

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор _____ С. Б. Мальцев
27 августа 2026 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.36 Кардиология</u>
Направленность	<u>Кардиология</u>
Квалификация	<u>врач-кардиолог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулутко</u>

Санкт-Петербург
2026 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.36 Кардиология (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

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

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними

УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению

УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-2.1 Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления

УК-2.2 Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения

УК-2.3 Разрабатывает план реализации проекта и его управления

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений

УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-4.1 Выстраивает эффективную коммуникацию в процессе профессионального взаимодействия

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач

УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки

УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-1.1 Соблюдает основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности

ОПК-1.2 Применяет современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-2.1 Использует основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан

ОПК-2.2 Демонстрирует умение применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели

ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-3.1 Осуществляет педагогические действия для решения различных профессиональных задач

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-4.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)

ОПК-4.2 Проводит осмотр пациентов

ОПК-4.3 Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные

ОПК-4.4 Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-5.1 Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи

ОПК-5.2 Назначает комплексное лечение

ОПК-5.3 Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу

ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов

ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции

ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде

ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения

ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства

ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности

ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза

ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-2.2 Формулирует предварительный диагноз при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-3 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения

ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-5 Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-5.2 Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, для прохождения медико-социальной экспертизы

ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме

ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента

ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы

ПК-7 Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-7.1 Применяет принципы организации деятельности в здравоохранении, функции управления медицинской организацией

ПК-7.2 Осуществляет взаимодействие с медицинским персоналом в рамках профессиональной деятельности.

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать: основные виды источников научно-медицинской и научно-фармацевтической информации, методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации, этапы работы с различными информационными источниками Уметь: оценивать надежность различных источников, проводить анализ источников для определения пробелов в информации, критически оценивать надежность различных источников информации Владеть: навыком анализа источников информации для проведения анализа проблемных ситуаций, навыком отбора надежных источников информации для проведения критического анализа	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знать: современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия. Уметь: выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий. Владеть: навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знать: свои ресурсы и их пределы (личностные, психофизиологические, ситуативные, временные); технологию перспективного планирования ключевых целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; этапы карьерного роста и изменения карьерной траектории в связи с временной перспективой развития деятельности и требованиями рынка труда; ключевые принципы непрерывного медицинского образования. Уметь: применять знание о своих ресурсах и их пределах; планировать достижение перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; реализовывать намеченные цели деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; критически оценивать эффективность использования времени и других ресурсов при решении поставленных задач, а также относительно полученного результата; планировать	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда. Владеть: навыками саморазвития и осознанного обучения с использованием предоставляемых возможностей для приобретения новых знаний и навыков; навыками планирования профессиональной траектории, используя инструменты непрерывного медицинского образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда		
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Знать: основные понятия и требования нормативно-правовых актов по вопросам информационной безопасности в профессиональной деятельности состав, характеристики и назначение современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной деятельности. Уметь: обоснованно выбирать средства защиты информации в профессиональной деятельности обоснованно выбирать современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности Владеть: навыками применения средств защиты информации в профессиональной деятельности навыком работы с системным и прикладным программным обеспечением, используемым для решения задач профессиональной деятельности	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: систему государственного управления в РФ, Ветви власти. Уровни управления. Органы управления здравоохранением. Виды медицинских организаций. номенклатура, организационно-правовые формы. управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ. Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению. исторические мировые системы здравоохранения.	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	источники финансирования здравоохранения: страховая и бюджетная медицина. Обязательное медицинское страхование в РФ. программу государственных гарантий, территориальную программу госгарантий. Формирование тарифов ОМС. нормативно-правовое регулирование здравоохранения. Система нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, основы применения статистического метода. возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Уметь: использовать систему нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, проводить базовую статистическую обработку данных. анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды. использовать методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Владеть навыками: использования системы нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ; использования основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципов		
--	---	--	--

	диспансеризации населения, реабилитации больных; прохождения процедуры аккредитация; использования лекарственных средств и медицинских изделий; осуществления расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методики расчета показателей медицинской статистики		
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Знать: содержание, формы, характеристики педагогической деятельности Уметь: осуществлять различные виды педагогической деятельности Владеть: навыками анализа факторов, влияющих на успешность педагогической деятельности врача	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать: методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей); - общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядки оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела. Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций; методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов. Знать заболевания, требующие направления пациентов к врачам-специалистам Этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний у взрослых; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей); - оценивать состояние пациентов. Использовать методы осмотра и обследования взрослых в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов; - выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов. Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	
--	---	--

	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов; - выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур. Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций. Владеть: навыками сбора жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей); - сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов, интерпретацией информации осмотром и обследованием пациентов формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам; - выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам. -интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соот-		
--	---	--	--

	ветствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -установлением диагноза пациентам. -проведением дифференциальной диагностики осложнений; - навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов, формулирования предварительного диагноза		
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Знать: методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы лазерного и хирургического лечения; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; порядок оказания медицинской помощи. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам Уметь: разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	или манипуляции. Проводить мониторинг заболевания и (или состояния), корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи оценивать эффективность и безопасность применения различных видов лечения пациентов. Предотвращать или устранять осложнения, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств Владеть: навыками разработки плана лечения пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
--	--	--	--

	навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями		
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	Знать: стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам. Основы медицинской реабилитации пациентов. Методы медицинской реабилитации пациентов показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению Уметь: определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи осуществлять контроль эффективности реабилитационных мероприятий и прогноза, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида Владеть: мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-7. Способен проводить в отношении	Знать: порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров. Медицинские противопоказания, медицинские	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено

пациентов медицинскую экспертизу	показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности. Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации Уметь: устанавливать сроки и степень временной или стойкой утраты нетрудоспособности пациентов в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: навыком заполнения листка нетрудоспособности, навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения Навыком подготовки необходимой медицинской документации пациентам для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы		Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать: принципы диспансерного наблюдения за пациентами в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов основные вопросы нормальной и патологической физиологии порядок оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	хронических заболеваний, основных факторов риска их развития. Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями оценивать эффективность профилактических мероприятий среди пациентов определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением Навыком определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней навыком проведения беседы, пропагандирующей здоровый образ жизни, с пациентами и их родственниками, выдачи рекомендаций пациентам и их родственникам по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний		
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию	Знать: правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения принципы организации деятельности медицинского персонала	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

цию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Уметь: использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах анализа показателей общественного здоровья, прикрепленного населения навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать: основные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе клинические признаки эпилептического приступа, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца. принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями (по возможности) - проводить осмотры и обследования с	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями; оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние организма в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; применять методы осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе эпилептического приступа, различных видов травм, укусов насекомых, термических воздействий, отравлений, нарушения дыхания, боли в области сердца. Владеть: навыками сбора жалоб, физикального осмотра, интерпритации полученных данных пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями. принципами оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) неотложными		
--	--	--	--

	состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: эпилептический приступ, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца.		
ПК-1. Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания. методики мотивации к сохранению и укреплению здоровья населения Уметь: проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения. грамотно и доступно объяснить пациентам и их родственникам методики, применяемые для сохранения и укрепления своего здоровья Владеть: необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здорового образа жизни у населения, необходимым количеством знаний о методиках сохранения и поддержания здоровья населения	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-2. Способен к проведению обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	Знать: основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях сердечно-сосудистой системы; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - методику сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - методику осмотра пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма	Аттестационные тесты\ Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	в норме у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - этиологию и патогенез заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - МКБ; - симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; - медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - заболевания и (или) состояния сердечно-сосудистой системы, требующие направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;		
--	--	--	--

	- заболевания и (или) состояния сердечно-сосудистой системы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - проводить осмотры и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - применять методы осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания		
--	---	--	--

	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - осмотром пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - показаниями к направлению пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - показаниями к направлению пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - показаниями к направлению пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ		
ПК-3. Способен назначать лечение паци-	Знать: - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы;	Аттестационные тесты	Зачтено / не зачтено

ентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности	- стандарты первичной специализированной медико-санитарной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - современные методы лечения взрослых при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в терапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний сердечно-сосудистой системы; - предоперационную подготовку и послеоперационное ведение взрослых при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - принципы оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - принципы оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов	Перечень практических навыков Экзaminaционные вопросы Ситуационные задачи	Пятибалльная шкала оценивания
---	--	--	--------------------------------------

	Уметь: - разрабатывать план лечения взрослых при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать выбор метода медикаментозного и (или) немедикаментозного лечения и (или) хирургического вмешательства у взрослых при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять последовательность медикаментозной, и (или) немедикаментозной терапии и (или) хирургического вмешательства у взрослых при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты и медицинские изделия взрослым при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий; - определять показания и противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы к хирургическому вмешательству;		
--	--	--	--

	- проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения; - назначать лечебное питание взрослым при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - назначать лечебно-оздоровительный режим взрослым при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий у взрослых при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы Владеть: - принципами назначения немедикаментозной терапии пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами назначения лечебного питания пациентам при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;		
--	---	--	--

	-принципами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - принципами оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов		
ПК-4. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	Знать: - методы медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе инвалидов по заболеваниям сердечно-сосудистой системы; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям сердечно-сосудистой системы; - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - медицинские показания для направления пациентов при заболеваниях и (или) состояниях п сердечно-сосудистой системы к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов Уметь: - определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий при заболеваниях и	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	(или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания для направления пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, для прохождения медико-социальной экспертизы. Владеть: - составлением плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;		
--	--	--	--

	- проведением мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - направлением пациентов при заболеваниях и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
ПК-5. Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы	Знать: медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации; - порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Уметь: определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, для прохождения медико-социальной экспертизы; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; Владеть: проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы и работа	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности; - подготовкой необходимой медицинской документации для экспертизы пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; - направлением пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы, для прохождения медико-социальной экспертизы		
ПК-6. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	Знать: особенности патологии у пациентов, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. Уметь: оказывать экстренную медицинскую помощь при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента Владеть: навыками в организации оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-7. Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; - допуск юридических и физических лиц к медицинской деятельности: лицензирование и аккредитация. Порядок использования лекарственных средств и медицинских изделий; - классификаторы (видов медицинской деятельности и пр.) и номенклатуры в медицине; - главные медицинские специалисты, ведущие медицинские учреждения, научные журналы; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медико-	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	санитарной помощи, специализированной медицинской помощи; - Международная классификация болезней 10 (11) пересмотра; - Требования ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности - факторы безопасной деятельности; - виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; - внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - основы теории управления здравоохранением. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Школы менеджмента: научного управления, классическая, психологическая, количественная. Универсальная модель управленческого процесса Н. Винера, процессный, системный и ситуационный подходы в управлении; - затраты медицинской организации: виды, классификация; - ресурсное обеспечение медицинской помощи. Себестоимость медицинских услуг, ценообразование в здравоохранении. Спрос и предложение. Стоимость медицинских услуг. Бизнес-планирование. Рынок медицинских услуг; - требования охраны труда, основы безопасности пациентов и медицинских работников; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю. Уметь: - проводить, интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования, обосновывать и планировать объем, интерпретировать и анализировать результаты основного и дополнительного инструментального и лабораторного исследований пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,		
--	---	--	--

