая тахикардия)
6. Диагностика экстрасистолии и пароксизмальных тахикардий
7. Осложнения экстрасистолии и пароксизмальных тахикардий
8. Принципы проведения антиаритмической терапии
9. Лечение экстрасистолии и пароксизмальных тахикардий
10. Профилактика экстрасистолии и пароксизмальных тахикардий
11. Фибрилляция и трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая, постоянная)
12. Особые формы фибрилляции и трепетания предсердий
13. Фибрилляция и трепетание желудочков
14. Диагностика фибрилляции и трепетания предсердий, желудочков
15. Осложнения фибрилляции и трепетания предсердий, желудочков
16. Лечение фибрилляции и трепетания предсердий, желудочков в зависимости от формы фибрилляции и трепетания предсердий
17. Профилактика фибрилляции и трепетания предсердий, желудочков
18. Профилактика ТЭ-осложнений при фибрилляции и трепетании предсердий
19. Синоаурикулярные блокады
20. Внутрипредсердные блокады
21. Атриовентрикулярные блокады
22. Нарушения внутрижелудочковой проводимости
23. Диагностика нарушений проводимости сердца
24. Лечение нарушений проводимости сердца
25. Профилактика нарушений проводимости сердца

**Тестовые задания**

1. **Аритмичный пульс характерен для атриовентрикулярной блокады \_\_\_\_ степени**
2. III; проксимальной
3. I
4. II; типа Мобитц-II вариант 2:1
5. I; типа Мобитц-I
6. **Для атриовентрикулярной блокады I степени характерным является**
7. наличие зубца Р после комплекса QRS
8. уширение зубца Р
9. выпадение отдельных комплексов QRST
10. удлинение интервала PQ
11. **Для АВ-блокады II степени 2 типа на ЭКГ характерно**
12. наличие постоянного интервала PQ с периодическим выпадением комплекса QRS
13. постепенное удлинение интервала PQ с периодическим выпадением комплекса QRS
14. периодическое выпадение зубца Р и комплекса QRS
15. наличие редкого правильного ритма
16. **К изменениям ЭКГ, характерным для атриовентрикулярной блокады 3-й степени (полная поперечная блокада), относят**
17. постоянство интервалов PR с периодическим выпадением желудочковых комплексов
18. прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
19. выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков при полной разобщенности предсердных и желудочковых комплексов
20. эпизодическое выпадение зубца Р и желудочкового комплекса
21. **Периодика Самойлова-Венкебаха характерна для \_\_\_-блокады \_\_ степени**
22. АВ; 3
23. АВ; 2; типа Мобиц 1
24. СА; 1
25. АВ; 2; типа Мобиц 2
26. **АВ-блокаду II степени 1 типа на ЭКГ характеризует**
27. выпадение комплекса QRS без постепенного удлинения PQ
28. укорочение интервала PQ менее 120 мс
29. удлинение интервала PQ более 200 мс
30. постепенное удлинение PQ с последующим выпадением комплекса QRS
31. **При атриовентрикулярной блокаде II степени с периодикой Самойлова-Венкебаха наблюдают**
32. блокаду правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передней или задней ветви левой ножки пучка Гиса
33. укорочение интервалов RR перед паузами
34. постоянство интервалов РR перед комплексами QRS
35. частое наличие блокады правой ножки пучка Гиса
36. **При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдают**
37. высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-V6
38. расширение комплекса QRS > 0,10"
39. выпадение комплексов РQRST
40. углубление и уширение зубца S в отведениях V1-2, II, аVF
41. **Критерием блокады передней ветви левой ножки пучка гиса на ЭКГ является**
42. деформация комплекса QRS
43. расширение комплекса QRS более 0,10 секунд
44. изменение конечной части желудочкового комплекса
45. резкое отклонение электрической оси влево
46. **Приступы Морганьи-Адамса-Стокса встречаются при**
47. фибрилляции предсердий
48. атриовентрикулярной блокаде
49. бивентрикулярной блокаде
50. фибрилляции желудочков
51. **Под феноменом Фредерика понимают сочетание мерцательной аритмии**
52. и А-В блокады III степени
53. и пауз, обусловленных отказом синусового узла
54. и А-В блокады II степени
55. сино-атриальной блокады
56. **АВ-блокаду I степени на ЭКГ характеризует**
57. укорочение интервала PQ менее 120 мс
58. постепенное удлинение PQ с последующим выпадением комплекса QRS
59. выпадение комплекса QRS без постепенного удлинения PQ
60. удлинение интервала PQ более 200 мс
61. **АВ-диссоциация характерна для \_\_\_ - блокады \_\_\_ степени**
62. АВ; 2; типа Мобиц 2
63. АВ; 3
64. АВ; 2; типа Мобиц 1
65. СА; 1
66. **Головокружения и обмороки, систолическая гипертензия, временами выслушиваемый "пушечный" тон, редкий ритмичный пульс, не учащающийся при физической нагрузке, характерны для:**

а. стеноза устья аорты

б. коарктации аорты

в. полной АВ-блокады

г. гипертонической болезни д. - аортальной недостаточности

1. **К возможным последствиям назначения верапамила больному с пароксизмом фибрилляции предсердий и синдромом WPW относят**
2. восстановление синусового ритма
3. развитие асистолии
4. развитие полной атриовентрикулярной блокады
5. фибрилляцию желудочков
6. **Развитие пароксизма фибрилляции предсердий с АВ-проведением 1:1 возможно при**
7. синдроме Бругада
8. удлинение интервала QT
9. АВ-блокаде 3 степени
10. синдроме WPW
11. **Проведение через атриовентрикулярное соединение улучшают**

а. верапамил

б. атропин

в. панангин

г. дигоксин

1. **Наиболее информативным методом диагностики дополнительных путей проведения в миокарде является:**

