

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
Валиуллин Н. А.



2023 г.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ  
Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и  
реабилитации больных с острым коронарным синдромом**

Разработчик	Кафедра госпитальной терапии №1
Специальность/направление подготовки	30.05.02 Медицинская биофизика
Наименование ООП	30.05.02 Медицинская биофизика
Квалификация	врач – биофизик
ФГОС ВО	Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020г. №1002

## Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 30.05.02 Медицинская биофизика, изучивших дисциплину «Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом»

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине

### Паспорт оценочных материалов по дисциплине «Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/направление подготовки	Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Госпитальная терапия №1
3.	Автор-разработчик	Заведующая кафедрой проф. Муталова Э.Г.
4.	Наименование дисциплины	Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	72 ч/2 з.е.
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	150
8.	Количество заданий	30
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	60 минут
14.	Вопросы к аттестации	15
15.	Задачи	10

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

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований	ОПК-2.2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека
ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи	ОПК-3.3. Использует медицинские изделия, лекарственных средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии в медицинских и научных исследованиях.
ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	ПК-3.2. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Компетенции  /индикаторы достижения компетенции	Тестовые вопросы	Правильные ответы
---	------------------	-------------------

**Выберите один правильный ответ**

ОПК-2/ОПК-2.2	1.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ а) АВ блокада III степени б) беременность в) сахарный диабет г) хроническая сердечная недостаточность	а
ОПК-2/ОПК-2.2	2. ПРИ НЕКЛАПОННОЙ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ целевое МНО должно находиться в пределах от 2,0-3,0 на фоне приема а) апиксабана б) варфарина в) клопидогреля г) дабигатрана	б
ОПК-2/ОПК-2.2	3.НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ а) КФК б) тропонина в) миоглобина г) ЛДГ	в
ОПК-2/ОПК-2.2	4.ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИРОДЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ) ПРИМЕНЯЮТ ПРОБУ а) проксимальной компрессии б) нитроглицериновую в) дистальной компрессии г) с натуживанием (Вальсальвы)	а
ОПК-2/ОПК-2.2	5.СПЕЦИФИЧНЫМ ТЕСТОМ цитолиза являются а) АЛТ. АЛС б) билирубин в) щелочная фосфатаза г) ГГТП	а
ОПК-2/ОПК-2.2	6.ПРИЗНАКОМ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:	а

	<p>а) снижение темпа диуреза менее 40 мл/час</p> <p>б) боль в эпигастральной области</p> <p>в) стойкая гипотония</p> <p>г) появление влажных хрипов в нижних отделах легких</p>	
ОПК-2/ ОПК-2.2	<p>7.ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) ритм — 160 ударов в минуту регулярный, широкий комплекс QRS</p> <p>б) ритм — 180 ударов в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS</p> <p>в) ритм — 80 ударов в минуту, регулярный, широкий комплекс QRS</p> <p>г) ритм — 220 ударов в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS</p>	a
ОПК-3/ ПК-3.3	<p>8. НИТРАТАМ НЕ СВОЙСТВЕННО</p> <p>а) уменьшение преднагрузки</p> <p>б) улучшение прогноза при ИБС</p> <p>в) постуральная тахикардия</p> <p>г) улучшение качества жизни при ИБС</p>	a
ОПК-3/ ПК-3.3	<p>9. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА (ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ЭТО</p> <p>а) статины</p> <p>б) фибраты</p> <p>в) секвестранты жирных кислот</p> <p>г) никотиновая кислота</p>	a
ПК-3/ ОПК-3.2	<p>10.ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:</p> <p>а) полной атриовентрикулярной блокаде</p> <p>б) фибрилляции желудочков</p> <p>в) фибрилляции предсердий</p> <p>г) желудочковой экстрасистолии</p>	a
ПК-3/ ОПК-3.2	<p>11.ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:</p> <p>а) полной атриовентрикулярной блокаде</p> <p>б) фибрилляции желудочков</p>	a

	<p>в) фибрилляции предсердий</p> <p>г) желудочковой экстрасистолии</p>	
ПК-3/ОПК-3.2	<p>12.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) синдром Дреслера</p> <p>б) нарушение ритма</p> <p>в) отрыв сосочковых мышц</p> <p>г) аневризма желудочков</p>	б
ПК-3/ОПК-3.2	<p>13.ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ ОСТАНОВКУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА:</p> <p>а) собственной безопасности врача; оценка сознания; оценка дыхания</p> <p>б) пульса и реакции зрачков на свет; оценка ранних трупных признаков</p> <p>в) роговичного (корнеального) рефлекса и симптома «кошачьего зрачка»</p> <p>г) температуры тела, оценка наличия трупных пятен и трупного окоченение</p>	а
ПК-3/ОПК-3.2	<p>14.ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) имплантация кардиовертера-дефибриллятора</p> <p>б) ограничение физической нагрузки</p> <p>в) длительный прием статинов</p> <p>г) радиочастотная абляция</p>	а
ПК-3/ОПК-	15.ХАРАКТЕР ЭКСТРЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	б

3.2	<p>(ТРОМБОЛИЗИС) ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) наличием зубца Q на электрокардиограмме</p> <p>б) положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии на электрокардиограмме</p> <p>в) наличием (-) зубца T на электрокардиограмме</p> <p>г) появлением экстрасистолы на электрокардиограмме</p>	
ПК-3/ОПК-3.2	<p>16. БОЛЬНОЙ 54 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ: ПОВТОРНЫЙ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПЕРЕХОДОМ НА ВЕРХУШКУ И БОКОВУЮ СТЕНКУ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ПРИ ОСМОТРЕ: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, БЛЕДЕН, ХОЛОДНЫЙ ЛИПКИЙ ПОТ, АКРОЦИАНОЗ. В ЛЕГКИХ — ЕДИНИЧНЫЕ НЕЗВОНКИЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ. ЧСС — 110 В МИНУТУ, ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ — 24 В МИНУТУ, АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 80/60 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ. ОЛИГУРИЯ. БОЛЬНОЙ ВОЗБУЖДЕН, НЕАДЕКВАТЕН. ДИАГНОЗ:</p> <p>а) транзиторная гипотензия</p> <p>б) кардиогенный шок</p> <p>в) острый соматогенный психоз</p> <p>г) начинающийся отек легких</p>	б
<b><i>Выберите несколько правильных ответов</i></b>		
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>17. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ И ПАУЗЫ В 3500 МС ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ</p> <p>а) синдрома Фридерика</p> <p>б) синдрома слабости синусового узла</p> <p>в) выраженного атеросклероза правой коронарной артерии</p> <p>г) синдрома Бругада</p>	б, в
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>18. СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ следующими факторами:</p> <p>а) Активностью симпатической нервной системы;</p> <p>б) Частотой сердечных сокращений;</p> <p>в) Выраженной дилатацией желудочков любого генеза;</p>	а, б, в

	г) Активностью парасимпатической нервной системы.	
ОПК-2/ОПК-2.2	19.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТ характерны следующие признаки: а) Одышка; б) Гидроторакс; в) Положение ортопноэ; г) Влажные хрипы в легких.	а, в, г
ОПК-2/ОПК-2.2	20.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТ характерны следующие признаки: а) Сердечная астма; б) Набухание шейных вен; в) Отеки голеней и стоп; г) Гепатомегалия.	б, в, г
ОПК-2/ОПК-2.2	21.ЭКГ признаки миграции суправентрикулярного водителя ритма: а) Постепенное изменение формы и полярности зубца Р; б) Синдром тахи-/брадикардии в) Изменение продолжительности интервала P-Q (R); г) Нерезко выраженные колебания продолжительности интервалов R-R (P-P).	а, в, г
ОПК-2/ОПК-2.2	22.ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ вызывающие синусовую тахикардию: а) Гипотиреоз; б) Лихорадка; в) Острая сосудистая недостаточность; г) Анемия.	б, в, г
ОПК-2/ОПК-2.2	23.ДЕФИЦИТ АНТИТРОМБИНА МОЖЕТ СНИЖАТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ: а) варфарина б) нефракционированного гепарина в) низкомолекулярного гепарина г) ривароксабана	б, в
ОПК-2/ОПК-2.2	24.ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА на фоне ОКС НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: а) отеки	а, в