	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план лечения, обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - использовать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы; - использовать международную классификацию болезней 10 (11) пересмотра; - использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений; - выполнять служебные обязанности в условиях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - осуществлять мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - действовать с использованием основ менеджмента и маркетинга в здравоохранении; - применять процессный, системный и ситуационный подходы в управлении.		
--	--	--	--

	Владеть: - направления пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы на инструментальное и лабораторное исследования, консультацию к врачам-специалистам, разработку плана лечения, назначение лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. - использования порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы. - обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). - выполнения требований ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности Факторы безопасной деятельности. - действий при различных видах контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. - выполнения мероприятий по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры. - применения основ теории управления здравоохранением, менеджмента и маркетинга в здравоохранении; использования процессного, системного и ситуационного подходов в управлении. - выполнения требований охраны труда, безопасности пациентов и медицинских работников.		
--	--	--	--

	- исполнения должностных обязанностей медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю.		
--	---	--	--

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

2 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

1 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	☐ да ☐ нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	☐ да ☐ нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	☐ да ☐ нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	☐ да ☐ нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	☐ да ☐ нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет

	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
14.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
15.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
16.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
17.	• пол	☐ да ☐ нет
18.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
19.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
20.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	☐ да ☐ нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
26.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
36.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет

	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	☐ да ☐ нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	☐ да ☐ нет

2 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
9.	место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
10.	количество пострадавших	☐ да ☐ нет
11.	пол	☐ да ☐ нет
12.	примерный возраст	☐ да ☐ нет
13.	состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
14.	объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
20.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет

	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
38.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
41.	Адекватный объем вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	☐ да ☐ нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	☐ да ☐ нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	☐ да ☐ нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	☐ да ☐ нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	☐ да ☐ нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных	☐ да ☐ нет

	путей	
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	☐ да ☐ нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет

2. Экстренная медицинская помощь.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть	☐ да ☐ нет
4.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
5.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
6.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
7.	Проводил кислородотерапию при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)	☐ да ☐ нет
8.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
9.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
10.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
11.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
12.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
13.	Правильно вызвал СМП	☐ да ☐ нет
14.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП	☐ да ☐ нет
15.	Применил двойную антиагрегантную терапию	☐ да ☐ нет
16.	Использовал верные дозировки антиагрегантов	☐ да ☐ нет
17.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов	☐ да ☐ нет
18.	Применил эпинефрин	☐ да ☐ нет
19.	Использовал верные дозировки эпинефрина	☐ да ☐ нет
20.	Использовал оптимальный способ введения эпинефрина	☐ да ☐ нет
21.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
22.	Использовал верный объем и скорость введения	☐ да ☐ нет
23.	Применил сальбутамол	☐ да ☐ нет
24.	Использовал верную дозировку сальбутамола	☐ да ☐ нет
25.	Использовал оптимальный способ подачи сальбутамола	☐ да ☐ нет
26.	Применил гепарин	☐ да ☐ нет
27.	Использовал верную дозировку гепарина	☐ да ☐ нет
28.	Использовал оптимальный способ введения гепарина	☐ да ☐ нет
29.	Применил глюкозу	☐ да ☐ нет
30.	Использовал верную дозировку глюкозы	☐ да ☐ нет
31.	Использовал оптимальный способ введения глюкозы	☐ да ☐ нет
32.	Использовал верную дозировку и оптимальный способ введения ЛС	☐ да ☐ нет
33.	Использовал дополнительные препараты	☐ да ☐ нет

34.	Соблюдал приоритетность введения ЛС	☐ да ☐ нет
35.	Верно выполнил пункцию плевральной полости	☐ да ☐ нет
36.	Придал возвышенное положение головному концу кровати	☐ да ☐ нет
37.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
38.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
39.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)	☐ да ☐ нет
40.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
41.	Использовал дефибриллятор на живом пациенте	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
42.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил в слух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
43.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
44.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
45.	Прервал компрессии грудной клетки для оценки ритма	☐ да ☐ нет
46.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
47.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
48.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
49.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
50.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
51.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
52.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
53.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
54.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
55.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения компрессий	☐ да ☐ нет
56.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
57.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
58.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
59.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
60.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
61.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2	☐ да ☐ нет
62.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
63.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
64.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
65.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
66.	Во время остановки кровообращения вводил непоказанные лекарственные препараты	☐ да ☐ нет

3. Рандомный выбор станции:

Сбор жалоб и анамнеза.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
Начало консультации. Установление контакта с пациентом		
1.	Поздоровался с пациентом	☐ да ☐ нет
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)	☐ да ☐ нет
3.	Представился, назвав свои ФИО	☐ да ☐ нет
4.	Объяснил свою роль	☐ да ☐ нет
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст	☐ да ☐ нет
Сбор информации. Расспрос пациента		
6.	Начал сбор информации с общего вопроса: «Что привело вас?», вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах	☐ да ☐ нет
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит	☐ да ☐ нет
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)	☐ да ☐ нет
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»	☐ да ☐ нет
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	☐ да ☐ нет
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)	☐ да ☐ нет
Выстраивание отношений в процессе общения		
12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)	☐ да ☐ нет
Завершение контакта с пациентом		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	☐ да ☐ нет
Клинические выводы		
14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»	☐ да ☐ нет
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»	☐ да ☐ нет
16.	Оформил результаты расспроса пациента в форме заключения	☐ да ☐ нет

Консультирование

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерий оценки
Выстраивание отношений		
1.	Проявляет заботу о пациенте на протяжении всей консультации	☐ да ☐ нет
2.	Обращается к пациенту по имени и отчеству	☐ да ☐ нет
3.	Реагирует на чувства пациента (волнения, тревоги, ожидания и др.)	☐ да ☐ нет
4.	Поддерживает зрительный контакт с пациентом	☐ да ☐ нет
Информирование пациента		
5.	Обозначает характер этапа консультации	☐ да ☐ нет
6.	Называет предполагаемый / установленный диагноз	☐ да ☐ нет
7.	Называет причины заболевания / состояния	☐ да ☐ нет
8.	Называет приемы и способы лечения / профилактики	☐ да ☐ нет
9.	Называет прогноз и возможные осложнения	☐ да ☐ нет
10.	Предоставляет пациенту информацию, основанную на достоверных, актуальных и значимых медицинских источниках (нормативные документы, клинические и методические рекомендации, национальные руководства)	☐ да ☐ нет
Разъяснение информации		
11.	Спрашивает, с какой информацией пациент уже знаком	☐ да ☐ нет
12.	Спрашивает, что пациент хотел бы узнать по обсуждаемому вопросу	☐ да ☐ нет
13.	Предоставляет пациенту возможность задавать вопросы по мере их появления, а не только в конце разъяснения	☐ да ☐ нет
14.	Разъясняет информацию пациенту доступным для его понимания языком, кратко и небольшими «порциями»	☐ да ☐ нет
Завершение консультации		
15.	Подводит кратко итоги консультации	☐ да ☐ нет
16.	Убеждается в понимании и запоминании пациентом информации	☐ да ☐ нет
17.	Уточняет план дальнейших действий пациента	☐ да ☐ нет

4. Рандомный выбор станции:

Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (<i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i>)	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента (<i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией</i>)	☐ да ☐ нет
3.	Предложил пациенту сесть на стул	☐ да ☐ нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	☐ да ☐ нет
5.	Получил у пациента добровольное информированное согласие	☐ да ☐ нет
6.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
7.	Провел осмотр пациента в положении лёжа с приподнятым изголовьем кушетки под углом 30-45°	☐ да ☐ нет
8.	Оценил кожные покровы, конъюнктивы, слизистую ротовой полости, пальцы рук, надавил на кончик ногтя	☐ да ☐ нет
9.	Попросил пациента повернуть голову на левый бок, использовал источник света для осмотра правой внутренней яремной вены	☐ да ☐ нет
10.	Провел пальпацию передней поверхности голени, оценил наличие отеков	☐ да ☐ нет
11.	Оценил пульс на сонных артериях поочередно с двух сторон	☐ да ☐ нет
12.	Оценил пульс на плечевых артериях одновременно на двух руках	☐ да ☐ нет
13.	Оценил пульс на лучевых артериях одновременно на двух руках, затем на одной не менее 10 секунд, смотря на часы	☐ да ☐ нет
14.	Измерил ЧДД, положив другую руку на эпигастральную область	☐ да ☐ нет
15.	Оценил пульс на бедренных артериях одновременно с двух сторон, затем одновременно с лучевой артерией	☐ да ☐ нет
16.	Измерил АД, предварительно задав вопросы о факторах, влияющих на его показатели	☐ да ☐ нет
17.	Пропальпировал верхушечный толчок, в случае его отсутствия, озвучил	☐ да ☐ нет
18.	Оценил наличие дефицита пульса	☐ да ☐ нет
19.	Пропальпировал сердечный толчок	☐ да ☐ нет
20.	Пропальпировал пульсацию крупных сосудов во 2-м межреберье у левого и правого краев грудины	☐ да ☐ нет
21.	Провел аускультацию в точке аортального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	☐ да ☐ нет
22.	Провел аускультацию правой и левой сонных артерий в течение не менее 5 секунд	☐ да ☐ нет
23.	Провел аускультацию в точке пульмонального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	☐ да ☐ нет
24.	Провел аускультацию в точке митрального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	☐ да ☐ нет
25.	Провел аускультацию в подмышечной области с целью выявления иррадиации шума с митрального клапана	☐ да ☐ нет

26.	Провел аускультацию в точке трикуспидального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	☐ да ☐ нет
27.	Правильно провел аускультацию сердца в положении пациента на левом боку и в положении сидя с небольшим наклоном вперед	☐ да ☐ нет
28.	Провел аускультацию легких в симметричных участках спереди, сбоку, сзади	☐ да ☐ нет
29.	Обработал оливы и головку стетофонендоскопа спиртовой салфеткой	☐ да ☐ нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
31.	Сформулировал верное заключение	X
32.	Информировал пациента о ходе исследования	☐ да ☐ нет

5. Регистрация и интерпретация электрокардиограммы

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил данные с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись к нему по имени и отчеству	☐ да ☐ нет
4.	Убедился, что информированное добровольное согласие на проведение манипуляции получено	☐ да ☐ нет
5.	Убедился, что есть все необходимое. Проверил целостность упаковок и сроки годности спиртовой салфетки и электродного геля	☐ да ☐ нет
6.	Обработал руки и при необходимости надел перчатки	☐ да ☐ нет
7.	Убедился, что одноразовая медицинская пеленка расстелена на кушетке	☐ да ☐ нет
8.	Попросил пациента освободить от одежды места наложения электродов и лечь на спину (положить руки вдоль туловища, ноги не скрещивать)	☐ да ☐ нет
9.	Убедился, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу	☐ да ☐ нет
10.	Убедился, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой	☐ да ☐ нет
11.	Нанес электродный гель на предполагаемые места установки электродов	☐ да ☐ нет
12.	Наложил красный плоский электрод на внутреннюю поверхность правого предплечья	☐ да ☐ нет
13.	Наложил желтый плоский электрод на внутреннюю поверхность левого предплечья симметрично красному	☐ да ☐ нет
14.	Наложил зеленый плоский электрод на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки	☐ да ☐ нет
15.	Наложил черный плоский электрод на внутреннюю поверхность правой голени симметрично зеленому	☐ да ☐ нет
16.	Наложил электрод V1 в IV межреберье по правому краю грудины	☐ да ☐ нет
17.	Наложил электрод V2 в IV межреберье по левому краю грудины	☐ да ☐ нет
18.	Наложил электрод V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии	☐ да ☐ нет
19.	Наложил электрод V3 между V2 и V4	☐ да ☐ нет
20.	Наложил электрод V5 в V межреберье по передней подмышечной линии	☐ да ☐ нет
21.	Наложил электрод V6 в V межреберье по средней подмышечной линии	☐ да ☐ нет
22.	Включил электрокардиограф	☐ да ☐ нет
23.	Убедился в правильности настройки регистрации ЭКГ	☐ да ☐ нет
24.	Осуществил запись ЭКГ, в том числе на вдохе	☐ да ☐ нет