а. электрофизиологическое исследование

б. поверхностная ЭКГ

в. пищеводное отведение ЭКГ

г. внутрипредсердное отведение ЭКГ

д. эпикардиальное отведение ЭКГ

1. **Осложнениями синдрома WPW могут быть:**

а. предсердная пароксизмальная тахикардия

б. мерцание предсердий

в. внезапная смерть

г. +все перечисленное

д. ничего из перечисленного

1. **Эффективная суточная доза пропафенона для лечения фибриляции предсердий составляет (в мг)**
2. 200-400
3. 160-320
4. В 100-200
5. 450-900
6. комплексов QRS
7. отсутствие **Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для**
8. желудочковой пароксизмальной тахикардии
9. предсердной пароксизмальной тахикардии
10. фибрилляции предсердий
11. атриовентрикулярной узловой тахикардии
12. **Риск развития фибрилляции желудочков является высоким при**
13. желудочковой экстрасистолии типа R на Т
14. редкой желудочковой экстрасистолии (менее 30 в минуту)
15. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
16. монотопной, мономорфной желудочковой экстрасистоли
17. **У больных без признаков предвозбуждения желудочков ускорение частоты сокращений желудочков во время мерцательной аритмии может вызвать применение**
18. верапамила
19. бисопролол
20. хинидина
21. амиодарон
22. **Признаком фибрилляции предсердий на ЭКГ является**
23. наличие преждевременных зубцов Р
24. укорочение интервалов PQ
25. отсутствие волны F
26. **При фибрилляции предсердий у пациента без предвозбуждения желудочков и без артериальной гипотонии препаратами первого выбора для контроля частоты сердечных сокращений являются**
27. дигоксин и аденозинтрифосфата
28. дигоксин и амиодарон
29. антиаритмические препараты I класса и амиодарон
30. бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
31. **Остановка кровообращения возникает при**
32. асистолии, фибрилляции желудочков
33. наджелудочковой тахикардии
34. фибрилляции предсердий
35. нарушении автоматизма синусового узла
36. **Эффективная суточная доза амиодарона (после периода насыщения) для лечения фибриляции предсердий составляет (в мг)**
37. 100-200
38. 160-320
39. 450-900
40. 200-400
41. **Для синдрома Фредерика характерно сочетание**
42. фибрилляции предсердий и АВ-блокады 3 степени
43. фибрилляции и трепетания предсердий
44. АВ-узловой тахикардии и пароксизмальной желудочковой тахикардии
45. фибрилляции предсердий и АВ-блокады 2 степени
46. **При возникновении тахисистолической формы фибрилляции предсердий у беременной с приобретенным пороком сердца назначаются**
47. β-адреноблокаторы
48. сердечные гликозиды
49. блокаторы кальциевых каналов
50. β-адреномиметики
51. **Основным фактором развития мерцательной аритмии является**
52. +дилатация миокарда левого предсердия
53. гипертрофия левого желудочка
54. очаговый фиброз миокарда желудочков
55. дилатация левого желудочка
56. **Эффективная суточная доза соталола для лечения фибриляции предсердий составляет (в мг)**
57. 200-400
58. 160-320
59. 100-200
60. 450-900
61. **Для лечения какого нарушения ритма сердца применяется операция «лабиринт»?**
62. синдром WPW
63. желудочковая тахикардия
64. фибрилляция предсердий
65. типичное трепетание предсердий
66. **Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами, как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является**
67. введение новокаинамида
68. введение сердечных гликозидов
69. проведение электроимпульсной терапии
70. введение кордарона
71. **Лекарственным препаратом, вызывающим на фоне курсовой терапии желудочковую тахикардию типа «TORSADE DE POINTES», является**
72. магния сульфат
73. верапамил
74. бисопролол
75. прокаинамид
76. **При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев**
77. отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата
78. наблюдается снижение эффективности
79. отмечается повышение эффективности с повышением выраженности побочного действия каждого препарата
80. наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений
81. **Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют**
82. метопролол
83. лидокаин
84. аденозин (АТФ)
85. дигоксин
86. **При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии применяется**
87. лидокаин
88. ивабрадин
89. каптоприл
90. верапамил
91. **изменениям ЭКГ, характерным для желудочковой тахикардии, относят**
92. зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины
93. уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярную диссоциацию
94. отсутствие зубцов «Р», наличие волн «f»
95. отсутствие зубцов «Р», наличие «пилообразной» базальной линии
96. **Назначение антиаритмических препаратов обычно не требуется при**
97. наджелудочковой тахикардии
98. предсердной экстрасистолии
99. желудочковой экстрасистолии
100. желудочковой тахикардии
101. **Наличие разных интервалов сцепления характерно для**
102. желудочковой экстрасистолии
103. узловой тахикардии
104. желудочковой парасистолии
105. фибрилляции предсердий
106. **Препаратом для терапии желудочковых нарушений ритма является**
107. амиодарон
108. дабигатран
109. метопрололасукцинат
110. ацетилсалициловая кислота
111. **Наличие одинаковых интервалов сцепления характерно для**
112. узловой тахикардии
113. желудочковой парасистолии
114. желудочковой экстрасистолии
115. фибрилляции предсердий
116. **Регулярное чередование экстрасистол и нормальных сокращений называют**
117. аллоритмией
118. конкордантностью
119. парасистолией
120. альтернацией комплексов QRS
121. **Феномен сливных комплексов характерен для**
122. желудочковой тахикардии
123. АВ-узловой тахикардии
124. трепетания предсердий
125. фибрилляции предсердий
126. **Полная компенсаторная пауза характерна для**
127. желудочковых экстрасистол
128. предсердных экстрасистол
129. пароксизмальных тахикардий
130. узловых экстрасистол
131. **Отсутствие зубца P и полная компенсаторная пауза характерны для \_\_\_ экстрасистолы**
132. блокированной предсердной
133. узловой
134. желудочковой
135. предсердной
136. **При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии применяется**
137. каптоприл
138. лидокаин
139. ивабрадин
140. верапамил
141. **К изменениям ЭКГ, характерным для желудочковой тахикардии, относят**
142. зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины
143. тахикардию с уширенными комплексами QRS и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
144. тахикардию с желудочковыми комплексами шириной 0,12-0,13 сек и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
145. тахикардию с желудочковыми комплексами шириной 0,14 сек и более и атриовентрикулярной диссоциацией
146. **Что является характерным для экстрасистолии:**
147. наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS
148. продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR
149. отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS
150. всегда отмечается уширение и деформация комплекса QRS

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больная 82 лет, внезапно потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

В анамнезе неоднократно отмечались жалобы на общую слабость, головокружение и кратковременные потери сознания. По данным амбулаторной карты у пациентки периодически возникали пароксизмы фибрилляции предсердий, а также отмечались эпизоды брадикардии. Периодически принимала дигоксин, верапамил. При приступах сердцебиения вызывала скорую помощь.

Объективно: во время осмотра больная в сознании, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС- 50 в 1 минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Привычное АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул был утром, цвет кала не изменен. Очаговой неврологической симптоматики нет.

ЭКГ: синусовая брадикардия 36 в мин.

**Задание:**

1. Предположительный диагноз.

2. Методы диагностики для подтверждения диагноза.

3. Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе.

4. Неотложная помощь.

5. Дальнейшая тактика.

**Задача 2**

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сер­дцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - сте­нокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокар­да. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистри­ровались желудочковые экстрасистолы. Лечился сустаком, обзиданом, коринфаром.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца при­глушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Жи­вот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и де­формирован.

**Задания:**

Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

Осложнением какого заболевания является аритмия?

Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

 **Задача 3**

У больного П., 30 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспо­коят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Оте­ков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца опре­деляется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец "Р" не определяется, интервалы R - R одинаковые, ЧСС — 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не рас­ширен (0,08 сек).

**Задания:**

1.Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2.Последовательность мероприятий по купированию аритмии.

**Задача 4**

 Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.
Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.
Общий анализ крови: эритроциты – 4,3х1012, лейкоциты – 9,2х109, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.
Результаты дополнительного обследования:
1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ  – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации:  лейкоциты – 6,0х109,  э.– 1, п. – 2, сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма – прилагается.
**Задание:**
1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение..

**Задача 5**

Больная 68 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, беспокоящие около 3 дней. За медицинской помощью не обращалась. В анамнезе около 15 лет страдает ИБС: стенокардией напряжения, гипертонической болезнью. Привычное АД - 170/100 мм рт. ст.. Периодически принимает нитроглицерин, адельфан, анаприллин.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС-96, пульс - 82, АД - 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

На ЭКГ - регистрируются волны f, расстояние между зубцами RRразное.