	<p>б) лихорадка</p> <p>в) протеинурия</p> <p>г) лейкоцитурия</p>	
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>25.К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ 2-й ЛИНИИ для лечения стабильной стенокардии относятся</p> <p>а) антагонисты кальция</p> <p>б) длительно действующие нитраты</p> <p>в) нитраты короткого действия</p> <p>г) ингибиторы if-рецепторов синусового узла</p>	б, г
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>26.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ИАПФ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>а) кандесартан</p> <p>б) эпросартан</p> <p>в) валсартан</p> <p>г) лозартан</p>	а, в, г
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>27.НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ КОМБИНАЦИИ ДИГОКСИНА С:</p> <p>а) амиодароном</p> <p>б) хинидином</p> <p>в) верапамилом</p> <p>г) нифедипином</p>	а, б, в
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>28.ПАЦИЕНТАМ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а) нитратов</p> <p>б) антагонистов кальция дигидропиридинового ряда</p> <p>в) диуретиков</p>	а, б, г

	г) ингибиторов АПФ	
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>29.К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) предшествующий прием варфарина  б) геморрагический инсульт в анамнезе  в) инсульт неизвестной этиологии в анамнезе  г) беременность</p>	б, в
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>30.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИОКАРДА:</p> <p>а) Эуфиллин  б) сальбутамол  в) бекломтазон  г) фенотерол</p>	а, б, г
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>31.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИОКАРДА?</p> <p>а) промедол  б) преднизолон  в) эуфиллин  г) пропранолол</p>	а, г
ПК-3/ПК-3.2	<p>32.ОСТРЫЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И ОДЫШКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:</p> <p>а) тромбоза легочной артерии  б) пневмоторакса  в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  г) острого миокардита</p>	а, б
ПК-3/ПК-3.2	<p>33.УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ:</p> <p>а) Наличие пузырьков воздуха в крови,  б) алый цвет рвотных масс</p>	а, б

	<p>в) чувство распирания и жжения за грудиной</p> <p>г) Проявления дыхательной недостаточности уменьшаются</p>	
ПК-3/ПК-3.2	<p>34.БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА – КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТЫ:</p> <p>а) миоглобин;</p> <p>б) МВ-КФК;</p> <p>в) тропонин I;</p> <p>г) тропонин T.</p>	б, в, г
ПК-3/ПК-3.2	<p>35.ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА на фоне ОИМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а) отеки</p> <p>б) лихорадка</p> <p>в) протеинурия</p> <p>г) лейкоцитурия</p>	а, в
ПК-3/ПК-3.2	<p>36.ДЛЯ В<sub>12</sub>-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ:</p> <p>а) лейкопения</p> <p>б) лейкоцитоз</p> <p>в) тромбоцитопения</p> <p>г) тромбоцитоз</p>	а, в
ПК-3/ПК-3.2	<p>37.ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ - ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ:</p> <p>а) I, aVL</p> <p>б) V5-V6</p> <p>в) VR3, VR4</p>	а, б

	г) II, III, aVF	
--	-----------------	--

<b>Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов</b>		
ПК-3/ПК-3.2	<p>38. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ изменений на ЭКГ при Q-инфаркте миокарда по стадиям: острая; подострая; рубцевания</p> <p>А. как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ фиксируется стойкий подъем сегмента ST</p> <p>Б. сегмент ST на изолинии с формированием патологического зубца Q и отрицательного зубца T;</p> <p>В. сегмент ST на изолинии с сохранением патологического зубца Q; з.Т может быть как положительным, так и отрицательным</p>	А-Б-В
ПК-3/ПК-3.2	<p>39. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СТАДИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА</p> <p>А. Рубцовая (заживший ИМ)</p> <p>Б. Подострая</p> <p>В. Острая</p> <p>Г. Острейшая (ишемическая)</p>	Г-В-Б-А
ПК-3/ПК-3.2	<p>40. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЕ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА</p> <p>А. некроз</p> <p>Б. ишемия</p> <p>В. повреждение</p> <p>Г. фиброз</p>	Б-В-А-Г
ПК-3/ПК-3.2	<p>41. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST</p> <p>А. сегмент ST стремится к изолинии, формируется отрицательный зубец T</p> <p>Б. глубокий симметричный зубец T</p> <p>В. формирование патологического зубца Q</p> <p>Г. Элевация сегмента ST</p>	Б-Г-В-А
ПК-3/ПК-3.2	<p>42. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ</p> <p>А. Наложение жгута выше места введения ЛП</p>	Б-А-В-Г

	<p>Б. Прекратить введение препарата, вызвавшего шок, сохранение венозного доступа</p> <p>В. Введение Адреналина, Преднизолона</p> <p>Г. Контроль пульса, АД</p>	
ПК-3/ПК-3.2	<p>43.УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ:</p> <p>А. лидокаин в дозе 80 -120 мг в/в струйно за 30 сек, затем внутривенно капельно 1–4 мг /мин</p> <p>Б. Магnezия сульфат 2,5 -5 мг за 1–2 мин, последующая инфузия 3-20 мг в мин.</p> <p>В. новокаиnamид 100 мг в течение 2 мин внутривенно струйно с повторным введением каждые 5 мин до достижения эффекта или общей дозы 1000 мг</p> <p>Г. электроимпульсная терапия</p>	А-В-Г-Б
ПК-3/ПК-3.2	<p>44.УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ:</p> <p>а) атропин 1 мг в/в струйно до суммарной дозы 0,04 мг/кг</p> <p>б) дофамин 10–20 мкг/кг/мин</p> <p>в) эуфилин 240 -480 мг в/в струйно</p> <p>г) изадрин 0,05% -2 мл в/в струйно</p>	а, г, в, б
ПК-3/ПК-3.2	<p>45.УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ:</p> <p>а) Пациента следует уложить в постель, обеспечить доступ свежего воздуха</p> <p>б) под язык принять 2 таблетки Каптоприла по 25 мг (нифедина 5 мг). Можно добавить таблетку Фуросемида - 40 мг.</p> <p>в) при повышенной нервной возбудимости дать капли Валокардина, валериану или пустырник (30-40 капель),</p>	а, б, в, г

	глицин. г) через 30 мин повторно измерить давление.	
<b>Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов</b>		
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>46.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СИНДРОМАМИ</p> <p>А. повышение АсАТ, АлАТ  Б. повышение ЩФ, ГГТП, прямого билирубина, холестерина  В. повышение СРБ, гамма-глобулинов  Г. повышение билирубина, снижение альбумина, снижение холестерина, снижение ПТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>холестаз</li> <li>гепатоцеллюлярная недостаточность</li> <li>мезенхимальное воспаление</li> <li>цитоллиз</li> </ol>	<p>А-4  Б-1  В-3  Г-2</p>
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>47.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СИНДРОМАМИ</p> <p>А. повышение лейкоцитов, СОЭ, МВ-КФК  Б. повышение Д-димеров  В. повышение СРБ, гамма-глобулинов, серомукоидов и КФК  Г. Повышение тропонинов, миоглобина, МВ-КФК, натрий-уретических пептидов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>венозное тромбообразование</li> <li>ОКС с сердечной недостаточностью</li> <li>воспаление при миокардите</li> <li>резорбционно-некротический синдром при инфаркте миокарда</li> </ol>	<p>А-4  Б-1  В-3  Г-2</p>
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>48.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СИНДРОМАМИ:</p> <p>А. повышение АсАТ, АлАТ</p> <p>Б. повышение ЩФ, ГГТП, прямого билирубина, холестерина</p> <p>В. повышение СРБ, гамма-глобулинов</p> <p>Г. повышение билирубина, снижение альбумина, снижение холестерина, снижение ПТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>холестатический синдром</li> <li>гепатоцеллюлярная недостаточность</li> </ol>	<p>А – 4  Б – 1  В – 3  Г – 2</p>