25.	Снял электроды с пациента, отключил электрокардиограф	☐ да ☐ нет
26.	Предложил пациенту бумажную салфетку	☐ да ☐ нет
27.	Обработал электроды, убрал их и электродный гель на место	☐ да ☐ нет
28.	Обработал руки	☐ да ☐ нет
29.	Сформулировал верное заключение	X

4.2. Аттестационные тесты

ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И УВЕЛИЧЕНИЯ МИНУТНОГО ОБЪЁМА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

>добутина

фенилэфрина

эналаприлата

фуросемида

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК К ДАТЧИКУ КАРТИРУЕТСЯ _____ ЦВЕТОМ

>красным

темно-синим

ярко зеленым

фиолетовым

ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

>мониторного наблюдения

инфузии кордарона внутривенно

инфузии лидокаина внутривенно

инфузии глюкозо-новокаиновой смеси внутривенно

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

>2-5

1

5-10

10-15

ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С

> ингибиторов АПФ

бета-адреноблокаторов

мочегонных

антагонистов кальция

ДВУХСТВОРЧАТОЕ СТРОЕНИЕ ИМЕЕТ _ КЛАПАН

легочного ствола

> митральный

аортальный

правый атриовентрикулярный

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ

> диастолы

пресистолы
систолы
систолы и диастолы

НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ _ СТВО-
РОК

двух
пяти
четырех
> трех

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

неотложная
плановая
> скорая
экстренная

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

по врачебным специальностям
> первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, паллиативную
амбулаторную, стационарную, стационарную дневную
экстренную, неотложную, плановую

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬСЯ

медицинской службой онкологического диспансера
> медицинской сестрой или врачом выездной службы хосписа
скорой медицинской помощью
сотрудниками дома престарелых

СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

паллиативной
> скорой
первичной медико-санитарной
специализированной

СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 М 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИ-
ЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

экстренная, неотложная, плановая
амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
> первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
по врачебным специальностям

«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБ-
СЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА М 057/У-04) ПОДПИСЫВА-
ЕТСЯ

> заведующим отделением
главным врачом
заместителем главного врача по лечебной работе
председателем врачебной комиссии

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРА-
ЗОМ

финансированием научно-исследовательского сектора
изменением номенклатуры специальностей медработников
> развитием первичной медико-санитарной помощи
закупкой недостающих медикаментов за рубежом

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

санаторно-курортную
первую
стационарную
> паллиативную

ОБЪЕКТОМ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

> только сам паллиативный пациент
паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти
адекватное обезболивание и купирование тягостных симптомов у паллиативного пациента
паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти и в период го-
ревания

К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

по врачебным специальностям
первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, паллиативную
амбулаторную, стационарную, дневной стационар
> экстренную, неотложную, плановую

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 32 ФЕДЕ- РАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОС- СИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ОТНОСЯТ

экстренную
вторичную
> первичную, специализированную, скорую, паллиативную
диагностическую, лечебную

В ОСНОВЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПО- МОЩИ ЛЕЖИТ ПРИНЦИП

> территориально-участковый
индивидуальный
цеховой
этапный

ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 32 ФЕДЕ- РАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОС- СИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ВИДЕ

> экстренной, неотложной, плановой
первичной, специализированной, скорой
паллиативной
диагностической, лечебной

ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В СО-
ОТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 33 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ» ОКАЗЫВАЕТСЯ В
стационарных условиях

стационарных, федеральных центрах
амбулаторных, федеральных центрах
> амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

КОМПЛЕКСОМ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ЯВЛЯЕТСЯ

лечение
> медицинская помощь
медицинская услуга
диагностика

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ УГРОЗУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

> экстренной
неотложной
плановой
реабилитационной

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

паллиативной
первичной медико-санитарной
> специализированной скорой

ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ПОМОЩИ

> первичной медико-санитарной
паллиативной
скорой медицинской
специализированной медицинской

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕЗ ЯВНЫХ ПРИЗНАКОВ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

плановой
реабилитационной
> неотложной
экстренной

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНИН МОЖЕТ ВЫБИРАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ __ В ГОД

2 раза
4 раза
> 1 раз
3 раза

КОМПЛЕКСОМ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАСПОЗНАВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ИЛИ УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТА НАЛИЧИЯ ЛИБО ОТСУТСТВИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПОСРЕДСТВОМ СБОРА И АНАЛИЗА

ЖАЛОБ ПАЦИЕНТА, ДАННЫХ ЕГО АНАМНЕЗА И ОСМОТРА, ПРОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ, ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАГНОЗА, ВЫБОРА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА И (ИЛИ) КОНТРОЛЯ ЗА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ЭТИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

лечение

медицинская помощь

медицинская услуга

> диагностика

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ, СКОРУЮ И

неотложную

> паллиативную

экстренную

стационарную

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ В

в амбулаторно-поликлинических учреждениях

в санаториях

в реабилитационных центрах

> в стационарах

ПРИСУТСТВИЕ В МАЗКЕ КРОВИ ГИГАНТСКИХ ТРОМБОЦИТОВ УКАЗЫВАЕТ НА ТРОМБОЦИТОПАТИЮ

Германского-Пудлака

Гланцманна

аутоиммунную

> Мея-Хегглина

ВОПРОС О ПРИМЕНЕНИИ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ МОЖНО СТАВИТЬ ПРИ УРОВНЕ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ

$200 \times 10^9 / \text{л}$

$150 \times 10^9 / \text{л}$

$100 \times 10^9 / \text{л}$

> $20 \times 10^9 / \text{л}$

К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТ

аспарагиновую трансаминазу

миоглобин

> фракцию МВ креатинфосфокиназы

лактатдегидрогеназу

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

наблюдение за прикрепленным контингентом

сохранение здоровья пациентов конкретного лечебно-профилактического учреждения

> раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития

оказание специализированной медицинской помощи

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ В _ ЭТАПА (ЭТАПОВ)

три

шесть

> два

четыре

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ВОВ И ИНВАЛИДОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
ПРОВОДИТСЯ

один раз в 3 года

> ежегодно

один раз в полгода

один раз в 2 года

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ

высокий или очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

выявленный риск потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача

> низкий или средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

подозрение на наличие хронических неинфекционных заболеваний

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра

прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации

прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации

> инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

оказания неотложной помощи

раннего выявления профессиональной патологии

> определения групп здоровья и выработки рекомендаций для граждан

проведения экспертизы трудоспособности

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ

участников боевых действий

> лиц в возрасте до 18 лет

пенсионеров по возрасту

инвалидов по общему заболеванию

В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ В ПОКОЕ ПРИ ПЕРВОМ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДАЛЕЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ _ ЛЕТ И СТАРШЕ _ В ГОД

65; 2 раза

> 35; 1 раз

45; 2 раза

40; 1 раз

ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ ОТСУТСТВИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОНИМАЮТ

гипокинезию
гиперкинезию
> акинезию
дискинезию

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПЕРЕД ПЕРВИЧНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (ЧКВ) СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

75
150
300
> 600

ВЫРАЖЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВотоКА ОТ ФАЗ ДЫХАНИЯ В ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
фибрилляции предсердий
инфаркта миокарда
> тампонады сердца

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ

васкулит
миокардиальный фиброз
> аневризма аорты
нарушение ритма и проводимости сердца

СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ИЗГНАНИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

стенозе легочной артерии
функциональном шуме
> стенозе устья аорты
митральной недостаточности

ВЫСОКО СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ТАКАЯСУ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

приступообразного побледнения пальцев рук
атрофических изменений мышц верхнего плечевого пояса
приступообразных парестезий кистей рук
> pulsus differens на лучевых артериях

ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

> увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка
значительное увеличение давления в левом предсердии
отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
значительное увеличение давления в легочной артерии

ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОИСХОДИТ

- > повышение давления в левом желудочке
- повышение давления в легочной артерии
- повышение систолического и снижение диастолического давления
- снижение давления в левом предсердии

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ОТНОСЯТ

- диффузный миокардит
- стабильную стенокардию
- > гипертоническую болезнь
- нарушение ритма сердца

ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- гипертонической болезни
- дилатационной кардиомиопатии
- гипертрофической кардиомиопатии
- > тампонаде сердца

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАРАСТАЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- стенокардии
- > расслоения аневризмы аорты
- тромбоэмболии легочной артерии
- инфаркта миокарда

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРИ

- > расслаивающей аневризме аорты
- нарушении мозгового кровообращения
- гипертонической ангиопатии сетчатки глаза
- гипертонической энцефалопатии

АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РУКАХ, А ТАКЖЕ ПОВЫШЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- > Такаясу
- Конна
- Лериша
- Иценко-Кушинга

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ

- тяжести основного заболевания
- присутствия или отсутствия крови в жидкости
- количества выпота
- > быстроты появления выпота

МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН, СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 20
- > 10
- 40
- 15

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- пентамин
- клофелин
- > метопролол
- нифедипин

К АССОЦИИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ

- скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9
- микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
- > ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1,73 м² или протеинурию > 300 мг в сутки
- ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД < (В ММ РТ.СТ.)

- 130/85
- 125/80
- 130/80
- > 140/90

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИСТУПОМ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- моксонидин
- клофелин
- > нитроглицерин
- нифедипин

ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- > индапамид
- верапамил
- эналаприл
- бисопролол

ОГРАНИЧИВАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТРИЯ В СУТКИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ДО (В ГРАММАХ)

- 7-10
- 5-7
- 10-15
- > 2-4

МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 15
- 40
- 10
- > 20

ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИАПФ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение объема циркулирующей крови
снижение частоты сердечных сокращений
> профилактика ремоделирования сосудов
снижение сердечного выброса

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЧИТАЮТСЯ

недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
тиазидные диуретики
> бета-адреноблокаторы
дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТРАН ЕВРОПЫ «ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД В ММ РТ.СТ.

> выше 140 и ниже 90
ниже 140 и выше 85
выше 140 и выше 90
выше 160 и выше 89

У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД МЕНЕЕ (В ММ РТ.СТ.)