ЭХОКГ: Ао - 3,4 см, ЛП - 4,5 см, КДР - 5,7 см, КСР - 3,3 см, ФВ - 56%.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Оцените необходимость неотложной помощи и дальнейшую тактику.

**Задача 6**

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы па одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые по­явились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сер­дечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудше­ние самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописан­ные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного на­полнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

**Задания:**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план обследования.

Составьте план лечения с указанием препаратов.

**Задача 7**

Больной А., 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотруд­ники вызвали бригаду скорой помощи.

Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения еди­ничные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются.

ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличаю­щиеся друг от друга по форме и амплитуде.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите неотложные мероприятия.

**Задача 8**

Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД. Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лѐгких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край ее плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голеней. Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

**Задание:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **Критерии оценки практической части** |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - ординатор ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет учебную историю болезни). |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – ординатор ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности.  |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями.  |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если –ординатор нерегулярно курирует больного, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками.  |
|  |
| **Проверка истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если клиническая история болезни оформлена в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении материала в конкретном клиническом случае;нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |
|  | Оценка «ХОРОШО» выставляется если – клиническая история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. |
|  | Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если клиническая история болезни оформлена не полностью, с исправлениями и ошибками;Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. |
|  | Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - история болезни оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;допущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;план обследования и лечения составлен неумело.;показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам, в устной форме, в форме демонстрации практических навыков при решении ситуационных задач*.*

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Форма контроля**  |  | **Критерии оценивания** |
| **Ответ на вопросы зачетного билета** | **Зачтено** | Оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **Не зачтено** | Оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных** **задач**  | **Зачтено** | Выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, возможно с некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией, возможно с единичными ошибками в деталях; ответы на дополнительные вопросы верные, возможно недостаточно четкие. |
| **Не зачтено** | Выставляется если обучающимся не дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и факторы риска в РФ (понятие о сердечно-сосудистом риске, его оценка и тактика вмешательства в зависимости от категории риска).
2. Реабилитация в кардиологии. Понятие, виды, способы и методы.
3. Сердечно-сосудистый континуум. Понятие. Патогенез. Пути профилактики ХСН и сердечно-сосудистого риска.
4. Принципы ЭКГ. Диагностические возможности и ограничения.
5. Суточное мониторирование ЭКГ и АД. Показания. Методика. Основные показатели. Клиническая интерпретация.
6. Эхокардиография. Принципы, виды, диагностические возможности и ограничения.
7. Рентгенологические и радиоизотопные методы исследования в кардиологии. Диагностическое значение
8. Электрофизиологические методы исследования сердца. Показания. Методы. Клиническая интерпретация.
9. Коронарная ангиография и катетеризация сердца; внутрисосудистое ультразвуковое исследование коронарных артерий. Показания, противопоказания, диагностическое значение.
10. Нарушения липидного обмена: первичные(семейная гиперхолестеринемия) вторичные (метаболические, гормональные, при заболеваниях почек, печени и желчного пузыря, алиментарные, ятрогенные). Немедикаментозное и медикаментозное лечение атерогенных дислипидемий.
11. ИБС. Эпидемиология и факторы риска. Классификация, клиника и диагностика хронической ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).
12. Дифференциальная диагностика синдрома болей, дискомфорта в грудной клетке.
13. Стенокардия: цели и тактика лечения, алгоритм терапии Антиангинальная медикаментозная терапия больных стабильной стенокардией Реваскуляризация миокарда: цель и виды, показания и противопоказания. Ведение больных после реваскуляризации.
14. Острый коронарный синдром: определение, варианты, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
15. Инфаркт миокарда: типы и периоды ИМ, патоморфология, клинические варианты дебюта, диагностические критерии.
16. Осложнения инфаркта миокарда Диагностика. Лечение
17. Реабилитация больных с инфарктом миокарда: виды, методики, клиническое значение.
18. Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, по­ражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.
19. Тактика ведения больных артериальной гипертензией. Цели терапии. Общие принципы ведения. Медикаментозная терапия
20. Вторичные артериальные гипертензии: ренопаренхиматозные, вазоренальные, эндокринные, гемодинамические, ятрогенные. Дифференциальная диагностика. Лечение
21. Гипертонические кризы. Классификация. Диагностика. Неотложная помощь
22. Дилатационная КМП. Эпидемиология. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
23. Гипертрофическая КМП. Эпидемиология. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
24. Миокардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
25. Перикардиты: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
26. Инфекционный эндокардит. Особенности современной этиологии. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Хроническая сердечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Оценка тяжести ХСН.
28. Хроническая сердечная недостаточность. Цели лечения и пути их достижения. Принципы медикаментозного лечения. Основные препараты для медикаментозного лечения хронической сердечной недостаточности
29. Фибрилляция и трепетание предсердий: этиология, патогенез, особенности гемодинамики, классификация. Принципы лечения. Показания и противопоказания к кардиоверсии. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия, лекарственные препараты. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии.
30. Экстрасистолия. Причины, клиника, диагностика, классификация, прогностическая значимость различных вариантов, современные подхо­ды к лечению.
31. Пароксизмальные тахикардии: классификация, основные механизмы развития и анатомо-физиологические предпосылки, диагностика, дифференциальный диагноз суправентрикулярных и желудочковых пароксизмальных тахикардий, прогноз при различных видах, лече­ние.
32. Нарушения проводимости сердца: классификация, диагностика, прогностическое значение, лечение. Показания для имплантации электрокардиостимулятора.
33. Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости сердца. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Диагностика. Неотложная помощь.
34. Фибрилляция желудочков. Факторы риска. Неотложные мероприятия. Профилактика.
35. СССУ. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Митральные пороки сердца. Клиника, гемодинамические нарушения. Подходы к лечению.
37. Аортальные пороки сердца. Клиника, гемодинамические нарушения. Подходы к лечению.
38. Поражение сердца при эндокринных заболеваниях. Диагностика. Лечение
39. ТЭЛА. Факторы риска. Диагностика. Лечение. Профилактика.
40. Соединительнотканные дисплазии сердца. Эпидемиология. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1.Решение ситуационных задач**

**Перечень ситуационных задач:**

**Задача 1**

Иванов П.Н., 54 лет поступил с жалобами на давящие боли в области сердца, возникающие до нескольких раз за день при физической (ходьбе до 300 м, подъеме на 1 этаж) и эмоциональной нагрузке, изредка в покое, при выходе на холод, купирующиеся нитроглицерином (за сутки принимает 2 – 3 таб нитроглицерина, эффект от приема наступает через 2 мин), сердцебиение при нагрузке, одышку при подъеме на 1 этаж, ходьбе в обычном темпе, пастозность стоп и голеней, а также повышение АД до 200/110 мм рт.ст., сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания. Три года назад диагностированы артериальная гипертония, ИБС, стенокардия II ФК. Год назад перенес острый инфаркт миокарда. Наблюдается у кардиолога по месту жительства. Регулярно принимает β-адреноблокаторы, и-АПФ, статины, антиагреганты, нитраты. Несмотря на проводимое лечение за последний год боли в сердце стали возникать чаще, при менее интенсивной работе, в покое, периодически повышается АД. Около полугода назад появились сухость во рту и жажда, пастозность стоп и голеней. Госпитализирован с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии (мать страдала этим заболеванием, умерла в возрасте 62 лет от ОНМК).