	<p>3. мезенхимальное воспаление</p> <p>4. цитолитический синдром</p>	
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>49. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ И АТИПИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ОИМ</p> <p>А. признаки ОНМК</p> <p>Б. признаки ОЛЖН</p> <p>В. болевой синдром в эпигастральной области</p> <p>Г. отсутствие болевого синдрома</p> <p>1. гастралгический вариант</p> <p>2. астматический</p> <p>3. цереброваскулярный</p> <p>4. безболевой</p>	<p>А-3</p> <p>Б-2</p> <p>В-1</p> <p>Г-4</p>
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>50. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРЕПАРАТАМИ И УКАЗАННЫМИ ВИДАМИ ОСТНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <p>А. Атропин</p> <p>Б. Адреналин</p> <p>В. Амiodарон</p> <p>Г. Лидокаин</p> <p>1. фибрилляция желудочков</p> <p>2. асистолия</p>	<p>А-2</p> <p>Б-1,2</p> <p>В-1</p> <p>Г-1</p>
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>51. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАЗНАЧЕНИЕМ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ /АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ/ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И НОЗОЛОГИЯМИ</p> <p>А. двойная дезагрегантная, антикоагулянтная, тромболитическая терапия</p> <p>Б. пероральные антикоагулянты</p> <p>В. один дезагрегант</p> <p>Г. двойная дезагрегантная, антикоагулянтная</p> <p>1. Постоянная форма фибрилляции предсердий</p> <p>2. Стабильная стенокардия напряжения</p> <p>3. ОКС с подъемом ST, первые 3 часа</p> <p>4. ОКС без стойкого подъема ST, первые 6 часа</p>	<p>А-3</p> <p>Б-1</p> <p>В-2</p> <p>Г-4</p>
ОПК-3/ОПК-3.3	<p>52. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГРУППОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ И МЕХАНИЗМОМ</p>	<p>А – 3</p>

	<p>ИХ ДЕЙСТВИЯ:</p> <p>А. антагонисты кальция</p> <p>Б. сартаны</p> <p>В. ингибиторы АПФ</p> <p>Г. диуретики</p> <p>1. уменьшает образование ангиотензина II из ангиотензина I</p> <p>2. увеличивает выделение с мочой ионов натрия, хлора и в меньшей степени ионов калия и магния</p> <p>3. тормозят проникновение ионов кальция в мышечные клетки сердца и сосудов</p> <p>4. специфический антагонист ангиотензина II</p>	<p>Б – 4</p> <p>В – 1</p> <p>Г – 2</p>
<p>ПК-3/ПК-3.2</p>	<p>53.ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST (А) И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (Б) ПРОВОДИТСЯ:</p> <p>1. проведение первичного ЧКВ в течение 90–120 минут от первого контакта с медицинским персоналом</p> <p>2. проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ</p> <p>3. респираторная поддержка</p> <p>4. длительный прием пероральных антикоагулянтов</p>	<p>А -1</p> <p>А -2</p> <p>Б -3</p> <p>Б -4</p>
<p>ПК-3/ПК-3.2</p>	<p>54.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СИНДРОМОМ И ЕГО КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:</p> <p>А. ортопноэ</p> <p>Б. платипноэ</p> <p>В. диспноэ</p>	<p>А – 1</p> <p>Б – 4</p> <p>В – 3</p> <p>Г – 2</p>

	<p>Г. трепопноэ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. вынужденное сидячее положение с опущенными вниз ногами</li> <li>2. одышка, которая ощущается в положении лежа на одном боку</li> <li>3. ощущение нехватки воздуха</li> <li>4. возникновение или усиление одышки в вертикальном положении</li> </ol>	
ПК-3/ПК-3.2	<p><b>55.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ</b></p> <p>А. повышение АсАТ, АЛАТ</p> <p>Б. повышение ЩФ, ГГТП, прямого билирубина, холестерина</p> <p>В. повышение СРБ, гамма-глобулинов</p> <p>Г. повышение билирубина, снижение альбумина, снижение холестерина, снижение ПТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. холестаз</li> <li>2. гепатоцеллюлярная недостаточность</li> <li>3. мезенхимальное воспаление</li> <li>4. цитолиз</li> </ol>	<p>А-4</p> <p>Б-1</p> <p>В-3</p> <p>Г-2</p>
ПК-3/ПК-3.2	<p><b>56.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ</b></p> <p>А. повышение лейкоцитов, СОЭ, МВ-КФК</p> <p>Б. повышение Д-димеров</p> <p>В. повышение СРБ, гамма-глобулинов, серомукоидов и КФК</p> <p>Г. Повышение тропонинов, миоглобина, МВ-КФК, натрий-уретических пептидов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. венозное тромбообразование</li> <li>2. ОКС с сердечной недостаточностью</li> <li>3. воспаление при миокардите</li> <li>4. резорбционно-некротический синдром при инфаркте миокарда</li> </ol>	<p>А-4</p> <p>Б-1</p> <p>В-3</p> <p>Г-2</p>
ПК-3/ПК-3.2	<p><b>57.УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ</b></p> <p>А. повышение АсАТ, АЛАТ</p> <p>Б. повышение ЩФ, ГГТП, прямого билирубина, холестерина</p> <p>В. повышение СРБ, гамма-глобулинов</p> <p>Г. повышение билирубина, снижение альбумина, снижение холестерина, снижение ПТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. холестатический синдром</li> </ol>	<p>А – 4</p> <p>Б – 1</p> <p>В – 3</p> <p>Г – 2</p>

	2. гепатоцеллюлярная недостаточность	
	3. мезенхимальное воспаление	
	4. цитолитический синдром	

Тестовые задания открытого типа		
<i>Дополните</i>		
ОПК-2/ОПК-2.2	1. К возможной причине, приводящей к развитию левожелудочковой недостаточности относят	инфаркт передней стенки левого желудочка
ОПК-2/ОПК-2.2	2.Повышение какого показателя в крови говорит о сердечной недостаточности?	натрийуретического пептида
ОПК-2/ОПК-2.2	3.У больных с неконтролируемой артериальной гипертензией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития	формирования аневризмы с возможным разрывом миокарда
ОПК-2/ОПК-2.2	4.Сердце обладает рядом функций, определяющих особенности его работы –	Функции автоматизма, проводимости, возбудимости, сократимости, рефрактерности.
ОПК-2/ОПК-2.2	5.Уровень артериального давления зависит от нескольких существенных факторов –	Величины сердечного выброса, емкости артериальной системы, интенсивности оттока крови, напряжения стенок артериальных сосудов, объема циркулирующей крови.
ОПК-2/ОПК-2.2	6.Какие изменения характерны для афибриногенемии по коагулограмме (АЧТВ, ПВ, ТВ)	отсутствие наступления свертывания по АЧТВ, ПВ и ТВ
ОПК-2/ОПК-2.2	7.Отличительные особенности спортивного сердца	Диаметр полости левого желудочка более 55 мм
ОПК-2/ОПК-2.2	8.С учетом течения и длительности ФП выделяют следующие ее типы	впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительная персистирующая, постоянная