> 140/90
125/80
130/85
130/80

НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ

коррекции повышенной частоты пульса у молодых здоровых людей
профилактики инсультов
начальной терапии при неосложненном течении АГ
> лечения АГ у больных с ИБС или ХСН

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АГ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА (СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ, СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, АВ- БЛОКАДЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

петлевой диуретик
тиазидный диуретик
альфа-блокатор
> дигидропиридиновый антагонист кальция

К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ОТНОСЯТ

диуретики
неселективные β -адреноблокаторы
 α -адреноблокаторы
> блокаторы рецепторов ангиотензина II

НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ

ожирение

курение
> возраст
сахарный диабет

АД 160/90 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ

4
1
> 2
3

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

α -адреноблокаторы
препараты центрального действия
> β -адреноблокаторы
диуретики

НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

ингибиторов АПФ и антагонистов кальция
> α -адреноблокаторов и антагонистов кальция
антагонистов кальция и диуретиков
 β -адреноблокаторов и диуретиков

ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ

> в норме у детей и подростков
при недостаточности клапана легочной артерии
при выраженном митральном стенозе
при нерезко выраженной аортальной недостаточности

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫПОТА В ПЕРИКАРД ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки
> эхокардиография
электрокардиография с дополнительными отведениями
перкуссия с определением границ сердца

У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА КЛАПАНЕ

> трехстворчатом
митральном
аортальном
легочной артерии

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

толщина стенок левого желудочка
ударный объем левого желудочка
> индекс массы миокарда левого желудочка
размер полостей сердца

СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

парастернальный доступ
апикальная
> субкостальная
супрастернальный доступ

ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ болезни и синдрома Иценко-Кушинга
дефекта межжелудочковой перегородки
выраженной коарктации грудного отдела аорты
> неспецифического аортоартериита

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ
острый инфаркт миокарда в течение первых 2 месяцев
стеноз ствола левой коронарной артерии
гипертрофическая кардиомиопатия
> острый перикардит

СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ
снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями
на 10-20% ниже, чем в дневные
выше, чем в дневные часы
> по сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%

МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
> смещением вверх верхней границы и сглаживанием «тали» сердца
смещением влево левой границы с подчеркнутой «талией» сердца
смещением вправо правой границы
«треугольной формой сердца»

ИНДУКЦИЯ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА НА ПИКЕ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ
> диагностическим критерием ишемии миокарда
показанием к коронароангиографии.
критерием диагноза «подострый миокардит»
сомнительным результатом пробы на коронарную недостаточность

4 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЦВЕТНОМ ДОППЛЕРОВСКОМ СКАНИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
двунаправленный сброс
отсутствие сброса
сброс справа налево
> сброс слева направо

ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО
> прекратить исследование

сделать минутный перерыв с последующим возобновлением исследования
спросить о самочувствии пациента, при хорошем - продолжить исследование
уменьшить скорость тредмила

ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОНИ-
МАЮТ

дискинезию
гиперкинезию
> гипокинезию
акинезию

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ
ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

стенозе митрального клапана
легочной гипертензии
расширении полости левого желудочка
> расширении восходящей части аорты

СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-RICKER ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КО-
ГДА

АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные
АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
> ночные значения АД выше, чем дневные
снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями

ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В М- И В-МОДАЛЬНОМ РЕ-
ЖИМЕ ВЫЯВЛЯЮТ

> дилатацию правых отделов сердца
дилатацию левого желудочка
уменьшение размеров правого предсердия
дилатацию левого предсердия

В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТ-
СТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

возраста
общего холестерина
систолического АД
> глюкозы крови

I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

нейтральным
> биполярным
усиленным
монополярным

ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОГЛАСНО ИНДЕКСУ СОКО-
ЛОВА - ЛАЙОНА ЯВЛЯЕТСЯ

$RI > 11 \text{ мм}$
> $SV1 + RV5/V6 > 35 \text{ мм}$
 $R/S < 1 \text{ в } V1$
 $RI + S_{III} > 25 \text{ мм}$

СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- супрастернальный доступ
- парастернальный доступ
- апикальная
- > субкостальная

БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- > тромбоэмболии легочной артерии
- острого перикардита
- расслаивающей аневризмы аорты
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- является абсолютным противопоказанием к применению гепарина
- > не является противопоказанием к назначению гепарина
- является показанием для кровоостанавливающей терапии
- является относительным противопоказанием к назначению гепарина

ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

- известной тромбофилии
- > повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА
- вторичной легочной гипертензии
- острой венозной тромбоэмболии (ВТЭ)

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- вены верхних конечностей
- верхнюю полую вену
- правое сердце
- > вены нижних конечностей

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ФИЛЬТРА В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКИ ЕЕ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- > наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами
- антифосфолипидный синдром
- высокое содержание протромбина
- повторная тромбоэмболия на фоне неадекватной терапии антикоагулянтами

К САМОМУ ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ ТЭЛА ОТНОСЯТ

- > внезапную одышку без ортопноэ
- кратковременную потерю сознания
- боль в нижних отделах грудной клетке на вдохе
- внезапную одышку и наличие ортопноэ

ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- сначала снижается, а затем становится нормальным
- понижается
- > резко возрастает

остается нормальным

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОСТОЯНИЯМ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОТНОСЯТ

- > заболевания венозной системы
- тяжелые физические нагрузки
- гипертоническую болезнь
- острые вирусные инфекции

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ массивной ТЭЛА

- тромбозе глубоких вен
- > рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов
- планируемом оперативном вмешательстве высокого риска

САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- > внезапная одышка
- эпизод потери сознания
- повторное кровохарканье
- боль в левой половине грудной клетки

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- ЭКГ
- рентгенологическое исследование
- ЭХО-кардиография
- > селективная ангиопульмонография

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ нитраты

- > антагонисты кальция
- бета-адреноблокаторы
- ингибиторы АПФ

МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- ЭКГ
- рентгенологическое исследование
- > селективная ангиопульмонография
- ЭХО-кардиография

УСИЛЕНИЕ ЗВУЧНОСТИ 2 ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ артериальной гипотензии

- легочной гипотензии
- артериальной гипертензии
- > легочной гипертензии

ВНЕЗАПНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- > тромбоэмболии легочной артерии
- острого плеврита
- острого перикардита

расслаивающейся аневризмы аорты

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ D-ДИМЕРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

феохромоцитомы

инфаркта миокарда

> тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)

НАЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТОМ ПОКАЗАНО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА

туберкулез легких

саркоидоз

> тромбоэмболию легочной артерии

эмфизему

ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

язвенная болезнь

пиелонефрит

дивертикулез кишечника

> синдром Пиквика

НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

сахарным диабетом

> заболеваниями вен

облитерирующим эндартериитом нижних конечностей

бронхиальной астмой

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

> инфаркт-пневмонию

участки уплощения плевры (плевральные тени)

подъем купола диафрагмы с ограничением ее подвижности на стороне поражения

коллапс легкого

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей

плеврита, миокардита, асцита

бронхита, миокардита, лихорадки

> перикардита, плеврита, пневмонита

ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

6-7

> 2-3

8-9

4-5

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЖ ХАРАКТЕРЕН ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ

1, aVL, V1-V4
VR3, VR4
> I, aVL, V5-V6
II, III, aVF

ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ

> Killip

GOLD

NYHA

Стражеско-Василенко

РЕГИСТРИРОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 И ДОРЗАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ПО НЭБУ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ ИНФАРКТЕ

переднем

высоком боковом

правого желудочка

> заднебазальном

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

задней

боковой

нижней

> передней

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА

остро возникающая блокада правой ножки пучка Гиса

остро возникающая блокада левой ножки пучка Гиса

элевация сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-V4

> элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF

АТИПИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

блокадный, тахиаритмический, печеночный, неопределенный

классический болевой, депрессивный, почечный, циститный

без стойкой элевации или с элевацией сегмента ST, панкреатитный

> астматический, абдоминальный, цереброваскулярный, безболевой

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

кардиогенный шок

> синдром Дресслера

фибрилляция желудочков

блокада левой ножки пучка Гиса

ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q ВЫЯВЛЯЕТСЯ

не позже, чем через 30 мин от начала заболевания

на вторые-третьи сутки от начала заболевания

> обычно в течение первых нескольких часов

не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции
> сцинтиграфия миокарда с технецием-99М-пирофосфатом
перфузионная сцинтиграфия миокарда с изотопом таллием-201
внутривенная коронароангиография с вентрикулографией

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

> ангинозная
астматическая
церебро-васкулярная
гастралгическая

ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

> тромбоз коронарной артерии
окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой
внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
спазм коронарной артерии

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

стрессовая реакция на болевые раздражители
артериальная гипотония
гиповолемия
> снижение насосной функции сердца

САМЫМ РАННИМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

> подъем сегмента ST
нарушение сердечного ритма
инверсия зубца T
изменение комплекса QRS

К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

> аневризма левого желудочка
фибрилляция желудочков
разрыв стенки левого желудочка
кардиогенный шок

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

внезапно развившаяся одышка
> боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
коллапс

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

кардиогенный шок
> синдром Дреслера
фибрилляция желудочков

блокада левой ножки пучка Гиса

БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

локализации инфаркта миокарда в области передней стенки ЛЖ

расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты

тромбоэмболии легочной артерии

> локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки ЛЖ

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

боль за грудиной продолжительностью более 20 минут

элевация сегмента ST в двух и более отведениях на ЭКГ

> повышение уровня тропонина в крови

повышение уровня ЛДГ

НАЗНАЧЕНИЕ ИНФУЗИИ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНО

> только при отеке легких

при любой ситуации

только при сочетании со стенозом устья аорты

только при кардиогенном шоке

ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

> 1,4

3,5

3,0

2,5

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ ГЕМОДИНАМИКИ ПОКАЗАНО

назначение бета-адреноблокаторов

> незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

проведение инфузии лидокаина

проведение инфузии кордарона

ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ

купирование болевого синдрома

восстановление АВ проводимости

> снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного

исчезновение признаков сердечной недостаточности

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВотоКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ АРТИФИЦИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА НЕОБХОДИМО В ПЕРВЫЕ _ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

10

> 6

12

8

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

бета-адреноблокаторов

блокаторов медленных кальциевых каналов

> морфина

преднизолона

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

150

500.

75.