Настоящее состояние. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Активность снижена из-за одышки. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски, легкий акроцианоз. периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 20 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 170/100 мм рт.ст.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 10 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

ЭХОКГ МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 х 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 50%, ∆S 48%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -50%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации. Склероз аорты.

КАГ: правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии не поражен. Стеноз передней нисходящей артерии 75%, стеноз огибающей артерии 75%, окклюзия правой коронарной артерии.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз, мышечные изменения в сердце.

УЗИ внутренних органов: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почек.

ЭГДС: без патологии.

Консультации узких специалистов

Окулист: ангиопатия сетчатки.

ЛОР – очагов инфекции не выявлено.

Стоматолог: полость рта санирована.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 2**

Иванова П.Н., 50 лет поступила с жалобами на давящие боли в области сердца, возникающие до нескольких раз за день при физической (ходьбе до 500 м, подъеме на 2-й этаж) и эмоциональной нагрузке, периодически в покое, купирующиеся нитроглицерином (за сутки принимает 3 таб нитроглицерина, эффект от приема наступает через 2 мин), сердцебиение при нагрузке, одышку при подъеме на 2 этаж.

Анамнез заболевания. Указанные выше жалобы появились два года назад. Обследовалась и лечилась у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии II ФК. СН I.ФК II. Регулярно принимает β-адреноблокаторы, статины, антиагреганты, нитраты ситуационно. Несмотря на проводимое лечение за последний год боли в сердце стали возникать чаще, при менее интенсивной работе, в покое. Госпитализирована с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по ИБС (мать страдала этим заболеванием). Вредных привычек не имеет. Менструальный цикл не нарушен.

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 70кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков на ногах нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 20 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 10-20, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Проба Нечипоренко: Л-4000 в 1мл, Э-200 в 1 мл.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ТАГ – 1,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты.

ЧПЭС: проба на ИБС положительная. Степень ограничения коронарного резерва III (депрессия ST > 1 мм в V5-V6 при стимуляции 120имп/мин).

КАГ: правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии не поражен. Признаков поражения коронарных артерий не выявлено

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

Консультации узких специалистов

Окулист: патологии не выявлено

ЛОР – очагов инфекции не выявлено.

Стоматолог: полость рта санирована.

Гинеколог: патологии не выявлено

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 3**

Петрова П.Н., 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Активность снижена. Рост – 156 см, вес – 94кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц.

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО –80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Консультации узких специалистов

Окулист: ангиопатия сетчатки

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 4**

Пастухов П.Н., 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиеся приемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертонии (АД масимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильной стенокардии II ФК. Регулярно принимает β-адреноблокаторы, и-АПФ, статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Положение активное. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц.

ЭКГ – прилагается

ЭХОКГ МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 х 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 50%, ∆S 48%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -50%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации. Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз, мышечные изменения в сердце.

ЭГДС: без патологии.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 5**

Сергеев П.Н., 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость, жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц.

ЭКГ – прилагается

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 6**

Клюев В.С. 39 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились указанные выше жалобы. Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии IIФК. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. С целью уточнения диагноза пациенту было назначено проведение ХМЭКГ. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистола.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 74кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 140

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты.

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 7**

Симонова А.И. 54 лет доставлена БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте дообследование.

3. Назначьте лечение.

**Задача 8**

Суркова Н.Т., 30 лет. Жалобы на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения, повышение АД до 190-230/120-140 мм рт ст.

Анамнез заболевания. Впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было зарегистрировано случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала энам. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда появились указанные выше жалобы. Наблюдалась у кардиолога по месту жительства. Применение антигипертензивных средств (энам 20 мг в сутки, эгилок 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст . Госпитализирована с лечебно-диагностической целью

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет.

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное Сознание ясное. Положение активное. Активность снижена. Рост – 156 см, вес – 52 кг. Астенического телосложения. Кожа обычная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220

ОАМ: с/ж, прозрачная, уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 4,7 ммоль/л, креатинин – 86 мкмоль/л, мочевина – 5,95 ммоль/л, глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО –80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ∆S 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Консультации узких специалистов

Окулист: ангиопатия сетчатки с отеком дисков зрительных нервов.

**Задание:**

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.

2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?

3. Методы лечения

**Задача 9**

Жильников Н.Т., 43 лет при поступлении предъявлял жалобы на одышку при незначительной нагрузке, чувство нехватки воздуха по ночам, давящие боли в сердце, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, сердцебиение, перебои в работе сердца, слабость, снижение работоспособности, отеки ног.

Анамнез заболевания. Считает себя больным 6 недель, когда после перенесенной ОРВИ стала нарастать одышка, чувство нехватки воздуха по ночам, слабость. Позднее появились боли в сердце, отеки на ногах Госпитализирован с лечебно-диагностической целью

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Хронических заболеваний не имеет. Вредных привычек нет.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Активность снижена из-за слабости, одышки. Рост – 164 см, вес – 58 кг. Астенического телосложения. Акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеки стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – притупление в нижних отделах. Дыхание везикулярное, в нижних отделах на фоне ослабленного дыхания выслушиваются единичные влажные хрипы, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберьи слева по срединно-ключичной линии. ЧСС=96 уд/мин., АД= 110/70 мм рт ст., S=D. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена (+3 см), селезенка не увеличена. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Hg-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 3,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевина – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 21,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ИФА на сифилис – отриц., на ВИЧ 1-2, гепатиты – отриц

ЭКГ – прилагается.

ЭХОКГ прилагается

ХМЭКГ – прилагается.

Узи вн. органов - прилагается

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Консультации узких специалистов

Окулист: сосуды глазного дна не изменены

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 10**

Больная А., 57 лет. Жалобы: ощущение перебоев в работе сердца, замирание в груди, слабость и чувство кома в горле в этот момент, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст, сжимающие боли за грудиной.

Анамнез заболевания: АД повышается много лет, максимальные цифры АД 200/100 мм.рт.ст. Регулярно АД не измеряет, гипотензивные препараты не принимает. Перебои в работе сердца, замирание в груди беспокоят 2 года. За медицинской помощью к врачу не обращалась. Сжимающие боли в груди и за грудиной беспокоят в течение года, чаще на фоне повышенного АД и после стрессов. ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает.

Обследование:

ОАК: Эр – 3,8 х 1012/л, Нв- 121 г/л, лейкоциты- 6,5 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,9, СОЭ – 10 мм/ч, п/я-1, с/я – 63%, э-2, лимф- 37 %, мон-6%.

ОАМ: уд. вес- 1010, белок – нет, лейкоциты- 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-3 в п/зр, эритроциты – 1-3 в п/зр, цилиндры – единичные.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,1 ммоль/л, билирубин общий – 15,3 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, АлАТ 19 Е/л, АсАТ 17 Е/л, общий холестерин – 4,7 ммоль/л, ТАГ – 1,2 ммоль/л, мочевина – 6,0 ммоль/л, общий белок – 60 г/л.

Тест с 6-минутной ходьбой: 320метров.

Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

КАГ: правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии не поражен. Систолический мышечный мостик передней нисходящей артерии в средней трети, гемодинамически значимый.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 11**

Больная А., 64 года. Жалобы: приступы сердцебиения с ощущением кома в горле, резкой одышкой, слабостью, дискомфортом в груди, головокружением, потемнением в глазах, иногда потерей сознания; загрудинная боль при ходьбе. Повышение АД до 150/90 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания: Считает себя больной последние 4 года: при ходьбе по ровной местности (400 м) иногда в покое появлялись загрудинные боли, слабость. Иногда при нагрузке отмечала появление вышеописанных приступов сердцебиения. Обращалась за мед. помощью, на ЭКГ ранее никаких нарушений ритма не регистрировалось. Пришла на прием к общему хирургу по поводу желчно-каменной болезни, было назначено обследование. В момент снятия ЭКГ вновь появились сердцебиение, резкая слабость, одышка, потеря сознания. Была госпитализирована с отделения функциональной диагностики в реанимационное отделение.

Обследование:

ОАК: Эр – 5,3 х 1012/л, Нв- 124 г/л, лейкоциты- 7,1 х 109/л, тромб- 250 х109/л, ЦП- 0,95, СОЭ - 10 мм/ч, п/я-1, с/я – 61%, э-2, лимф- 32 %, мон-4%.

 ОАМ: уд. вес- 1008, белок – нет, лейкоциты- 1-2 в поле зрения, эритроциты свежие - 0-2 в поле зрения.

 Биохимический анализ крови: билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, сахар крови 6,1 ммоль/л, АлАТ 17 Е/л, АсАТ 22 Е/л, общий холестерин – 11,7 ммоль/л, ТАГ 2,3 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,8 ммоль/л. ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л.

 Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 12**

Больной Л., 76 лет. Жалобы: урежение пульса до 30 ударов в минуту, головокружение, потемнение в глазах, головную боль, повышение АД до 260/130 мм.рт.ст, одышку, сжимающие боли в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания: С ИМ и ОНМК на стационарном лечении никогда не находилась. АГ 15 лет. Последний год АД повышалось до 260/130 мм.рт.ст. Ухудшение в январе этого года, когда стала отмечать урежение пульса до 30 ударов в минуту (пульс не более 40 в минуту в течение дня, при ходьбе). В момент редкого пульса – сильное головокружение, дрожь в теле, слабость (сознание не теряла), одышка, сжимающие боли в левой половине грудной клетки, холодные конечности, повышение АД до 200/120 мм.рт.ст. Регулярно принимает кордафлекс-ретард, энам, индапамид. С результатами ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ с поликлиники была госпитализирована в кардиоаритмологическое отделение.

Обследование:

ОАК: Эр – 4,1 х 1012/л, Нв- 121 г/л, лейкоциты- 9,1 х 109/л, тромб- 180 х109/л, ЦП- 0,84, СОЭ - 12 мм/ч, п/я-1, с/я – 69%, э-2%, лимф- 24 %, мон-9 %.

 ОАМ: уд. вес- 1008, белок – нет, лейкоциты- 2-3 в поле зрения, эритроциты свежие - 1-3 в поле зрения.

 Биохимический анализ крови: билирубин общий – 18 мкмоль/л, сахар крови 5,8 ммоль/л, АлАТ 18 Е/л, АсАТ 19 Е/л, общий холестерин – 7,4 ммоль/л, ТАГ 2,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 5,0 ммоль/л.

 Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 13**

Больная М., 49 лет. Жалобы: ощущение «трепыхания» в груди, сердцебиение, слабость, одышку, дискомфорт в левой половине груди, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания: ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. АГ много лет. Максимальное АД – 190/100 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты (адельфан) принимает нерегулярно. Считает себя больной в течение месяца, когда внезапно после сильной, длительной нагрузки (подъем тяжестей) появилось ощущение неритмичного сильного сердцебиения, «трепыхание» в груди, дискомфорт в левой половине груди, слабость, потливость, головокружение, одышка. Снизилась толерантность к нагрузке – одышку, сердцебиение, слабость стала отмечать при прохождении 50 метров. Появились одышка, кашель по ночам, отеки стоп. Обратилась к врачу впервые.

Обследование

ОАК: эр. 4,5 х 1012 Нв 150 г/дл, ЦП- 0,89, тр 250 х109 , лейк 5,3 х109, п -2%, с-70%, э -2%, л-41%, м-6%, СОЭ -12 мм/ч

 ОАМ: уд. вес 1008, белок- нет, лейк.1-2 в п/зр, эпителий- неб.к-во.

 Биохимические исследования крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, билирубин общ. – 18 мкмоль/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, ТАГ 1,8 ммоль, АлАТ 17 Е/л, АсАТ 21 Е/л, мочевина – 5,3 ммоль/л, креатинин - 93 мкмоль/л.

 КАГ: правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии не поражен. Атеросклеротического поражения сосудов не выявлено.

 Брюшная аортография: удвоение почечной артерии слева.

 РГ-скопия грудной клетки: выпот в плевральную полость слева в пределах синусов.

 Тест с 6-минутной ходьбой: 50 метров.

 Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчатки OU.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 14**

Больная Ш., 76 лет. Жалобы: повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., одышку, слабость при ходьбе, головную боль, головокружение, потерю сознания, сжимающие боли за грудиной.

Анамнез заболевания. ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. Повышение АД много лет, максимальный подъем АД до 200/120 мм.рт.ст. АД дома не измеряет. При появлении головных болей принимает энам 1 таб. Сжимающие боли за грудиной беспокоят 5 лет, провоцируются физической нагрузкой (прохождение 200 метров, подъем на 2 этаж, ношение тяжестей, ускоренный шаг), а также высоким АД. Боль купируется 2 таблетками нитроглицерина через 5 минут. Потребность в нитроглицерине ежедневная. Последний год стала отмечать неритмичное сердцебиение, перебои в работе сердца, ощущение «замирания» в груди, во время которого появляется головокружение, ощущение мушек перед глазами, слабость. Появилась одышка при привычной нагрузке (работа по дому), отеки голеней и стоп. Было 3 эпизода синкопе за год.

Обследование:

ОАК: эр. 3,9 х 1012 Нв 147 г/дл, ЦП- 0,92, тр 240 х109 , лейк 7,4 х109, п -1%, с-69%, э -3%, л-40%, м-7%, СОЭ -15 мм/ч

 ОАМ:св. жел, пр, уд. вес 1012,белок- 0,03,лейк. 3-4 в п/зр, эритр– 1-2 в п/зр.

 Биохимические исследования крови: глюкоза –3,9ммоль/л, билирубин общ. – 21 мкмоль/л, холестерин – 7,4 ммоль/л, ТАГ 4,0 ммоль, АлАТ 35 Е/л, АсАТ 31 Е/л, мочевина – 7,1 ммоль/л, креатинин - 67 мкмоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

 РГ-скопия грудной клетки: пневмосклероз, эмфизема легких.

 Окулист: ангиопатия сетчатки OU.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 15**

Больной Г., 69 лет. Жалобы: боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), одышка, потливость в этот момент, перебои в работе сердца, чувство замирания в груди независимо от нагрузки.