ОПК-2/ОПК-2.2	9.Синусовой брадикардией называется синусовый ритм с ЧСС ___ в минуту.	менее 60 в минуту
ОПК-2/ОПК-2.2	10.Самым частым осложнением инфекционного эндокардита является	тромбоэмболический синдром
ОПК-2/ОПК-2.2	11.Общие факторы риска развития ИБС и внезапной смерти (ВС) среди лиц с ИБС	Дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет
ОПК-2/ОПК-2.2	12.Диагноз «миокардит» достоверно можно поставить по результатам	биопсии миокарда
ОПК-2/ОПК-2.2	13.Целевые значения АД у пациентов с АГ должны быть достигнуты в течение	3-х месяцев
ОПК-2/ОПК-2.2	14.Основными функциями малого круга кровообращения являются –	Обеспечение перфузии легких, адекватной легочной вентиляции и поступление оксигенированной артериальной крови в левые отделы сердца и большой круг кровообращения.
ОПК-2/ОПК-2.2	15.Уровень иммуноглобулинов этого класса преимущественно возрастает при хронических формах инфекционного миокардита	IgG
ОПК-2/ОПК-2.2	16.Важнейшие эндотелий-зависимые вазоконстрикторные субстанции, повышающие сосудистый тонус, агрегацию тромбоцитов и свертываемость крови – имеют значение при.....	Эндотелин-1, тромбоксан А <sub>2</sub> , простагландин РGH <sub>2</sub> , ангиотензин II. Артериальной гипертензии
ПК-3/ПК3.2	17.Наиболее частой формой инфаркта миокарда является	ангинозная
ПК-3/ПК3.2	18.Пациентам с острым с Q-инфарктом миокарда рекомендуется назначение статинов с целью	Стабилизации атеросклеротической бляшки
ПК-3/ПК3.2	19.Пациентам с острым с Q-инфарктом миокарда рекомендуется назначение ингибиторов АПФ с целью	Профилактики процессов ремоделирования миокарда

ПК-3/ПК3.2	20.Первичная ЧКВ пациентам с Q-инфарктом миокарда проводится в течение первых	120 минут
ПК-3/ПК3.2	21.Важнейший интегральный показатель систолической функции сердца, указывающий, какая часть конечно-диастолического объема крови выбрасывается из желудочков во время их систолы –	Фракция выброса.
ПК-3/ПК3.2	22.Диастолическая функция сердца – это способность желудочков во время диастолы вместить необходимый объем крови, поступающий в них из предсердий; она определяется несколькими факторами –	Скоростью активного расслабления миокарда желудочков; степенью податливости стенки желудочка, которая зависит от величины мышечной массы желудочка, наличие участков фиброза, некроза или воспаления, от эластичности листков перикарда; эффективностью сокращений предсердий.
ПК-3/ПК3.2	23.Расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты по эхо-кг может быть заподозрена при наличии	двойного контура стенки аорты
ПК-3/ПК3.2	24.Для тахисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерна частота (в минутах)	Более 80
ПК-3/ПК3.2	25.При наличии фибрилляции предсердий у больных ХСН определяется дефицит пульса, что является одним из факторов, определяющих прогноз заболевания –	Это разность между числом сердечных сокращений и частотой пульса.
ПК-3/ПК3.2	26.Термин «рецидив» инфаркта миокарда применяется в случае, если	острый инфаркт миокарда развивается в течение 28 дней, прошедших с момента первого инфаркта миокарда
ПК-3/ПК3.2	27.К механизму повреждения	Выход лизосомальных ферментов в цитоплазму,

	кардиомиоцитов относятся	гипергидратация клетки, активация мембранных и внутриклеточных фосфолипаз
ПК-3/ПК3.2	28.Второй тип расслоения аорты по классификации Де Беки в зависимости от их локализации	Расслоение происходит и сохраняется в восходящей аорте
ОПК-3/ОПК-3.3	29. Комбинированная гипотензивная терапия на старте лечения пациентов с АГ должна быть назначена уже при	I степени АГ при высоком СС риск
ОПК-3/ОПК-3.3	30.Наиболее эффективными комбинациями гипотензивных препаратов являются	ИАПФ+тиазидные диуретики или антагонисты кальция; Сартаны+ тиазидные диуретики или антагонисты кальция
ОПК-3/ОПК-3.3	31.Стимуляция $\beta$ -1 адренорецепторов сопровождается положительным инотропным, хронотропным, дромотропным и батмотропным эффектами, что проявляется следующими особенностями –	Повышением сократимости миокарда, увеличением ЧСС, силы и скорости сокращений предсердий и желудочков, ускорением проведения электрического импульса в атриовентрикулярном узле, увеличением возбудимости сердечной мышцы.
ОПК-3/ОПК-3.3	32.Кардиотоксичным эффектом вплоть до развития вторичной дилатационной кардиомиопатии обладает противоопухолевый препарат	метатрексат
ОПК-3/ОПК-3.3	33.Основная группа препаратов для первичной профилактики ИБС	статины
ОПК-3/ОПК-3.3	34.При неадекватном контроле чсс при ибс на фоне приема максимальной дозы $\beta$ -адреноблокаторов к терапии следует добавить	ивабрадин
ОПК-3/ОПК-3.3	35.К потенциально опасным комбинациям относят сочетание нпвс	с диуретиками или ингибиторами АПФ
ОПК-3/ОПК-3.3	36.Омепразол относится к следующей группе препаратов	Ингибиторы протонной помпы
ОПК-3/ОПК-3.3	37.Фамотидин относится к группе	H <sub>2</sub> -гистаминоблокаторы

ОПК-3/ОПК-3.3	38. Антиангинальными препаратами 1-й линии для лечения стабильной стенокардии являются	Бета-адреноблокаторы; антагонисты кальция; короткодействующие нитраты
ОПК-3/ОПК-3.3	39. ромболизис при Q-инфаркте миокарда назначается в первые	12 часов от начала заболевания
ОПК-3/ОПК-3.3	40. Эффективность ингибиторов АПФ при ХСН выражается в следующих положительных реакциях –	Замедление процессов ремоделирования сердца, сосудов; предотвращение прогрессирования дилатации ЛЖ; замедлении фиброза миокарда; снижение диастолической ригидности ЛЖ; коронарной вазодилатации; улучшении регионарного кровообращения в почках, мозге и других органах; уменьшение риска возникновения аритмий.
ОПК-3/ОПК-3.3	41. Наиболее клинически значимые эффекты ингибиторов АПФ –	Артериальная гипотензия, гиперкалиемия, ангионевротический отек гортани, ухудшение функции почек при исходной ХПН, сухой кашель.
ОПК-3/ОПК-3.3	42. Противопоказания к назначению тиазидных диуретиков –	Рефрактерная гипокалиемия, гипонатриемия, гиперкальциемия, тяжелая почечная и печеночная недостаточность, подагра.
ОПК-3/ОПК-3.3	43. Эффективность сердечных гликозидов при ХСН объясняется наличием нескольких различных механизмов действия –	Положительный инотропный эффект (увеличение сократимости миокарда), отрицательный

		хронотропный эффект (уменьшение ЧСС), отрицательный дромотропный эффект (замедление проведения электрического импульса), нейромодуляторное действие (снижение повышенной активности САС и РААС).
ОПК-3/ОПК-3.3	44.Основные клинически значимые эффекты $\beta$ -адреноблокаторов –	Отрицательные хронотропный, инотропный, дромотропный эффекты, снижение активности САС и РААС, антиаритмический эффект, антигипертензивный и гипотензивный эффекты, антиангинальный и антиишемический эффекты.
ОПК-3/ОПК-3.3	45.Лечение синусовой брадикардии и гипотонии при инфаркте миокарда в результате вазо-вагальной реакции	Дробное внутривенное введение атропина, начиная с дозы 0,5 мл. При отсутствии эффекта спустя каждые 5 мин повторно вводится 0,5 мл
ОПК-3/ОПК-3.3	46.Максимальные дозы бисопролола у больных сердечной недостаточностью	10 мг
ОПК-3/ОПК-3.3	47.Препараты, применяемые в процессе кардио-пульмональной реанимации при асистолии	Атропин, адреналин
ОПК-3/ОПК-3.3	48.Основным фактором нефропротективного действия ингибиторов АПФ является	Снижение внутриклубочковой гипертензии
ОПК-3/ОПК-3.3	49.Контроль эффективности и безопасности терапии ВАРФАРИНОМ осуществляется с помощью	Международного нормализованного отношения (МНО)