> 250-300

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

метопролол

новокаинамид

лидокаин

> амиодарон

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

метопролола

> нитроглицерина

0,9% раствора натрия хлорида

добутина

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ

системной тромболитической терапии

ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов

> первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

> лидокаин

бета-блокаторы

новокаинамид

кордарон

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК НАЧАЛА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

1

> 12

3

6

ДЛИТЕЛЬНОЕ ОБЕЗДВИЖИВАНИЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТом МИОКАРДА ПРИВОДИТ К

сердечной недостаточности

брадикардии

повышению АД

> тромбоэмболическим осложнениям

ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИЛИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

нитраты

антикоагулянты

> бета-блокаторы

сердечные гликозиды

К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТ

антагонисты кальция

сердечные гликозиды

> диуретики

бета-адреноблокаторы

ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАЦЕЛЕНО НА

профилактику тромбоэмболий

уменьшение интенсивности боли

нормализацию гемодинамики

> ограничение зоны некроза

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

фибрилляция предсердий

сахарный диабет

> АВ-блокада II-III степени

наджелудочковая экстрасистолия

ТЕРАПИЮ ПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ (ГЕПАРИНОМ) ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ПО

> активированному частичному тромбопластиновому времени

протромбиновому индексу

времени свертывания крови

активированному времени рекальцификации

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ НАРУШЕНИЕМ ГЕМОДИНАМИКИ И ПЛОХОЙ СУБЪЕКТИВНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

хинидин

> амиодарон

аденозин

верапамил

ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ ПОВТОРНОГО ВВЕДЕНИЯ НЕ РАЗРЕ-
ШЕНО ПРИМЕНЕНИЕ

тенектеплазы

> стрептокиназы

алтеплазы

проурокиназы

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ЭНТЕРО-
КОККИ, ТО ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ

> ампициллин в сочетании с гентамицином

тетрациклины

пенициллин

гентамицин с карбенициллином

К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ

паразитарную инвазию

системные коллагенозы

> инфекцию

идиопатические факторы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

> вирусные инфекции

воздействия токсинов

бактериальные инфекции

грибковые инфекции

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ СТАФИЛОКОККИ, УСТОЙЧИВЫЕ К
ПЕНИЦИЛЛИНУ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

метициллин

канамицин

оксациллин

> цефалоспорины

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯ-
ЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА

перикардит

миокардит

> инфекционный эндокардит

ишемическую болезнь сердца

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ГРАММ-ОТРИ-
ЦАТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

> гентамицин и/или ампициллин

пенициллин со стрептомицином

амфотерицин В

тетрациклины

ПЯТНА РОТА (БЕЛЫЕ ПЯТНА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

ревмокардита

синдрома Марфана

артериальной гипертензии

> инфекционного эндокардита

ПЕРВЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

нитраты

> нестероидные противовоспалительные препараты

наркотические анальгетики

глюкокортикостероиды

ТЯЖЕЛЫМ СИСТЕМНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗРУШЕНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

миксоматозная дегенерация

> инфекционный эндокардит

токсическая кардиомиопатия

острый перикардит

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

наличие шумов при аускультации

> выявление вегетаций на клапанах при эхокардиографии

значительное ускорение СОЭ

нарастание явлений сердечной недостаточности

ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

> осложнение эмболического характера

ишемическая болезнь сердца

ДВС-синдром

высокая лихорадка

БОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

300

> более 500

400

150

ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО ХАРАКТЕРНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ

> биопсии миокарда

ЭКГ

сцинтиграфии миокарда

эхокардиографии

ДИАГНОЗ «МИОКАРДИТ» ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКГ

> биопсии миокарда

сцинтиграфии миокарда

эхокардиографии

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В

легочные вены

легкие

легочную артерию
> головной мозг

ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

B12-дефицитная анемия
> диффузный гломерулонефрит
хронический гепатит
тиреотоксикоз

ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ

антигистаминные препараты
антибиотики
> нестероидные противовоспалительные препараты
глюкокортикоиды

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

пневмония
системная склеродермия
> туберкулез
острая ревматическая лихорадка

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

энтерококки
стрептококки
> стафилококки
грибы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО (СДАВЛИВАЮЩЕГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

острый идиопатический перикардит
гипертрофическая кардиомиопатия
опухоль
> туберкулез

ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

48
96
72
> 24

ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ЛИБО УМЕНЬШИТЬ ИХ ДОЗИРОВКУ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В

2 раза
> 3 раза
4 раза
5 раз

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- > фибрилляция желудочков
- AV-блокада III степени
- электромеханическая диссоциация
- асистолия желудочков

ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- регулярное употребление малых доз алкоголя
- > артериальная гипертензия
- низкая физическая активность
- отягощенный семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- появление инверсии зубца Т
- > устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
- быстрая и косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
- появление полной блокады левой ножки пучка Гиса

ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 2,5
- > 1,4
- 3,0
- 2,0

ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

- > тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию
- коронароангиографию, ЭхоКГ
- перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)
- перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОМОЗИГОТНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- соблюдение диеты
- > экстракорпоральный метод (плазмаферез, гемосорбция)
- приём высоких доз статинов
- приём ингибиторов PCSK9

ГЛАВНЫМ ВОПРОСОМ, НА КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТВЕТИТЬ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- наличие перенесенного в прошлом инфаркта миокарда
- верификация ИБС
- наличие клапанной патологии
- > вероятность наличия ИБС

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> коронароангиография
мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий
нагрузочный тредмил-тест
перфузионная сцинтиграфия миокарда с нагрузкой

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

гипертрофия левого желудочка
коронариит
«мышечный» мостик
> атеросклероз коронарных артерий

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕСС-ЭХОКГ ЯВЛЯЕТСЯ

> ишемическая болезнь сердца
опухоль сердца-миксома
жидкость в полости перикарда
врожденный порок сердца

ПБ ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)
альфа липопротеидов (ЛП_a)
> липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)
липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)

ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ

хронической сердечной недостаточности
острой левожелудочковой недостаточности
ишемическом инсульте
> остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

низкий уровень липопротеидов низкой плотности
высокий уровень липопротеидов высокой плотности
> абдоминальный тип ожирения
женский пол

К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

мужской пол
возраст
отягощенная наследственность
> сахарный диабет 2 типа

НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ

правастатина
симвастатина
> розувастатина

аторвастатина

ПРИЧИНАМИ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ МОГУТ БЫТЬ
прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия
злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение
гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов
> гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов

А ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПО-
ВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

> липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)
альфа липопротеидов (ЛП_a)
липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)
липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)

К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, ОТНОСЯТ

антагонисты кальция
наркотические препараты
нитраты
> статины

ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ И СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ГКМП УВЕЛИЧИВАЮТСЯ
ПРИ ПРИЁМЕ

верапамила
> изосорбида динитрата
бисопролола
метопролола сукцината

ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

миокардитический кардиосклероз
алкогольная кардиомиопатия
открытое овальное окно
> гипертрофическая кардиомиопатия

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТА-
ТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

дилатационной кардиомиопатии (ДКМП)
постинфарктном кардиосклерозе
> гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого
желудочка (ЛЖ)
недостаточности митрального клапана

К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

алкогольная
дисгормональная
> гипертрофическая
метаболическая

У БОЛЬНОГО НА ЭХО-КГ ВЫЯВИЛАСЬ ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЧТО
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

острого инфаркта миокарда
аортальной недостаточности
изолированного стеноза митрального клапана
> дилатационной кардиомиопатии

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)
диуретики
блокаторы ангиотензиновых рецепторов
> β -адреноблокаторы

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ постинфарктном кардиосклерозе
> гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
недостаточности аортального клапана
дилатационной кардиомиопатии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫВОДЯЩЕГО ТРАКТА ИСПОЛЬЗУЮТ сердечные гликозиды
> бета-адреноблокаторы
амиодарон
нитраты

ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТМЕЧАЕТСЯ повышение сократительной способности миокарда
> диффузное снижение сократительной способности миокарда
локальное снижение сократительной способности миокарда
утолщение межжелудочковой перегородки

ДВОЙНОЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С пролапсом митрального клапана
аортальной недостаточностью
дилатационной кардиомиопатией
> гипертрофической кардиомиопатией

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ > бета-блокаторы
сердечные гликозиды
мочегонные препараты
вазодилататоры

ОСНОВНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ дилатацией левого желудочка, гипертрофией его стенок
фракцией выброса < 40%
> дилатацией камер сердца при отсутствии выраженной гипертрофии
снижением систолической и диастолической функций сердца

К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНЕ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ОТНОСЯТ

острое нарушение мозгового кровообращения
тромбоз легочной артерии
инфаркт миокарда
> нарушение ритма

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

высокое общее периферическое сопротивление
митральный стеноз
снижение сократительной функции левого желудочка
> обструкция выносящего тракта левого желудочка

К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

рентгенографию органов грудной клетки
коронароангиографию
> ЭХО-КГ
сцинтиграфию миокарда

ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОИСХОДИТ _ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА

сохранение прежней
локально-очаговое повышение
> диффузное снижение
локально-очаговое снижение

В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
диуретики
> бета-адреноблокаторы
ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

диуретики
сердечные гликозиды
нитраты
> бета-адреноблокаторы

У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

> нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ
верапамила, дилтиазема, атенолола
биспролола, дизопирамида, амиодарона
спиронолактона, пропранолола, соталола

ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКОРОНАРОГЕННЫМ, НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ ДИФFUЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

МИОКАРДА С РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ И ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ПОЛОСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- > дилатационная кардиомиопатия
- гипертрофическая кардиомиопатия
- рестриктивная кардиомиопатия
- миокардит

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНУЮ ТЕРАПИЮ (ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ) НАДО НАЧИНАТЬ С РАЗРЯДА

- 50 Дж
- 150 Дж
- 220 W
- > 200 Дж

КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ?

- разные интервалы R-R
- волны фибрилляции предсердий
- > внезапное начало и внезапный конец тахикардии
- уширение комплексов QRS

ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИ-СЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (В ЧАСАХ)

- менее 48
- менее 24
- > более 48
- более 24

ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- > моксонидина
- нифедипина
- гидралазина
- фелодипина

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПРИСТУПОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- прокаинамид
- > амиодарон
- хинидин
- пропранолол

СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- удлинением интервала QT
- депрессией ST на фоне физической нагрузки
- > полной атриовентрикулярной блокадой на фоне фибрилляции предсердий
- сочетанием полной блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады

ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости
> возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа «пируэт»
аортальный стеноз
возникновение периодов асистолии

К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASC ОТНОСЯТ

размер левого предсердия более 60 мл
наличие несахарного диабета
> хроническую сердечную недостаточность
эссенциальный тромбоцитоз

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

> митральном стенозе
недостаточности митрального клапана
недостаточности аортального клапана
аортальном стенозе

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЛОКАДА АВ-УЗЛА МОЖЕТ БЫТЬ СПОСОБОМ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ускоренного желудочкового ритма
> хронической предсердной тахикардии
желудочковой тахикардии
пароксизмальной АВ-узловой тахикардии

ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ _ УДАРОВ В 1 МИНУТУ

> 40-50
120 и более
90-100
100-110

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

полная блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с атрио-вентрикулярной блокадой 2 степени типа Мобитц-1
бессимптомная атриовентрикулярная блокада 2-3 степени у больных старше 60 лет, зафиксированная на электрокардиограмме
> потеря сознания при атрио-вентрикулярной блокаде 2-3 степени
наличие признаков дисфункции синусового узла при суточном мониторинге электрокардиограммы

ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ РИТМ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК «УСТОЙЧИВАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ» ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ (В СЕК.)