Анамнез заболевания. Считает себя больным последние 3 месяца, когда стал отмечать перебои в работе сердца, «толчки», «замирание» в этот момент, чувство кома в горле, слабость. Сознание не терял. Эти ощущения возникают независимо от нагрузки, времени дня. АД регулярно не измеряет. Однократно на приеме у врача АД было 155/95 мм.рт.ст. ИМ, ОНМК в анамнезе не было. Давящие боли в груди возникают при ходьбе 300-400м, или подъеме на 2-3 этажа, с одышкой, потливостью. Боль купируется в покое. Голени и стопы пастозные (последние 2-3 месяца).

Обследование:

 ОАК: Эр – 3,9 х 1012/л, Нв- 139 г/л, лейкоциты- 4,7 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,87, СОЭ - 14 мм/ч, п/я-2, с/я – 64%, э-2, лимф- 34 %, мон-7%.

 ОАМ: уд. вес- 1007, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эпителий – 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

 Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,4 мкмоль/л, креатинин – 107 мкмоль/л, АлАТ 14 Е/л, АсАТ 27 Е/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТАГ – 3,0 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л.

Тест с 6-минутной ходьбой: 420метров.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 16**

Больной Д., 63 года. Жалобы: слабость, одышка при минимальной физической нагрузке и по ночам, повышение АД до 180/100 мм.рт.ст, отеки ног, сжимающие загрудинные боли.

Анамнез заболевания: ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. Считает себя больным в течение последних 4-х месяцев, когда после ОРЗ стал отмечать появление слабости, одышки, сильного неритмичного сердцебиения, перебоев в работе сердца, стали появляться отеки голеней и стоп. Резко снизилась толерантность к привычной физической нагрузке (работа по дому). Одышка появлялась при минимальной нагрузке: одевание, прием пищи, посещение туалета, а также по ночам и в горизонтальном положении (появляется влажный кашель, последний месяц – спит сидя). Голени и стопы отечны до нижней трети бедра, с обеих сторон. Независимо от нагрузки, дня и ночи возникают сжимающие и ноющие боли в левой половине грудной клетки, которые купируются 1-2 таблетками нитроглицерина через 5 минут. Потребность в нитроглицерине до 5 раз в сутки. Также стал отмечать появление тяжести в правом подреберье. АД измеряет последние 2-3 месяца, максимальное АД 180/100 мм.рт.ст., обращался к врачу по м/ж. После стационарного лечения в ЦРБ отмечал улучшение виде уменьшения сердцебиения, слабости. Остальные симптомы сохранились, и за последние недели усилились. Названия принимаемых лекарственных препаратов не помнит.

Обследование:

 ОАК: Эр – 4,23 х 1012/л, Нв- 99 г/л, лейкоциты- 5,1х 109/л, тромб- 149 х109/л, ЦП- 0,70, СОЭ - 18 мм/ч, п/я-1, с/я – 54%, э-, лимф- 36 %, мон-9%.

 ОАМ: уд. вес- 1006, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения.

 Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,1 мкмоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, АлАТ 47 Е/л, АсАТ 38 Е/л, общий белок – 40 г/л, мочевина – 6,63 ммоль/л, ПТИ – 35,6 %, МНО – 1,9, ПТВ -22,8 сек, фибриноген – 2,9 г/л.

 Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки.

 R-скопия грудной клетки: выпот в плевральной полости слева до уровня VII ребра, справа до уровня VI ребра.

 ЭГДС: единичные эрозии антрального отдела желудка на фоне отечной слизистой.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 17**

Больной З., 80 лет. Жалобы: перебои в работе сердца, головокружение, потемнение в глазах, слабость, давление за грудиной в момент головокружения, подъем АД до 170/100 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания. ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. До 78 лет вел здоровый образ жизни: делал зарядку, бегал на лыжах, обливался холодной водой. АГ много лет, до 170/100 мм.рт.ст. Ухудшение отмечает последние 2 года: перебои в работе сердца, при нагрузке учащенное неритмичное сердцебиение. Последний месяц стал отмечать при привычной физической нагрузке и в покое головокружение, потемнение в глазах, был один эпизод потери сознания. В момент головокружения появляется давящая загрудинная боль.

Обследование:

ОАК: эр. 4,1х 1012 Нв 121 г/дл, ЦП- 0,89, тр 240 х109 , лейк 4,5 х109, п -2%, с-69%, э -0%, л-31%, м-7%, СОЭ -15 мм/ч

 ОАМ: уд. вес 1010, белок- 0,033, лейк. 1-2 в п/зр, эритроциты– 1-2 в п/зр.

 Биохимические исследования крови: глюкоза – 4,3ммоль/л, билирубин общ. – 18 мкмоль/л, холестерин – 7,1 ммоль/л, ТАГ 1,7 ммоль, АлАТ 17 Е/л, АсАТ 16 Е/л, мочевина – 6,4 ммоль/л, креатинин - 104 мкмоль/л, ЛПНП – 3,5 ммоль/л.

 Окулист: ангиопатия сетчатки OU.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 18**

Больной М., 30 лет. Жалобы: боли в груди давящего, распирающего характера во время нагрузки, боли в икроножных мышцах при ходьбе, слабость, одышку, повышение АД до 190/110 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение последнего года: стал отмечать при ходьбе (200-300 м) вышеописанные загрудинные боли, одышку, слабост, боли в икроножных мышцах при прохождении более 200м. Боли загрудинная и ногах купируются покоем. АГ с 25 лет, измеряет регулярно, максимальное АД до 190/110 мм.рт.ст, частое АД до 160/90 мм.рт.ст (ежедневно). Отец умер в возрасте 40 лет от ИМ.

Настоящее состояние: Кожный покров обычной окраски, на разгибательных поверхностях пястно-фаланговых, локтевых, коленных суставах туберозные ксантомы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 14 в минуту. Т- 36,5 ºС. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. На аорте (II м/е справа), верхушке выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 79 в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Голени и стопы без отеков.

Обследование:

 ОАК: Эр – 4,1 х 1012/л, Нв- 124 г/л, лейкоциты- 6,4 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,91, СОЭ - 14 мм/ч, п/я-1, с/я – 61%, э-2, лимф- 37 %, мон-4%.

 ОАМ: уд. вес- 1008, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эритроциты свежие - 0-2 в поле зрения.

 Биохимический анализ крови: билирубин общий – 18,5 мкмоль/л, сахар крови 7,9 ммоль/л, АлАТ 17,5 Е/л, АсАТ 24 Е/л, общий холестерин – 12 ммоль/л, ТАГ 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 5,0 ммоль/л. ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л.

 КАГ: сужение ствола левой коронарной артерии - 75%, стеноз передней нисходящей артерии – 85%, стеноз огибающей артерии – 90%, стеноз правой коронарной артерии – 60%.

 Брюшная аортография: стеноз общей подвздошной артерии 80% справа, слева 75%, облитерация малоберцовой артерии слева от уровня в/3.

 УЗИ сонных артерий: стеноз внутренней сонной артерии от уровня бифуркации справа 65%, стеноз общей сонной артерии слева 75%.