ОПК-3/ОПК-3.3	50.Для профилактики развития толерантности к нитратам рекомендовано	Делать перерыв в приеме нитратов 8–12 часов
ОПК-3/ОПК-3.3	51.Прием статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в	3 раза
ОПК-3/ОПК-3.3	52.Максимальные дозы бисопролола у больных сердечной недостаточностью	10 мг
ОПК-3/ОПК-3.3	53.Препараты, применяемые в процессе кардио-пульмональной реанимации при асистолии	Атропин, адреналин
ОПК-3/ОПК-3.3	54Основным фактором нефропротективного действия ингибиторов АПФ является	Снижение внутриклубочковой гипертензии
ОПК-3/ОПК-3.3	55.Контроль эффективности и безопасности терапии ВАРФАРИНОМ осуществляется с помощью	Международного нормализованного отношения (МНО)
ОПК-3/ОПК-3.3	56.Для профилактики развития толерантности к нитратам рекомендовано	Делать перерыв в приеме нитратов 8–12 часов
ОПК-3/ОПК-3.3	57.Прием статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в	3 раза
<b><i>Вставьте пропущенное слово</i></b>		
ОПК-2/ОПК-2.2	58.К наиболее характерному признаку ЭКГ для больных гипертонической болезнью относят ... левого желудочка.	гипертрофию
ОПК-2/ОПК-2.2	59.... - скрининговый метод для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.	Пульсоксиметрия
ОПК-2/ОПК-2.2	60.Для установления диагноза «стенокардия» обычно достаточно ... больного.	расспроса
ОПК-2/ОПК-2.2	61.Самой частой причиной коронарной недостаточности является ... коронарных артерий.	Атеросклероз

ОПК-3/ОПК-3.3	62.Триамтерен относитмя к ... диуретикам	Калийсберегающим
ОПК-3/ОПК-3.3	63.Абсолютным противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии является ...	Геморрагический инсульт в анамнезе
ОПК-3/ОПК-3.3	64.Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является ...	Кашель
ОПК-3/ОПК-3.3	65.При внутривенном введении верапамила на фоне приема пациентом пропранолола может развиваться ...	Асистолия
ОПК-3/ОПК-3.3	66.Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме ...	Розувостатина
ПК-3/ПК-3.2	67.Наиболее частым осложнением, возникающим в первые часы острого инфаркта миокарда является...	Нарушение ритма
ПК-3/ПК-3.2	68.Наиболее частой причиной острой сердечной недостаточности является...	Ишемическая болезнь сердца
ПК-3/ПК-3.2	69.Назначение непрямых оральных антикоагулянтов при...используют для профилактики тромбэмболических осложнений	Фибрилляции предсердий
ПК-3/ПК-3.2	70.При возникновении пароксизма ...на фоне инфаркта миокарда показано незамедлительное проведение ЭИТ	Устойчивой желудочковой тахикардии
ОПК-3/ОПК-3.3	71.Триамтерен относитмя к ... диуретикам	Калийсберегающим
ОПК-3/ОПК-3.3	72.Абсолютным противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии является ...	Геморрагический инсульт в анамнезе
ОПК-3/ОПК-3.3	73.Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является ...	Кашель
<b>Ответьте на вопрос</b>		
ПК-3/ПК-3.2	74.Основная группа препаратов для патогенетического лечения ОКС с подъемом сегмента ST	тромболитики
ПК-3/ПК-3.2	75Стандартная дозировка аторвастатина назначаемого при остром инфаркте миокарда составляет	80 мг
ПК-3/ПК-3.2	76.В качестве антикоагулянтной терапии у пациентов с протезированным митральным клапаном (механический протез) и наличием постоянной формы фибрилляции предсердий применяется	варфарин

ПК-3/ПК-3.2	77.В течение какого времени применяется двойная дезагрегантная терапия у пациента с ОКС	1 год
ПК-3/ПК-3.2	78.К пероральным антикоагулянтам относятся	варфарин, апиксабан, ривароксабан, дабигатран
ПК-3/ПК-3.2	79.Какому ингибитору АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение?	Фозиноприлу
ПК-3/ПК-3.2	80.Какие группы препаратов должны быть назначены для профилактики осложнений и снижения смертности у больных стабильной стенокардией напряжения?	Статины и дезагреганты
ОПК-2/ОПК-2.2	81.ЭКГ признаками синусовой аритмии является	положительный зубец Р перед QRS во II, разное расстояние RR
ОПК-2/ОПК-2.2	82.На величину артериального давления влияют	общее периферическое сопротивление, величина сердечного выброса, объем циркулирующей крови
ОПК-2/ОПК-2.2	83.Для тиреотоксикоза характерен _____ сердечный выброс	высокий
ОПК-2/ОПК-2.2	84.Признаками хронической артериальной гипертензии у беременных являются	возникновение АГ до 20 недели беременности, существование АГ до беременности, возникновение АГ после 20 недели беременности и сохранение ее через 12 недель после родов
ОПК-2/ОПК-2.2	85.Отсутствие зубца Р на экг, разное расстояние RR, наличие F-волн соответствует	фибрилляции предсердий
ОПК-2/ОПК-2.2	86.Как называется снижение парциального давления кислорода в крови?	Гипоксемия
ОПК-2/ОПК-2.2	87.Какое целевое международное нормализованное отношение при использовании Варфарина у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий?	2,0–3,0
ПК-3/ПК-3.2	88.К кардиоспецифичным изоферментам креатинфосфокиназы относят ...	МВ-КФК
ПК-3/ПК-3.2	89.Какой самый ранний ЭКГ- признак трансмурального инфаркта миокарда?	Подъем сегмента ST

ПК-3/ПК-3.2	90..Применение какого препарата противопоказано при инфаркте миокарда правого желудочка?	Нитроглицерина
ПК-3/ПК-3.2	91.Какой основной критерий успешной реперфузии после проведения системного тромболизиса?	Снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
ПК-3/ПК-3.2	92.Какой препарат назначается при передозировке Варфарина?	Антагонист витамина К
ПК-3/ПК-3.2	93.Какой препарат назначается для профилактики желудочного кровотечения на фоне приема непрямых антикоагулянтов ?	Омепразол

**Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков**

Компетенции	Задачи
ОПК-2, ОПК-3, ПК-3	<p align="center"><b>ЗАДАЧА 1</b></p> <p>Больная К., 69 лет, поступила в отделение кардиореанимации по поводу рецидивирующих загрудинных болей сжимающего характера при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на 2-й этаж, проходящих при прекращении нагрузки.</p> <p><i>Анамнез:</i> Считает себя больной в течение последнего года, когда впервые появились похожие приступы болей при значительных физических нагрузках. Ухудшение в течение последних двух недель, когда после смерти мужа приступы участились. Причиной вызова бригады «скорой помощи» стал впервые развившийся в ночное время болевой приступ, сопровождавшийся страхом смерти, прошедший после введения наркотических анальгетиков.</p> <p>В течение 15 лет отмечает эпизодическое повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области при стрессовых ситуациях. Регулярно не лечилась. Иногда принимает 1 таблетку каптоприла с положительным эффектом (АД снижается до 130/80 мм рт.ст.). При этом АД держится в пределах 130/80 мм рт.ст. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациентки страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа, отец умер в возрасте 55 лет от</p>