> 30
15
90
20

ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЮТСЯ

> паузы более 3 секунд (при отсутствии ятрогении), сопровождающиеся синкопальными состояниями
эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
признаки синдрома Бругада
признаки синдрома ранней реполяризации желудочков

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИДОКАИНА ПОКАЗАНО ПРИ
суправентрикулярной экстрасистолии
> желудочковой тахикардии
суправентрикулярной тахикардии
фибрилляции - трепетании предсердий

ДЕФИЦИТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С
артериальной гипертензией
недостаточностью аортального клапана
полной блокадой левой ножки пучка Гиса
> фибрилляцией предсердий

ВЕРАПАМИЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ ТАХИКАРДИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
двунаправленной
полиморфной
типа «пируэт»
> идиопатической

СИНДРОМ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ)
> синоатриальной блокаде
бифасцикулярной блокаде
неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ)

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
дилатация левого желудочка
гипертрофия левого желудочка
очаговый фиброз миокарда желудочков
> дилатация миокарда левого предсердия

ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО А-V ОТВЕРСТИЯ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
желудочковая аритмия
коронарная недостаточность
синкопальное состояние
> тромбоэмболия

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ
β-гемолитическим стрептококком группы С
золотистым стафилококком
вирусом Эпштейн-Барр
> β-гемолитическим стрептококком группы А

КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
геморрагический васкулит

гломерулонефрит
> полиартрит
пневмонит

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КУРСА ПЕНИЦИЛЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СОСТАВЛЯЕТ _ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АТАКИ

40 лет
> 10 лет
3 года
5 лет

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ НАЛИЧИЕ

> вегетаций на клапанах
лихорадки и лимфаденопатии
спленомегалии и гепатомегалии
митрального порока сердца

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

перикардит
инфекционный эндокардит
инфаркт миокарда
> ревматическая лихорадка

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки
электрокардиография в 12 отведениях
> доплеркардиография
аускультация тонов и шумов сердца

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

> пролапса створки митрального клапана
повышения вязкости крови
сужения левого атриовентрикулярного отверстия
значительного снижения сократимости миокарда левого желудочка

К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

> тетрада Фалло
аневризма межпредсердной перегородки
открытое овальное окно
аневризма левого желудочка

УСИЛЕНИЕ ШУМА НАД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ НА ВДОХЕ (СИМПТОМ КОРВАЛЛО) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

митральной недостаточности тяжелой степени

выраженной аортальной недостаточности
стеноза легочной артерии с наличием легочной гипертензии
> трикуспидальной недостаточности

ЧЕТВЕРТЫЙ ТОН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

> аортальном стенозе
митральном стенозе
аортальной недостаточности
митральной недостаточности

У ПАЦИЕНТА 19 ЛЕТ ПРИ ЭХО-КГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ОТКРЫТИЯ
СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ДИАСТОЛУ С УВЕЛИЧЕНИЕМ СКОРОСТИ
ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

дефекта межжелудочковой перегородки сердца (ДМЖП)
аортального стеноза
> митрального стеноза
митральной недостаточности

ОСЦИЛЛЯЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА
ДЛЯ

дефекта межжелудочковой перегородки
аортального стеноза
> аортальной недостаточности
дефекта межпредсердной перегородки

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНО-
СТИКИ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

> эхокардиография с доплерографией
проба с физической нагрузкой (ВЭМ, Тредмил-тест)
сцинтиграфия сердца
катетеризация сердца и магистральных сосудов

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО
КЛАПАНА ЯВЛЯЮТСЯ

> импульсное и цветное доплеровские исследования сердца
рентгенография органов грудной клетки и сцинтиграфия миокарда
постоянно-волновое и тканевое доплеровские исследования сердца
коронароангиография и компьютерная томография с контрастированием

К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

> открытый артериальный проток
сеть Хиари
аневризма межпредсердной перегородки
открытое овальное окно

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬ-
НЫХ С

сочетанным митральным пороком
митральной недостаточностью
> аортальным стенозом
аортальной недостаточностью

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ СО СБРОСОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ

впадении вен большого круга в левое предсердие, аномалии Эбштейна, легочных артериовенозных свищах
атрезии трехстворчатого клапана, врожденной аневризме синуса Вальсальвы, истинной декстрокардия
> дефектах межпредсердной или межжелудочковой перегородок, открытом артериальном протоке
тетраде Фалло, дефекте коронарного синуса, стенозе легочной артерии, двухкамерном правом желудочке

ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРЕДНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ МОЖЕТ БЫТЬ

артериальная гипертензия
> недостаточность митрального клапана
гипертрофическая кардиомиопатия
стеноз устья аорты

ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

сифилитический аортит
> бактериальный эндокардит
острая ревматическая лихорадка
врожденный порок сердца

СЕПАРАЦИЯ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

дефекта межжелудочковой перегородки
аортального стеноза
дефекта межпредсердной перегородки
> аортальной недостаточности

ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ

недостаточности аортального клапана
> недостаточности митрального клапана
стеноза митрального клапана
стеноза устья аорты

ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

> атеросклероз
острая ревматическая лихорадка
врожденный порок сердца
бактериальный эндокардит

«БАРАБАННЫЕ ПАЛОЧКИ» И ЦИАНОЗ НОГ, НО НЕ РУК, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ _ СЕРДЦА ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СБРОСА КРОВИ СПРАВА-НАЛЕВО

стенозе аортального клапана
дефекте межпредсердной перегородки
недостаточности трикуспидального клапана
> незаращении артериального протока

КАКОЙ УЗ-ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ СТЕНОЗ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ?

створки митрального клапана движутся в противофазе
амплитуда движения створок митрального клапана увеличена
> створки митрального клапана утолщены, движутся однонаправленно
провисание створок митрального клапана в полость предсердия

В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН II-III Ф.К. ВХОДЯТ

- ИАПФ, дигоксин, петлевые диуретики
 - ИАПФ, ивабрадин, нитраты
- блокаторы рецепторов ангиотензина II, верапамил, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
> ИАПФ, β -АБ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов

ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ, ДОКАЗАВШИХ СПОСОБНОСТЬ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЧИСЛУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ

непрямые антикоагулянты
> ингибиторы АПФ
кардиопротекторы
антагонисты кальция

СТАРТОВАЯ ДОЗА ЭНАЛАПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ _ МГ _ РАЗА В ДЕНЬ

1,25; 2
> 2,5; 2
5; 2
6,25; 3

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АГ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ

антагонист кальция
бета-блокаторы
> ингибиторы АПФ
дигоксин

СТАДИЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ IV СТЕПЕНИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ

альвеолярному отеку легких
интерстициальному отеку легких
> кардиогенному шоку
остановке кровообращения

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

разрыв свободной стенки левого желудочка
разрыв папиллярной мышцы
тромбоэмболия легочной артерии
> разрыв межжелудочковой перегородки

ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

> набуханием шейных вен, увеличивающимся в вертикальном положении

одышкой при ходьбе
брадикардией
застоем крови в венозном русле малого круга кровообращения

ПРИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
а-в блокаде I ст.
фибрилляции предсердий
синусовой тахикардии
> а-в блокаде II ст.

В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОР-
МАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ
> натрийуретических пептидов
альдостерона
ренина
катехоламинов

ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАСТОЙ КРОВИ
РАЗВИВАЕТСЯ В
портальной системе
большом и малом круга кровообращения
большом круге кровообращения
> малом круге кровообращения

К ДЕПРЕССОРНОМУ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОМУ МЕХАНИЗМУ ПРИ РАЗВИТИИ СЕР-
ДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ АКТИВАЦИЯ
> мозгового и предсердного натрийуретических пептидов
симпатoadреналовой системы (САС)
антидиуретического гормона (АДГ)
ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ
СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ
тахикардия
> набухание шейных вен
пульсация в эпигастрии
одышка разной степени выраженности

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕР-
ДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А-В блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
> тахиформа фибрилляции предсердий
рестриктивная кардиомиопатия с наличием ХСН
гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия

АКРОЦИАНОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
правожелудочковой недостаточности
> левожелудочковой недостаточности
железодефицитной и В12 -дефицитной анемии
двусторонней крупозной пневмонии

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ
иАПФ

блокаторов ангиотензиновых рецепторов
> агонистов имидазолиновых рецепторов
бета-блокаторы

ДИГОКСИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЛУЧШАЕТ
длительный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий
> симптоматику и не влияет на прогноз
длительный прогноз у пациентов со сниженной фракцией выброса
симптоматику и улучшает длительный прогноз

СИМПТОМОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
инспираторная одышка при физической нагрузке
акроцианоз губ
сердечная астма
> наличие отеков на ногах

В ОПТИМАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТОВ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТАДИИ, ВХОДЯТ
диуретики и сердечные гликозиды
бета адреноблокаторами и сердечные гликозиды
бета адреноблокаторы и добутамин
> диуретики и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

ПОКАЗАТЕЛЬ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕТРАХ)
> 426-550
150-300
650-800
301-426

БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ
СЛЕДУЕТ
направить на анализ крови
направить на консультацию к врачу-кардиологу
> госпитализировать по «03» в БИТ
направить на холтер-ЭКГ

БОЛЬНОМУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
нитросорбид
> амлодипин
ивабрадин
бисопролол

ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
антагонисты кальция и пролонгированные нитраты
ивабрадин и антагонисты кальция

антагонисты кальция и дигоксин

> бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

сопутствующий атеросклероз брахиоцефальных артерий

сопутствующий периферический атеросклероз

> сопутствующая хроническая сердечная недостаточность

сопутствующая фибрилляция предсердий

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ

статины и бета-адреноблокаторы

> статины и дезагреганты

статины и антагонисты кальция

препараты нитроглицерина и дезагреганты

ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ

> одышка

повышение АД при физической нагрузке

колющие боли в сердце при наклонах туловища

головокружение при переходе в ортостаз

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КЛОПИДОГРЕЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе

> непереносимость ацетилсалициловой кислоты

сопутствующая ХСН

сопутствующая фибрилляция предсердий

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

> метод парных велоэргометров

проба с физической нагрузкой на тредмиле

24-часовое мониторирование электрокардиограммы

чреспищеводная кардиостимуляция

В ОСНОВЕ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

увеличение потребности миокарда в кислороде

атеротромбоз коронарных артерий

повышение вязкости крови

> спазм коронарных артерий

У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

болезнь Аддисона

атеросклеротическое поражение плечевой артерии

> болезнь Такаясу

болезнь Кушинга

ОПТИМАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЛС ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> бета-адреноблокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция
триметазидин и бета-адреноблокатор
дигидропиридиновый антагонист кальция и пролонгированный нитрат
ивабрадин и дигидропиридиновый антагонист кальция

К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ
элевацию сегмента S-T менее 1 мм на ЭКГ во время болевого приступа, одышку
колющую боль в левой половине грудной клетки без существенных изменений ЭКГ
желудочковую и наджелудочковую экстрасистолию после физической нагрузки
> загрудинную боль при нагрузке и депрессию сегмента S-T более 2 мм на ЭКГ

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНОГО СО СТА-
БИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

> делать перерывы в приеме нитратов
перейти на трансдермальные формы нитратов
добавлять к терапии β -адреноблокаторы
добавлять к терапии альфа-адреноблокаторы

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИ-
ЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> проба с эргометрином
проба с введением изопротеренола
дипиридамовая проба
чреспищеводная электрокардиостимуляция

ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

> блокаторы кальциевых каналов
нитраты
ранолазин
бета-адреноблокаторы

ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА НЕ ВЫЗЫВАЕТ ПРИСТУПОВ, НО ОНИ ВОЗ-
НИКАЮТ ПРИ НАГРУЗКЕ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ _
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

IV

II

> I

III

ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

ощущение «неполноты вдоха»

локализация боли на ограниченном пространстве в области верхушки сердца

> появление сжимающих болей за грудиной при быстрой ходьбе, прекращение приступа в
покое

возникновение боли при резких движениях, поворотах туловища

У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕ-
НИЯ 3 ФК, У КОТОРОГО ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО МНОГОСОСУДИ-
СТОЕ ПОРАЖЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПРО-
ВЕДЕНИЕ

чрескожного коронарного вмешательства с установкой покрытых стентов нового поколения
чрескожного коронарного вмешательства с установкой голометаллических стентов
оптимальной медикаментозной терапии
> аортокоронарного шунтирования

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ

> бета-адреноблокаторов
мочегонных препаратов
препаратов метаболического действия
нитратов пролонгированного действия

В ОСНОВЕ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

тромбоз коронарных артерий
> спазм коронарных артерий
повышение частоты сердечных сокращений
повышение вязкости крови

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ НЕ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ

> сердечных гликозидов
антагонистов альдостерона
растворов нитроглицерина
блокаторов кальциевых каналов

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> хроническая обструктивная болезнь легких
бронхиальная астма
деформация грудной клетки
первичная лёгочная гипертензия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> ХОБЛ
бронхиальная астма
пневмония тяжелого течения
очаговый туберкулез легких