Окулист (глазное дно): ангиопатия сетчатки ОU.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 19**

Больной П., 45 лет. Жалобы на: слабость, одышку по ночам и при ходьбе (50 м), головокружение, эпизоды потери сознания, отеки ног, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст, ноющие боли в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания. ИМ, ОНМК в анамнезе отрицает. АГ много лет, регулярно не измеряет. При повышении АД до 150/100 мм.рт.ст. принимает 5 мг энама. Считает себя больным последние 3 года, когда впервые стал отмечать неритмичное сердцебиение, слабость, одышку при привычной нагрузке. Проходил лечение по м/ж в ЦРБ, на ЭКГ была обнаружена аритмия, название которой указать не может (старые пленки не сохранились). Ухудшение отмечает с августа прошлого года, когда при нагрузке усилилось сердцебиение, одышка появлялась при прохождении 50 метров и менее, при подъеме на 1 лестничный пролет; стал отмечать появление одышки и влажного кашля по ночам, отеки голеней и стоп. Боли в левой половине грудной клетки постоянные ноющие, не купируются нитроглицерином. С декабря прошлого года стал терять сознание на 1-2 минуты. Со слов родственников – сознание терял внезапно, кожа бледнела, выступал мокрый пот, мочеиспускания и дефекации в момент потери сознания не было. Последний месяц 5 эпизодов потери сознания, каждую ночь просыпается от кашля, чувства стеснения в груди и нехватки воздуха.

Обследование:

ОАК: Эр – 4,67 х 1012/л, Нв- 142 г/л, лейкоциты- 8,4 х 109/л, тромб- 160 х109/л, ЦП- 0,91, СОЭ - 8 мм/ч, п/я-1, с/я – 60%, э-, лимф- 34 %, мон-5 %.

ОАМ: уд. вес- 1015, белок – нет, лейкоциты- 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 28 мкмоль/л, прямой билирубин – 5,0 мкмоль/л, креатинин – 106 мкмоль/л, АлАТ 23 Е/л, АсАТ 28 Е/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л, ТАГ 1,2, ХС-ЛПНП- 3,5 ммоль/л, калий- 4,75 ммоль/л, натрий – 148, 7 ммоль/л.

Окулист (глазное дно): ангиосклероз сетчатки.

Свертывающая система крови: ПТВ – 28,4 сек, ПТИ – 28%, МНО – 2,6, фибриноген – 1,6 г/л.

Тест с 6-ти минутной ходьбой: прошел 150 метров.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

2. Назначьте лечение.

**Задача 20**

Больной П., жалуется на одышку при физической нагрузке, кашель.

Рентгенологически определяется множество очаговых теней в средних и нижних, преимущественно прикорневых отделах легких. Тень сердца равномерно умеренно расширена.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=73%; FVC (ФЖЕЛ)=70%; FEV-1 (ОФВ1)=66%; FEV-1/FVС=86%; PEF (ПОС)=50%.

В крови: Л=5,4; НЬ=104; Ц.П.=0,9; П/Я=4; С/Я-52; Э=1; Лимф.=32; М=7; СОЭ=11 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка – слабо положительны.

**Задания**:

1. Каков дифференциально-диагностический ряд?

2. Необходимые методы дообследования?

3. Метод верификации?

**Задача 21**

Больной Б., 57 лет, жалуется на одышку и кашель, существующие 5 лет и постепенно усиливающиеся, особенно при физической нагрузке. Рентгенологически в легких определяется выраженное усиление и деформация легочного рисунка, признаки эмфиземы, увеличение правых отделов сердца. В легких дыхание везикулярное, ч.д.д. 23 в мин.

ФВД: VC (ЖЕЛ)=83%; FVC (ФЖЕЛ)=76%; FEV-1 (ОФВ1)=67%; FEV-1/FVC=67%; PEF (ПОС)=51%.

В крови: Л-5,4; НЬ-134; Ц.П.=1,2; ПЯ=4; СЯ=52; Э=1; Лимф.=32; М=7; СОЭ-11 мм/час.

Показатели тимоловой пробы, С-реактивного белка -отрицательны.

**Задания**:

1. Дифференциально-диагностический ряд?

2. Методы дообследования?

**Ответы к задачам**

**Задача 1**

1. ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. ПИК. Стеноз ПНА, ОА, Окклюзия ПКА. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертензия III ст. ОВР. Ремоделированное сердце. СН II А. ФК II. Дислипидемия. Сахарный диабет? Ожирение II ст.

2. Показано обследование:

- тест 6-мин ходьбы;

- гликемический профиль

- конс. эндокринолога

- конс. кардиохирурга

3. Лечение:

Соблюдение режима труда и отдыха.

Диета с ограничением соли до 5 г/сут, жидкости, животных жиров, легкоусвояемых углеводов.

- Аспирин 0,5 – 1/4т в обед

- Аторвастатины (торвакард) 40 мг – 1т вечером под контролем липидного спектра, трансаминаз

- Бисопролол 5 мг (конкор, бидоп) – 1т утром

- Периндоприл (престариум А 5 мг) – 1т вечером

- Амлодипин 5 мг – 1/2т вечером под контролем АД

- Нитраты - ситуационно

Решить вопрос о необходимости проведения АКШ.

**Задача 2**

1. ИБС. Микроваскулярная стенокардия. СН I. ФК II. Дислипидемия.

2. Показано обследование: - тест 6-мин ходьбы;

3. Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением животных жиров.

- метаболическая терапия (предуктал МВ 35 мг – 1т х 2 раза в день)

- Аторвастатины (торвакард) 40 мг – 1т вечером под контролем липидного спектра, трансаминаз

- Бисопролол 5 мг (конкор, бидоп) – 1т утром

- Периндоприл (престариум А 5 мг) – ½ т вечером под контролем АД

- Нитраты - ситуационно

Решить вопрос о необходимости проведения АКШ.

**Задача 3**

1. Артериальная гипертензия III степ. ОВР. Гипертоническое сердце. Осложненный криз. СН IIA. ФК II. Дислипидемия. Ожирение II.

2. Показано обследование:

- исключить вторичный характер гипертензии

- ЭКГ в динамике

 3. Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением соли, животных жиров.

- перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.

- лазикс 40 мг – в/в однократно

После купирования криза к лечению добавить

- Аторвастатины (торвакард) 10 мг – 1т вечером под контролем липидного спектра, трансаминаз

- Бисопролол 5 мг (конкор, бидоп) – 1т утром

- Периндоприл (престариум А 5 мг) – ½ т вечером под контролем АД

- индапамид 2,5 мг – 1т утром

**Задача 4**

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертензия II степ. ОВР. СН I. ФК II. Дислипидемия. Ожирение II.

2. Показано обследование:

- определение биомаркеров некроза миокарда

- ЭКГ, ЭХО-КГ в динамике

3. Лечение: Режим постельный. Госпитализация в РО. Диета с ограничением соли, животных жиров.

-обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)

-нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение: перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.

- аспирин 250 мг внутрь

- клопидогрел 300 мг внутрь

- гепарин

- тромболитическая терапия

-β-блокаторы, И-АПФ – в первые сутки при стабильной гемодинамике

**Задача 5**

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда. ПИК. Артериальная гипертензия III ст. ОВР. ОСН по Killip IV (кардиогенный шок). Дислипидемия. Сахарный диабет, 2 тип

2. Показано обследование:

- определение биомаркеров некроза миокарда

-контроль уровня глюкозы крови

- ЭКГ, ЭХО-КГ в динамике

3. Лечение: Режим постельный. Госпитализация в РО.