	<p>ИМ.</p> <p><i>При осмотре:</i> состояние средней тяжести. Большая нормостенического телосложения, рост - 170 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.</p> <p>ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется несколько ослабленное дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках громче, а в нижних - слабее. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации отмечается приглушение 1 тона на верхушке, акцент 2 тона над аортой. ЧСС - 85 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная. Тропониновый тест при поступлении отрицательный. На ЭКГ синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка: увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях <math>R_{V4} &lt; r_{V6}</math>, <math>R_{V6} + V_2 = 38</math> мм. Сегмент ST на изолинии, зубец T изоэлектричный в нижне-боковой области.</p> <p><b>ВОПРОСЫ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз. (ОПК -2, ОПК -3);</li> <li>2. Как следует расценить ночной болевой приступ? (ОПК -2, ОПК -3);</li> <li>3. Назначьте план обследования. (ОПК -2, ОПК -3, ПК-3);</li> <li>4. Назначьте лечение. (ОПК -2, ОПК -3, ПК-3);</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: ИБС: ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия). Соп: Гипертоническая болезнь III стадия, неконтролируемая (целевое АД меньше 130/80 мм рт.ст.), риск очень высокий. Ожирение.</li> <li>2. Ночной приступ, вероятно, связан с эпизодом спонтанной стенокардии.</li> <li>3. План обследования включает стратификацию риска (шкалы SCORE2, Framinghamская шкала) мониторинг ЭКГ и АД, повторное определение тропонинов и МВ-КФК через 6 ч, проведение рутинных анализов: клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови (общий белок, мочевины, креатинин, липидный профиль, глюкоза, трансаминазы, электролиты, натрий-уретические пептиды, белок, связывающий свободные жирные кислоты), ЭхоКГ, определение индекса коронарного кальция, УЗДС, ФГС.</li> <li>4. Рекомендуются наблюдение больного в блоке кардиореанимации, по крайней мере. аспирин 325 мг и клопидогрель 75 мг, проводить внутривенную инфузию нефракционированного гепарина под контролем АЧТВ в течение 8-12 ч или подкожно вводить низкомолекулярные гепарины, осуществлять максимальную антиишемическую терапию <math>\beta</math>-адреноблокатором, нитратами (нитроглицерин 1 % 1 мл на 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида до 5 кап/мин под контролем АД, статины, ингибиторы АПФ. После проведения коронарографии – решение вопроса</li> </ol>

	о стентировании.
ОПК-2, ОПК-3, ПК-3	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 2</b></p> <p>Пациентка А., 1936 года рождения, пенсионерка, обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке (прием пищи), ощущение перебоев в работе сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, выраженную слабость.</p> <p>Из анамнеза: ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев, когда появились перебои в работе сердца, одышка в покое. За неделю до обращения появилась тяжесть в правом подреберье, отеки стоп и голеней. Объективно: состояние средней степени тяжести; в сознании; выраженный акроцианоз, отеки на нижних конечностях (голена и стопы); в легких дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах; ЧДД-22 в 1 мин; сердце: при перкуссии увеличено в размерах, при аускультации тоны сердца глухие, аритмия, ЧСЖ – 135 в 1 мин, PS – 100 в 1 мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации немного напряжен, размеры печени по Курлову – 14-12-9см., край печени гладкий и немного болезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный справа и слева.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите ведущие синдромы (ОПК - 2);</li> <li>2. Сформулируйте предварительный диагноз (ОПК - 2);</li> <li>3. Укажите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий (ОПК -2, ОПК -3);</li> <li>4. Определите дефицит пульса (ОПК -2, ОПК -3, ПК-3);</li> <li>5. Укажите дифференциальную диагностику по выделенным синдромам (ОПК -2, ОПК -3, ПК-3);</li> <li>6. Составьте план лечения (ОПК -2, ОПК -3, ПК-3);</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром нарушения ритма, декомпенсация ХСН ( синдром право- и левожелудочковой недостаточности).</li> <li>2. ИБС с нарушением ритма по типу персистирующей фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. ХСНПБ (с низкой ФВ? ЭХО КГ необходимо) – ШФК ? (нет теста 6-ти минутной ходьбы).</li> <li>3. исчезает зубец Р; появление волн-f; желудочковые комплексы регистрируются через различные промежутки времени, их форма существенно не изменяется.</li> <li>4. ЧСЖ – PS = 135-100 = 35-дефицит пульса, чем больше, тем хуже прогноз.</li> <li>5. ИБС, кардиомиопатии, пороки сердца.</li> <li>6. Госпитализация. Режим палатный, диета № 10, АРНИ, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидов, сердечные гликозиды, диуретики, блокаторы натрий-глюкозного ко-транспортера, антикоагулянты с расчетом дозировок, ориентируясь на СКФ, HASBLED, CHADS2VASC, гастропротекторы.</li> </ol>
ОПК-2, ОПК-3, ПК-3	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 3</b></p> <p>У прооперированного по поводу ОКС с подъемом сегмента ST пациента через 3 дня после стентирования появились повторные сильные боли за грудиной с иррадиацией в челюсть. Объективно: Бледный, акроцианоз,</p>

	<p>крупные капли пота на лбу. АД 80/60, пульс нитевидный 146 в мин.. Над легкими дыхание везикулярное, ослабленное, единичные влажные хрипы.</p> <p>Границы сердца расширены влево, 1 тон сердца на верхушке приглушен, акцент II тона над легочной артерией, там же систолический шум. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. На ЭКГ –синусовая тахикардия 146 в мин., крупноочаговые изменения в заднедиафрагмальной области, косонисходящая депрессия сегмента ST в III и в AVF отведениях на 2 мм. В отведениях V1-V3 -Элевация сегмента ST на 3 мм, V5-V6 – депрессия – 3мм косоовосходящая с прогибом вниз.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком состоянии можно думать в этом случае? (ОПК - 2)</li> <li>2. Какие методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? (ОПК -2, ОПК -3);</li> <li>3. Почему произошла данная ситуация? (ОПК - 2, ОПК-3, ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рецидив ОИМ, кардиогенный шок</li> <li>2. ОАК, ЭКГ в динамике, ЭХОКГЮ, тропонины, коронарография. Оценить анамнез, функцию органов-мишеней, уровень липидов, СКФ, провести стратификацию риска по шкалам SCORE, Фрамингемской шкале, шкале GRACE, после чего сделать выводы о степени риска ОИМ.</li> <li>3. Рецидив ИМ в послеоперационном периоде может быть связан либо с острым/подострым тромбозом стента, либо с критическим стенозом или разрывом нестабильной бляшки в изначально не инфаркт-связанном сегменте коронарной артерии.</li> </ol>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 4</b></p> <p>У больного А., 58 лет появились внезапные сильные загрудинные боли после подъема на 3 этаж. Подобная ситуация впервые. В анамнезе – много лет страдает гипертонической болезнью, периодически принимает лозартан 100 мг, не курит. При давлении 160/100мм рт ст. утверждает, что чувствует себя хорошо. До данного эпизода болей в груди никогда не отмечал, нитроглицерином не пользовался, на 4 этаж поднимался спокойно. Объективно: Бледный, акроцианоз, крупные капли пота на лбу. АД 149/90, пульс 100. Над легкими дыхание везикулярное, ослабленное, единичные сухие хрипы. Границы сердца расширены влево, 1 тон сердца на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой, там же систолический шум. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. На ЭКГ –синусовая тахикардия 100 в мин., косонисходящая депрессия сегмента ST в III и в AVF отведениях</p>