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
повышение прозрачности легочных полей
понижение прозрачности легочных полей
сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

венозный застой в малом круге кровообращения
повышение внутригрудного давления
> легочная артериальная гипертензия
повышение легочно-капиллярного давления

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

выраженная деформация грудной клетки
хронические неспецифические заболевания легких
атопическая бронхиальная астма
> тромбоэмболия легочной артерии

К САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

частые пневмонии
абсцесс легкого
> хроническую обструктивную болезнь легких
рак легкого

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ЛЁГОЧНОМ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ

> дилатация правых отделов сердца
гипертрофия левого желудочка
дилатация левых отделов сердца
дилатация всех камер сердца

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

электрокардиография
сцинтиграфия
рентгенография органов грудной полости
> эхокардиография

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПРИЧИНЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

заболевания с первичным поражением грудной клетки
> бронхо-легочную патологию
патологию левых отделов сердца
заболевания, поражающие легочные сосуды

ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ

экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
годовой отчёт больницы
информированное добровольное согласие пациента
> медицинская карта стационарного больного

ЕСЛИ В ТРУДОВОМ ДОГОВОРЕ НЕ ОГОВОРЕН СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТО ДОГОВОР СЧИТАЕТСЯ

заключенным на срок не менее двух лет
недействительным
заключенным на срок не менее одного года
> заключенным на неопределенный срок

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО

на дому
> в регистратуре
при проведении диспансеризации

на приеме врача

ОЗНАКОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С ОРИГИНАЛАМИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ

предварительной договоренности с лечащим врачом или иными уполномоченными должностными лицами медицинской организации

устного обращения указанных лиц в медицинскую организацию при предъявлении документов, удостоверяющих их личность

запроса указанных лиц, полученного медицинской организацией по электронной почте или через ее сайт в сети Интернет

> письменного запроса указанных лиц в медицинскую организацию

ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЛИБО ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ (КОПИИ, ВЫПИСКИ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ), ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, ВЫДАЮТСЯ НА РУКИ ПАЦИЕНТУ ЛИБО ЕГО ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ

на основании письменного заявления пациента или его законного представителя

в порядке и на условиях, предусмотренных договором

в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

> в обязательном порядке после исполнения договора

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБЯЗАННОСТЬ ПО ХРАНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВОЗЛОЖЕНА НА

территориальный фонд обязательного медицинского страхования

> медицинскую организацию

страховую компанию

пациента

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ НА РАБОТУ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР СОСТАВЛЯЮТ В _ ЭКЗЕМПЛЯРАХ ДЛЯ _ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА

3; получателей

4; клиентов

5; участников

> 2; каждой из сторон

МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ, НА КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ

30

> 15

20

10

СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЁТСЯ

выписной эпикриз

листок нетрудоспособности

справка произвольной формы

> справка установленной формы

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ ЮРИДИЧЕСКУЮ, ФИНАНСОВУЮ И
диагностическую
> статистическую
государственную
страховую

ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ
домов отдыха
бюро судебно-медицинской экспертизы
> больниц
подстанций скорой помощи

УРОВНЯМИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
лечащий врач, заведующий отделением, зам. главного врача по КЭР
> лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации
лечащий врач, врачебная комиссия медицинской организации, первичное бюро медико-социальной экспертизы
врачебная комиссия медицинской организации и департамент здравоохранения города

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ГРАНИЦЕЙ _ НА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛЕННОГО В РФ ОБРАЗЦА
после легализованного перевода должны быть заменены
по решению врачебной комиссии могут быть заменены
должны быть заменены
> после легализованного перевода по решению врачебной комиссии могут быть заменены

ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ
страховой медицинский полис
медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре
> листок нетрудоспособности
справка установленной формы

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН
> если он является застрахованным
после оперативного вмешательства
при заболевании туберкулезом
во всех случаях нетрудоспособности

ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ (ФОРМИРУЮТ)
> лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
медицинские работники станций переливания крови
медицинские работники скорой помощи

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _ ДНЕЙ

70-80
50-60
60-70
> 85-90

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу

> листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания

листок нетрудоспособности до окончания отпуска

справка установленного образца

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ - ЭТО ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

обеспечения качества и эффективности проводимого лечения

> определения сроков и степени нетрудоспособности пациента

оценки состояния здоровья пациента

установления возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)

ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

8

6

9

> 10

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД

санаторно-курортного лечения и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков

санаторно-курортного лечения

> но не более чем на 24 календарных дня

санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 30 календарных дней

СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке

не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях

вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на медико-социальную экспертизу

> вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет

по беременности и родам
> ежегодного оплачиваемого
без сохранения заработной платы

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)

лечащий врач поликлиники
врач-стоматолог
> врач скорой медицинской помощи
лечащий врач медико-санитарной части

РАЗМЕР ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ

тяжести заболевания
> длительности страхового стажа
диагноза
членства в профсоюзе

ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

рабочих дней в году
> дней временной нетрудоспособности
выданных листов нетрудоспособности
зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники

ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

медицинская карта стоматологического больного
страховой медицинский полис
> листок нетрудоспособности
листок ежедневного учёта врача-стоматолога

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> выявлением и коррекцией факторов риска развития заболеваний
потенциалом здоровья, вовлечением человека в его сохранение, улучшением качества жизни
подходом через здоровые условия на рабочих местах, в учебных учреждениях, в городах и поселках
совершенствованием функционирования социальных институтов

ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА (SpO₂) СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

> 75-89
90-94
>95
<75

ДЛЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНА _ СТАДИЯ

фибропролиферативная
экссудативная
фибротическая

> генерализованная

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ КОРОТКОЙ (МЕНЕЕ ОДНОГО ЧАСА) ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

приступать к нагрузке только при гликемии более 13,0 ммоль/л

уменьшить дозу продленного инсулина

съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов

> съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов

ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРА-ГАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР

изолированного систолического

> кризового

с асимметрией на верхних и нижних конечностях

изолированного диастолического

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ТАХИКАРДИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

дигидропиридиновые антагонисты кальция

> недигидропиридиновые антагонисты кальция

бета-адреноблокаторы

петлевые диуретики

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ ЛЮДЬМИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ _ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА _ ВОЗДУХА В ЛЕГКИЕ

20; 1 вдувание

> 30; 2 вдувания

5; 1 вдувание

10; 1 вдувание

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

энтеральное

внутрисердечное

внутритрахеальное

> внутривенное в одну из крупных вен

ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ МАССАЖУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

остановка сердца

отсутствие сознания

остановка дыхания

> остановка кровообращения, развившаяся при торакальных, либо внутрибрюшных операциях

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> переливание эритроцитарной массы

переливание свежзамороженной плазмы

введение глюкокортикостероидов

проведение плазмафереза

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

сужение зрачков

наличие трупных пятен

> появление пульса на сонной артерии

уменьшение цианоза кожи

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ __ В 1 МИНУТУ

10-20

40-50

60-70

> 100-120

ПРЕДСИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, СЛАБОСТЬЮ, БЛЕДНОСТЬЮ, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЕТ

потере сознания при эпилептических припадках

обмороку при ортостатической гипотонии

> вазодепрессорному обмороку

обмороку при синдроме Морганьи - Эдемса – Стокса

К ПРЕПАРАТАМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ОТНОСЯТ

преднизолон

> эпинефрин

антагонисты кальция

сердечные гликозиды

МОМЕНТОМ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ МОМЕНТ

трупного окоченения

> смерти его мозга или его биологической смерти

остановки дыхания в течение 20 минут

остановки сердцебиения в течение 20 минут

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

отделениями медицинской профилактики

> бюро медико-социальной экспертизы

санаторно-курортными учреждениями

отделениями реабилитации

СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ

30 дней

10 дней

6 месяцев

> 2 месяца

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВании

свидетельства об инвалидности

программы добровольного медицинского страхования

полиса обязательного медицинского страхования
> индивидуальной программы реабилитации инвалида

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> климатический
бальнеологический
спелеологический
физиотерапевтический

В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПСИХОЛОГИ И

юрист
> специалисты по социальной работе
социологи
работники пенсионного фонда

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

спелеологический
> бальнеологический
физиотерапевтический
климатический

ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

проведения профилактических медицинских осмотров
диспансеризации
противоэпидемической работы
> диспансерного наблюдения

РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

> устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций
устранение вредных для здоровья факторов
формирование здорового образа жизни
устранение заболевания

ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом
деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов
реализацию профилактических мероприятий
> систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий

К МЕРОПРИЯТИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

> санаторно-курортное лечение
занятия с психологом
обеспечение собаками-проводниками
профессиональную переориентацию

БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 30 ДНЕЙ НАЗАД, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника

общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л

грязелечение на воротниковую область

> «суховоздушные» радоновые ванны

4.3. Собеседование

4.3.1. Экзаменационные вопросы

1. Центральная гемодинамика и регуляция сердечной деятельности.
2. Дислиппротеинемии. Классификация. Этиология. Принципы лечения.
3. Лабораторная и инструментальная диагностика атеросклероза.
4. Лекарственное лечение гиперлипидемий.
5. Профилактика атеросклероза.
6. Диета при гиперлипидемиях.
7. Хроническая ИБС. Классификация.
8. Понятия огушенный, гибернирующий миокард, адаптация к прерывистой ишемии.
9. Стенокардия. Классификация, лечение.
10. Антитромбоцитарная терапия ишемической болезни сердца.
11. Стратификация коронарного риска у больных с хронической ИБС.
12. Вазоспастическая стенокардия.
13. Особые формы ИБС: безболевая ишемия миокарда, кардиальный синдром Х.
14. Медикаментозное лечение хронической ИБС.
15. Показания к хирургическому лечению ИБС.
16. Безболевые формы ишемии миокарда.
17. Острые формы ИБС. Классификация. Инвазивная и неинвазивная тактика ведения.
18. Нестабильная стенокардия. Классификация. Тактика лечения.
19. Классификация ИМ, критерии диагностики.
20. Лечение ОКС без стойкого подъема сегмента ST.
21. Лечение ОКС со стойким подъемом сегмента ST.
22. Показания к реваскуляризации при острых формах ИБС. Тромболитическая терапия и первичная коронарная баллонная ангиопластика. Особенности антитромботической терапии.
23. Осложнения инфаркта миокарда. Диагностика. Лечение.
24. Профилактика рецидивов и повторных инфарктов миокарда, реабилитация больных инфарктом миокарда.
25. Остановка кровообращения. Техника проведения реанимационных мероприятий.
26. Первичная артериальная гипертензия. Классификация. Стратификация риска.
27. Принципы обследования больных с артериальной гипертензией.
28. Принципы лечения артериальной гипертензии.
29. Особенности лечения артериальной гипертензии в зависимости от поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии.
30. Вторичные артериальные гипертензии. Диагностика. Принципы лечения.
31. Артериальные гипотензии. Причины. Диагностика. Лечение.
32. Оценка эффективности антигипертензивной терапии методом суточного мониторирования АД.
33. Миокардиты. Этиология. Диагностика, принципы лечения.