- кислородотерапия

-обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)

- аспирин 250 мг внутрь

- клопидогрел 300 мг внутрь

- гепарин в/в болюсно 5 тыс Ед

-200 мл физраствора за 10 мин, затем переходят на введение плазмоэкспандеров (глюкоза 5%, реополиглюкин) со скоростью 500 мл/ час до общего объема 500 – 1000 мл под контролем АД, аускультативной картины в легких

- при отсутствии эффекта от проводимой терапии – допамин 5 мкг/кг/мин

- инсулин по сахару крови

-β-блокаторы, И-АПФ только при стабилизации гемодинамики

**Задача 6**

1. ИБС. Вазоспастическая стенокардия. СН I. Дислипидемия.

2. Показано обследование: - ЭКГ в динамике

3. Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением животных жиров.

- отмена β-блокаторов

- амлодипин 2,5 мг – на вечером

- нитраты ситуационно

- периндоприл 5мг – 1/2т утром

- аспирин 125 мг внутрь после еды

**Задача 7**

1. ИБС. Нестабильная стенокардия. ПИК. Артериальная гипертония III. ОВР. СН II А. Отек легких.

2. Обследование:

- ЭКГ в динамике

- ЭХОКГ

- Rg-графия легких в динамике

3. Лечение: Госпитализация в РО. Положение – полусидя.

- оксигенотерапия

- пеногашение

-обезболивание (морфин, дробно по 2 мг до купирования болевого синдрома)

-нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение: перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД.

- лазикс 40 мг – в/в

- гепарин 5 тыс ЕД В/в болюсно

**Задача 8**

1. Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертензия (злокачественное течение). СН I.

 Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.

2. Обследование:

-Брюшная аортография (ангиография почечных артерий), из неинвазивных методов информативными могут быть МР-томография и дуплексное сканирование почечных артерий. Исследование активности ренина плазмы.

3. Хирургическое лечение.

**Задача 9**

1. Острый миокардит. СН II Б. ФК III.

2. Лечение: Режим постельный.

-ибупрофен 400 мг – 1т х 4 раза в день

-омез 20 мг – 1к х 2 раза в день

-метапролол 25 мг – 1т х 2 раза в день

-диувер 5 мг – 1т утром

-престариум А 5 мг – 1/2т вечером

**Задача 10**

Врожденная аномалия сердца: систолический мостик передней нисходящей артерии. Гемодинамическая стенокардия. Частая желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan. Преходящая АВ-блокада I cтепени. Артериальная гипертония III степни. ВР. СН I, ФК II.

**Задача 11**

ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Артериальная гипертония III степени, III стадии. ОВР. СН I, ФК II.

**Задача 12**

ИБС. Стабильная стенокардия II-III ФК. ПИКС (по ЭХО-КС). Бинодальная дисфункция: СССУ (синусовая брадиаритмия), преходящая АВ-блокада II степени тип 2:1, II степени Мебитц 1. Эквиваленты МЭС. Артериальная гипертония III степени, III стадии. ОВР. СН II А (Легочная гипертензия), ФК III.

**Задача 13**

Артериальная гипертония III степени, III стадии. ОВР. Персистирующее трепетание предсердий, тахисистолический вариант. СН II А (Легочная гипертензия. Выпот в плевральную полость. Гидропеикард.), ФК IV.

**Задача 14**

ИБС. Стабильная стенокардия Ш ФК. Постоянная форма фибрилляции предсердий брадисистолический варрант. Желудочковая экстрасистолия V гр. по Ryan. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Приступы МАС. Артериальная гипертония III степени, III стадии. ОВР. СН I, ФК Ш.

**Задача 15**

ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan. Артериальная гипертония III степени.III стадии. ОВР. СН I, ФК II.

**Задача 16**

Постмиокардитический кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Аритмогенная дилятация полостей сердца. Недостаточность митрального клапана II степени, трикуспидального клапана II степени относительного характера. Артериальная гипертония III степени. III стадии. ОВР. C II Б (Легочная гипертензия. Двухсторонний гидроторакс. Гидроперикард. Застой в системе НПВ.). ФК IV.

Эрозивный гастрит.

**Задача 17**

ИБС. Стабильная стенокардия I ФК. Постоянная форма фибрилляции предсердий, брадисистолический вариант Приступы МЭС. Артериальная гипертония II степени.III стадии. ОВР. СН I, ФК Ш.

**Задача 18**

Семейная гиперхолестеринемия. Многососудистое поражение. ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Перемежающая хромота. Артериальная гипертензия III стадии, III степени. ОВР. СН I ФК III.

 **Задача 19**

ДКМП. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахи-брадисистолический вариант. Желудочковая экстрасиситолия V градации по Ryan. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Артериальная гипертония II степени, III стадии. ОВР. СН II Б (Легочная гипертензия. Эквиваленты сердечной астмы. Застой в системе НПВ.), ФК IV.

**Задача 20**

Застойное легкое при СН, саркоидоз Бека II стадии, прикорневая пневмония. Необходимы Т-графия средостения, ЭхоКС с оценкой состояния внутрисердечной гемодинамики, пробный курс антибиотикотерапии в течение 5-7 дней, пробный курс кардиотропной и разгрузочной (мочегонные) терапии.

**Задача 21**

ХОБЛ, бронхиальная астма, СН, первичная легочная гипертензия. Необходимо уточнение анамнеза о курении, профмаршруте, здоровья семейного, эпизодов аллергии у больного и его родственников, ЭхоКС с определением АД легочной артерии и внутрисердечной гемодинамики, газы крови и Sa02, проба с физической нагрузкой и регистрацией ЭКГ и ФВД, осмотр ЛОР и аллерголога.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Подготовка кадров высшей квалификации - ординатура

Специальность: 31.08.39 « Лечебная физкультура и спортивная медицина »

Дисциплина: Кардиология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, по­ражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.
2. Реабилитация больных с инфарктом миокарда: виды, методики, клиническое значение.
3. Проблемно-ситуационная задача №5

Заведующий кафедрой

госпитальной терапии им. Р.Г.Межебовского

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент И.В.Ткаченко

 «\_\_\_\_» марта 2019

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать факторы риска и патогенеза, классификацию, формы и клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы заболеваний; общие и специальные методы исследования, методы их раннего выявления и профилактику | вопросы №1-40 |
| Уметь выявлять факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы , клинические симптомы и синдромы, проводить диагностику, применять общие и специальные методы исследования, применять методы их раннего выявления и профилактику. | практические задания №1-21 |
| Владеть навыками получения исчерпывающей информации от больного, применения объективных методов исследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента , применения общих и специальных методов исследования при кардиологических заболеваниях с оценкой (анализом) данных лабораторных и биохимических методов исследования, данных инструментальных методов обследования, проведением дифференциальной диагностики, обоснованием клинического диагноза. | практические задания №1-21 |
| 2 | ПК-6 готовность к применению методов лечебной физкультуры пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи  | Знать принципы ведения и лечения пациентов с кардиологическими заболеваниями. | вопросы №1-40 |
| Уметь определять тактику ведения и лечения пациентов с кардиологическими заболеваниями, определять показания для медикаментозной терапии. | практические задания №1-21 |
| Владеть навыками ведения и лечения пациентов с кардиологическими заболеваниями, выбора показаний к назначению медикаментозной терапии. | практические задания №1-21 |