	<p>на 2 мм. Индекс Соколова- Лайона -46.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком состоянии можно думать в этом случае? (ОПК - 2)</li> <li>2. Какие методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? (ОПК -2);</li> <li>3. От чего будет зависеть стратегия терапии? (ОПК-2, ОПК-3, ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ОКС без подъема сегмента ST (подвид по классификации уточнить после обследования);</li> <li>2. ОАК, ЭКГ в динамике, тропонины, коронарография</li> <li>3. Оценить анамнез, функцию органов-мишеней, уровень липидов, СКФ, провести стратификацию риска по шкалам SCORE, Фрамингемской шкале, шкале GRACE, после чего сделать выводы о степени риска ОКС.</li> </ol>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 5</b></p> <p>Мужчина, 49 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные жгучие боли, иррадиирующие в левую руку, возникающие при незначительной физической нагрузке, длящиеся 5-7 минут, прекращающиеся в покое. Указанные боли впервые появились в течение последних суток.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 3х лет, максимальное повышение АД до 170/98 мм рт ст, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Вредные привычки: курит 25 лет, 10 сигарет в день.</p> <p>Семейный анамнез: мать – 75 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 103 см, окружность бедер – 105 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 165/98 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>5,1 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 140 г/л, тромбоциты – <math>240 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>7,2 \times 10^9/л</math>, СОЭ 16 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,0 ммоль/л, креатинин - 101 мкмоль/л</p> <p>На ЭКГ. Синусовый ритм ЧСС 70 уд/мин. Преобладание потенциалов левого желудочка. Смещения сегмента ST не выявлено. Зубец T отрицательный в V5-V6.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2)</li> <li>2. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2)</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-2)</li> <li>4. Какие осложнения могут возникнуть при данной патологии? (ОПК-2, ОПК-</li> </ol>

	<p>3) 5. Назначьте медикаментозную терапию на основании доказательной медицины (ОПК-2, ОПК-3, ПК-3)</p>
<p>Ответ</p>	<p>1. Общий анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: повышение общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов; глюкоза на верхнем уровне нормы. На экг выявлена ишемия боковой области левого желудочка. 2. ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). необходимо дифференцировать от мелкоочагового инфаркта миокарда 3. БХ крови: тропонин, КФК - МВ, ЭХО-кг, КАГ, 4. острый инфаркт миокарда 5. двойная дезагрегантная терапия с использованием нагрузочной дозы в первый день, антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, и-АПФ, статины.</p>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 6</b></p> <p>Больной М., 47 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-7 этажи лестницы. Боли купирует в состоянии покоя в течение 1-2 минут. Заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое. Курит в течение 20 лет. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая-по правому краю грудины, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений-76 в минуту. Живот безболезнен. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Общий анализ крови: эритроциты – <math>5,1 \times 10^{12}/л</math>, Нб – 140 г/л, тромбоциты – <math>240 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>6,2 \times 10^9/л</math>, СОЭ 16 мм/ч. Биохимический анализ крови: Холестерин-8,5 ммоль/л, ЛПНП 4,5 ммоль/л, Триглицериды - 2,2 ммоль/л, АСТ- 28ед/л, АЛТ - 23 ед/л, глюкоза - 5,7 ммоль/л, Лактатдегидрогеназа -320ед/л Электрокардиограмма: Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Комплекс QRS-0,11с в отведении V1 – QRS типа rSR1, в I и V6-слегка уширенный зубец S. При холтеровском мониторировании ЭКГ зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизмененные комплексы QRST с неполной компенсаторной паузой. Результаты проведения велоэргометрической пробы: при нагрузке мощностью 100 Вт наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V1 -V4.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой синдром является ведущим? (ОПК-2)</li> <li>2. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2)</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2)</li> <li>4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-2)</li> <li>5. Назначьте медикаментозную терапию на основании доказательной</li> </ol>

	медицины (ОПК-2, ОПК-3, ПК-3)
От ОПК-2, ОПК-3, ПК- Звет	<p>1. Болевой синдром (синдром стенокардии)</p> <p>2. Общий анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия. На ЭКГ: Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. При холтеровском мониторировании ЭКГ зарегистрированы единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Велоэргометрия. Заключение: проба положительна. Толерантность к физической нагрузке - средняя.</p> <p>3.ИБС. Впервые возникающая стенокардия</p> <p>4. ЭХО-кг, КАГ</p> <p>5. двойная дезагрегантная терапия с использованием нагрузочной дозы в первый день, антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, статины, и-АПФ (при наличии дисфункции ЛЖ выявленной на ЭХО-кг).</p>
	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 7</b></p> <p>Больной Н., 62 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе на 100-200 м, подъеме на 1 этаж лестницы, одышку при ходьбе. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Загрудинные боли беспокоят в течение 8 лет. Три года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. Ухудшение отмечает в течение 2 месяцев, когда приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, а также в состоянии покоя. Страдает сахарным диабетом, ежедневно принимает 1г. манинила.</p> <p>Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, правая-по правому краю грудины, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 140/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений-80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Отеков нет</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>5,1 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 142 г/л, тромбоциты – <math>270 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>6,2 \times 10^9/л</math>, СОЭ 14 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: Холестерин-7,5 ммоль/л, ЛПНП 4,2 ммоль/л, ТГ - 2,1 ммоль/л, глюкоза - 8,0 ммоль/л, АСТ- 28ед/л, АЛТ- 32 ед/л, Лактатдегидрогеназа -320ед/л, креатинин 102 мкмоль/л</p> <p>Электрокардиограмма: Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Патологический зубец Q в отведениях I, III, AVF. Регистрируются преждевременные, уширенные (0,12 с) и деформированные комплексы QRS.</p> <p>Результаты проведения велоэргометрии: при нагрузке мощностью 75 Вт у больного возник приступ стенокардии. На электрокардиограмме зарегистрировано косонисходящее снижение сегмента ST на 2 мм в отведениях V2-V4.</p> <p>Эхокардиография: аорта уплотнена, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, левый желудочек: конечный диастолический размер – 5,8см, конечный систолический размер - 5,0см, правый желудочек-2,3см, левое предсердие - 3,8см, фракция выброса - 46%. Определяются зоны гипокинезии в области задней стенки левого желудочка.</p>

	<p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой синдром является ведущим? (ОПК-2)</li> <li>2. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2, ОПК-3)</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2)</li> <li>4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-2)</li> <li>5. Назначьте медикаментозную терапию на основании доказательной медицины (ОПК-2,ОПК-3, ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болевой синдром (синдром стенокардии)</li> <li>2. Общий анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, повышение глюкозы На ЭКГ: Рубцовые изменения в задне-диафрагмальной области левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. ЭХО-КГ-атеросклеротические, постинфарктные изменения, наблюдается промежуточная ФВ</li> <li>Велоэргометрия. Заключение: проба положительна. ФК III.</li> <li>3. ИБС: стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз. Желудочковая экстрасистолия. ХСНспФВ II-А ст. Сахарный диабет, II тип, Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, прогрессирующей стенокардией, стенокардией напряжения II и IV ФК</li> <li>4. КАГ</li> <li>5. дезагреганты, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, статины, и-АПФ, антагонисты минералкортикоидных рецепторов (спиронолактон или эплеренон), малые дозы диуретиков. Обсудить возможности коронарной реваскуляризации по данным КАГ.</li> </ol>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 8</b></p> <p>Больной Н., 66 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе на 100-200 м, подъеме на 1 этаж лестницы, одышку при ходьбе. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Загрудинные боли беспокоят в течение 8 лет. Три года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. Ухудшение отмечает в течение 2 недель, когда приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, а также в состоянии покоя.</p> <p>Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см наружи от левой средне-ключичной линии, правая-по правому краю грудины, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 170/90 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений- 84 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Отеков нет</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>5,1 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 143 г/л, тромбоциты – <math>280 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>7,2 \times 10^9/л</math>, СОЭ 17 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: Холестерин-7,5 ммоль/л, ЛПНП 4,2 ммоль/л, ТГ - 2,1 ммоль/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, АСТ- 28ед/л, АЛТ- 32 ед/л,</p>

	<p>Лактатдегидрогеназа -320ед/л, креатинин 102 мкмоль/л          Электрокардиограмма: Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Патологический зубец Q в отведениях I, III, AVF. Отрицательный зубец T V3-V6. ST в этих отведениях на изолинии. Регистрируются преждевременные, уширенные (0,12 с) и деформированные комплексы QRS.          Эхокардиография: аорта утолщена, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, левый желудочек: конечный диастолический размер – 5,8см, конечный систолический размер - 5,0см, правый желудочек-2,3см, левое предсердие - 3,8 см, фракция выброса - 44 %. Определяются зоны гипокинезии в области задней стенки левого желудочка.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой синдром является ведущим? (ОПК-2)</li> <li>2. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2)</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2)</li> <li>4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-2)</li> <li>5. Назначьте медикаментозную терапию на основании доказательной медицины (ОПК-2, ОПК-3, ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болевой синдром (синдром стенокардии)</li> <li>2. Общий анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, На ЭКГ: Рубцовые изменения в задне-диафрагмальной области левого желудочка. Ишемия миокарда по верхушечно-боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. ЭХО-КГ-атеросклеротические, постинфарктные изменения, наблюдается промежуточная ФВ</li> <li>3. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз. Желудочковая экстрасистолия. ХСНспФВ II-A ст.          Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, стенокардией напряжения</li> <li>4. БХ крови: Тропонин. КФК МВ, КАГ</li> <li>5. двойная дезагрегантная терапия с использованием нагрузочной дозы в первый день, антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, статины, и-АПФ, антагонисты минералкортикоидных рецепторов (спиронолактон или эплеренон), малые дозы диуретиков. Обсудить возможности коронарной реваскуляризации по данным КАГ.</li> </ol>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 9</b></p> <p>Мужчина, 53 лет, обратился к врачу с жалобами на загрудинные жгучие боли, иррадиирующие в левую руку, возникающие при незначительной физической нагрузке, длящиеся 5-7 минут, прекращающиеся в покое. Указанные боли впервые появились в течение последних 2 суток.          Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 2х лет, максимальное повышение АД до 175/98 мм рт ст, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Вредные привычки: курит 27 лет, 10 сигарет в день.          Семейный анамнез: мать – 75 лет, страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ в 66 лет;</p>

	<p>отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 103 см, окружность бедер – 105 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 77 уд.в мин., АД – 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>5,1 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 138 г/л, тромбоциты – <math>260 \times 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>6,5 \times 10^9/л</math>, СОЭ 16 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л</p> <p>На ЭКГ. Синусовый ритм ЧСС 70 уд/мин. Преобладание потенциалов левого желудочка. Смещения сегмента ST не выявлено. Зубец T отрицательный в V3-V6.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2)</li> <li>2. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2)</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-2)</li> <li>4. Какие осложнения могут возникнуть при данной патологии? (ОПК-2)</li> <li>5. Назначьте медикаментозную терапию на основании доказательной медицины (ОПК-3, ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общий анализ крови в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: повышение общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов. На экг выявлена ишемия верхушечно-боковой области левого желудочка.</li> <li>2. ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). необходимо дифференцировать от мелкоочагового инфаркта миокарда</li> <li>3. БХ крови: тропонин, КФК - МВ, ЭХО-кг, КАГ,</li> <li>4. острый инфаркт миокарда</li> <li>5. двойная дезагрегантная терапия с использованием нагрузочной дозы в первый день, антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, и-АПФ, статины.</li> </ol>
<p>ОПК-2, ОПК-3, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 10</b></p> <p>Женщина 30 лет обратилась с жалобами на интенсивные продолжительные головные боли. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала анальгетики. Наследственность не отягощена.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. В легких перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий-18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: слева- на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, справа - по правому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 210/100 мм рт.ст.(на правой и левой руке). Пульс 80 в минуту. Слева и справа в околопупочной области выслушивается систолический шум. Живот безболезнен.</p>

	<p>Анализы крови и мочи-без патологии.  Содержание ренина плазмы-6,0 нг/мл (N-3,35□0,25)  Электрокардиограмма: ритм синусовый. R<sub>1</sub>+S<sub>III</sub> = 28 мм, R<sub>V5</sub> ,<sub>V6</sub>=25 мм, S<sub>V1</sub>□12 мм.  R<sub>V6</sub>□R<sub>V5</sub>□R<sub>V4</sub>.  Осмотрена окулистом. Заключение: ангиопатия сетчатки II степени.  Для уточнения генеза артериальной гипертензии была проведена аортография с ангиографией почечных артерий. Правая и левая почечные артерии имели гофрированный вид в виде «нить бус». Участки сужения составляли от 75 до 80%.  Для коррекции АД больной были назначены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, которые оказались неэффективны.</p> <p style="text-align: center;"><b>ВОПРОСЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования (ОПК-2).</li> <li>2.Что является золотым стандартом диагностики данной патологии (ОПК-2).</li> <li>3.Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику. (ОПК-2,ОПК-3)</li> <li>4.Оцените и определите тактику ведения пациента (ПК-3)</li> </ol>
<p><b>Ответ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Данные исследований свидетельствуют о гиперрениновой артериальной гипертензии с гипертрофией левого желудочка (по данным ЭКГ) и ангиопатией сетчатки; а также изменением почечных артерий в виде «нить бус», характерных для фибромускулярной дисплазии.</li> <li>2.Золотым стандартом диагностики является аортография с ангиографией почечных артерий.</li> <li>3.Фибромышечная дисплазия. Осл. Вазоренальная артериальная гипертензия. Диф. диагностика с резистентной ( рефрактерной) АГ.</li> <li>4. Поскольку ингибиторы АПФ в большей мере расширяют отводящие постгломерулярные артериолы,наличие стеноза обеих почечных артерий рассматривается как противопоказание к их применению  Пациентке показано стентирование почечных артерий.</li> </ol>

**Вопросы для проверки теоретических знаний**  
ОПК-2, ОПК-3, ПК-3

- 1.Антитромбоцитарная , липидснижающая терапия на госпитальном и амбулаторном этапах ведения пациентов.
- 2.Нарушение обмена веществ с точки зрения кардиолога: метаболический синдром, дислипидемии.
3. Особенности ведения пациентов, принимающих оральные антикоагулянты.
- 4.Дифференциальная диагностика кардиомегалий.
- 5.Российские рекомендации по лечению больных с СН. Острая декомпенсация ХСН.

6.Современные подходы к диагностике и лечению ИБС.

7.Антитромбоцитарная липидснижающая терапия. Продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии, комбинация

8.ОКС. Определение. Классификация, клиника, диагностика.

9.Тактика ведения пациентов с ОКС без подъема сегмента ST.

10.Маршрутизация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST.

11.Выбор реперфузионной стратегии.

Показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии

12.Антитромбоцитарная , липидснижающая терапия. Продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии, комбинация препаратов.

13.Клинические рекомендации по лечению фибрилляции предсердий.

14.Клинические рекомендации по ведению больных ОКС со стойким подъемом ST и без подъема ST.

15.Клинические рекомендации по лечению стабильной ИБС.

**ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и  
реабилитации больных с ОКС»**

Проведение экзамена по дисциплине «Современные клинические рекомендации диагностики, лечения и реабилитации больных с ОКС»

как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам и заданным вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по дисциплине;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на экзамене;
5. определить умение и навыки выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения)

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования ребенка, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в объеме, достаточном для

постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты с указанием возрастных дозировок, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска)

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;

- затруднения в использовании научного языка и терминологии;

- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);

- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического, полового и нервно-психического развития, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов)

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);

- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты).