34. Осложнения при миокардитах. Особенности лечения сердечной недостаточности при миокардитах.
35. Опухоли миокарда. Поражения миокарда при системных заболеваниях. Диагностика. Лечение
36. Перикардиты. Основные причины перикардитов. Классификация, клиника, диагностика
37. Констриктивный перикардит. Показания к хирургическому лечению.
38. Дивертикулы и кисты перикарда. Диагностика, лечение.
39. Доброкачественные и злокачественные опухоли перикарда. Диагностика, лечение.
40. Тампонада сердца. Диагностика, лечение.
41. Кардиомиопатии. Классификация.
42. Дилатационная кардиомиопатия. Классификация. Этиология.
43. Медикаментозное и хирургическое лечение дилатационных кардиомиопатий.
44. Гипертрофическая кардиомиопатия. Классификация, этиология, лечение.
45. Стратификация риска внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии.
46. Перипаретальная, рестриктивная кардиомиопатии, аритмогенная дисплазия правого желудочка.
47. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез. Клиническая картина.
48. Острая ревматическая лихорадка. Диагностика, лечение, профилактика.
49. Инфекционный эндокардит. Этиология, диагностика.
50. Медикаментозное лечение инфекционного эндокардита. Показания к оперативному лечению.
51. Анатомия и электрофизиология проводящей системы сердца.
52. Механизмы развития аритмий
53. Классификация антиаритмических средств.
54. Распространенность различных аритмий в популяции и прогноз.
55. Экстрасистолия. Классификация. диагностика, лечение.
56. Парасистолия. Диагностика, лечение.
57. Предсердные тахикардии. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
58. Синдром предвозбуждения желудочков. ЭКГ-признаки, классификация.
59. Атриовентрикулярные реципрокные тахикардии. Механизмы развития, медикаментозное и немедикаментозное лечение.
60. Фибрилляция и трепетание предсердий. Классификация, ЭКГ-диагностика.
61. Принципы выбора лечебной тактики у пациента с фибрилляцией предсердий.
62. Профилактика тромбоэмболий в большой круг кровообращения при фибрилляции предсердий.
63. Медикаментозные и хирургические методы лечения фибрилляции предсердий.
64. Желудочковые тахикардии. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
65. Фибрилляция желудочков. Риск внезапной сердечной смерти при различных нозологических формах.
66. Профилактика внезапной сердечной смерти при хронической ИБС. Первичная и вторичная профилактика.
67. Стеноз митрального клапана. Этиология, диагностика, лечение.
68. Недостаточность митрального клапана. Этиология, диагностика лечения
69. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Диагностика, лечение.
70. Стеноз аортального клапана. Этиология. Диагностика, лечение.
71. Тетрада Фалло. Симптомы. Диагностика, лечение.
72. Врожденные дефекты межжелудочковой перегородки. Симптомы. Диагностика, лечение.
73. Вторичная легочная гипертензия.
74. Пре- и посткапиллярная легочная гипертензия.
75. Дефект межпредсердной перегородки.

76. Коарктация аорты.
77. Аномалия Эпштейна. Симптомы. Диагностика, лечение.
78. Открытый аортальный проток. Симптомы. Диагностика, лечение.
79. Синдром Эйзенменгера. Патогенез. Симптомы. Диагностика, лечение.
80. Особенности лечения больных с искусственными клапанами сердца.
81. Синоатриальные блокады. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
82. Атриовентрикулярные блокады. Классификация, ЭКГ-диагностика, лечение.
83. Кардиостимуляторы. Классификация.
84. Показания и противопоказания к временной и постоянной кардиостимуляции.
85. Патогенез ХСН. Классификация В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско. Классификация ХСН NYHA.
86. Диагностика сердечной недостаточности
87. Клинические методы оценки тяжести ХСН. Принципы лечения ХСН. Цели лечения. Немедикаментозные компоненты лечения.
88. Принципы лечения ХСН. Медикаментозная терапия. Основные классы применяемых препаратов.
89. Принципы титрации доз β -адреноблокаторов и ингибиторов АПФ.
90. Ресинхронизирующая терапия при сердечной недостаточности. Показания.
91. Диагностика и патогенез острых сердечно-сосудистых заболеваний.
92. Классификация острой сердечной недостаточности по T.Killip и J.Forrester.
93. Острая левожелудочковая недостаточность. Лечение в зависимости от этиологии.
94. Острая правожелудочковая недостаточность. Этиология. Лечение.
95. Разрывы миокарда при инфаркте миокарда.
96. Желудочковые тахикардии при инфаркте миокарда. Особенности лечения и прогноз.
97. Атриовентрикулярные блокады при инфаркте миокарда особенности течения и прогноз.
98. Основные принципы интенсивной терапии острых сердечно-сосудистых заболеваний с использованием высокоинформативных методов исследования.
99. Основы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний
100. Состояние и перспективы развития реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
101. Требования к медицинским организациям при лицензировании. Основные нормативные правовые акты, определяющие требования к квалификационным характеристикам медицинского персонала
102. Субъект и объект управления. Понятие, сущность и практическое применение понятий.
103. Организация службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, структура, функции.
104. Роль и место управленческого решения в управлении
105. Основные задачи здравоохранения в России на современном этапе
106. Амбулаторно-поликлиническая помощь: задачи, структура, финансирование
107. Общие принципы организации работы поликлиники. Пути совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению.
108. Контроль как функция управления: определение, принципы и методы контроля.
109. Теоретические и социально-экономические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии.
110. Уровни управления медицинской организацией. Цели и задачи управленческого персонала на различных уровнях управления.
111. Биомедицинская этика. Смерть и умирание. Эвтаназия. Морально-этические проблемы аборта.
112. Виды планирования. Формирование целей, требования к ним.
113. Лидерство. Его отличие от руководства

114. Конституционное право как основа всех отраслей национального права. Охрана здоровья в Конституции Российской Федерации.
115. Особенности оказания медицинской помощи сельскому населению и условия, определяющие ее эффективность
116. Порядок приема на работу, правила заполнения, ведения, хранения и выдачи трудовых книжек.
117. Прием на работу. Основные документы. Оформление.
118. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.
119. Прекращение и расторжение трудового договора. Оформление увольнения.
120. Дисциплинарная ответственность. Виды дисциплинарной ответственности и порядок применения.
121. Трудовой договор. Обязательные и дополнительные условия трудового договора, правила заключения и оформления.
122. Экономические методы управления в здравоохранении. Управленческий учет и управленческие решения
123. Экономическая эффективность в здравоохранении и основные принципы ее оценки
124. Правила расторжения трудового договора при увольнении работника по инициативе работодателя при сокращении численности штата работников.
125. Организация преемственности деятельности амбулаторно-поликлинической службы во взаимодействии со стационарами, скорой медицинской помощью, специализированными центрами
126. Требования, которым должна отвечать система здравоохранения в соответствии с политикой «здоровье для всех» по материалам Европейского бюро ВОЗ.
127. Варианты подходов к оценке качества медицинской помощи. Методы оценки и контроля качества медицинской помощи.
128. Конституция России о социальных гарантиях для граждан
129. Медицинская статистика: понятие, место в системе деятельности организаций здравоохранения и органов управления
130. Организация и этапы статистического исследования
131. Методы санитарной статистики
132. Организация экспертизы нетрудоспособности в амбулаторно-поликлинических учреждениях.
133. Федеральные государственные образовательные стандарты и их роль в образовании
134. ФГОС 3++ и их отличие от предыдущих стандартов
135. Основные положения Болонской конвенции
136. Профессиональные стандарты
137. Аккредитация специалиста
138. Независимый контроль качества в образовании
139. Методы активизации усвоения материала во время лекции и семинарского занятия
140. Доказательная база в области теории обучения
141. Компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации
142. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья
143. Основные положения Федерального закона от 02.12. 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
144. Лицензирование образовательной деятельности
145. Особенности медицинского образования
146. Структура системы образования в Российской Федерации
147. Государственная аккредитация образовательной деятельности
148. Интерактивные формы обучения в вузе как педагогическая инновация

149. Требования к оформлению рабочих программ по дисциплине в системе высшего образования
150. Назовите и опишите положительные и отрицательные стороны различных технологических методов дистанционного обучения.
151. Опишите классификацию видов деятельности в учебном процессе по Блюму.
152. Опишите понятие о личности преподавателя и индивидуального стиля деятельности.
153. Что такое профессиональная и личностная деформация преподавателя? Опишите основные положения теории профессионального выгорания и методы профилактики этого расстройства.
154. Педагогическая рефлексия как метод педагогики высшей школы.
155. Понятие об образовании. Обучение как ядро образования.
156. Отличия первичной от первичной специализированной аккредитации
157. Сущность профессионального стандарта деятельности преподавателя.
158. Классификация образовательных сред.
159. Традиционные формы, методы и средства вузовского обучения и педагогического контроля.
160. Опишите интеллект и навыки мышления. Укажите на сходства и различия логического и психологического критического мышления.
161. Опишите восприятие. Иллюзии восприятия. Влияние восприятия на когнитивные процессы.
162. Опишите внимание. Состояния, свойства внимания. Развитие внимания. Его связь с когнитивными процессами. Опишите и приведите примеры эффективных техник внимания как посредника когнитивных процессов.
163. Опишите методы использования невербальных средств для повышения критического мышления.
164. Нарушения водно-электролитного баланса. Объем внутри- и внеклеточной жидкостей. Осмотическое давление, онкотическое давление – характеристика и регуляция. Наружное и внутреннее водно-натриевое равновесие: характеристика, регуляция (ренин-ангиотензин-альдостероновая система, предсердный натрийуретический пептид). Транссудат, водянка полостей, отек головного мозга и легких: клинко-морфологическая характеристика, патогенез и морфогенез. Лимфостаз, лимфодема. Нарушения обмена калия, гипо- и гиперкалиемия.
165. Расстройства кровообращения. Классификация. Артериальное и венозное кровообращение. Причины, виды, морфология. Изменения в органах (легкие, печень, селезенка, почки, слизистые оболочки) при хроническом венозном застое.
166. Шок. Определение, виды, механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика, клинические проявления.
167. Кровотечение: наружное и внутреннее, кровоизлияния. Геморрагический диатез. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.
168. Тромбоз. Причины, механизм формирования тромба. Местные и общие факторы тромбообразования. Тромб, его виды, морфологическая характеристика, исходы. Значение и исходы тромбоза.
169. Эмболия. Причины, виды, морфологическая характеристика, исходы и значение эмболии. Ортоградная, ретроградная и парадоксальная эмболии. Тромбоэмболия легочной артерии как самостоятельное осложнение.
170. Ишемия. Определение, причины, механизмы развития, морфологическая характеристика, методы диагностики, клиническое значение. Роль коллатерального кровообращения. Острая и хроническая ишемия.
171. Инфаркт. Определение, причины, классификация, морфологическая характеристика разных видов инфарктов, осложнения, исходы.

172. Понятие и биологическая сущность воспаления. История учения о воспалении. Клинические проявления и симптоматика воспаления (местные и системные).
173. Острое воспаление. Этиология и патогенез. Реакции кровеносных сосудов. Транссудат, экссудат, отек, стаз. Эмиграция лейкоцитов, образование гноя. Исходы: полное разрушение, фиброзирование, абсцедирование, хронизация.
174. Хроническое воспаление. Этиология, патогенез, клеточные кооперации (макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы, фибробласты и др.). Морфологические особенности, исходы.
175. Медиаторы воспаления. Плазменные медиаторы: свертывающая система крови, кининовая система, система комплемента. Клеточные медиаторы. Вазоактивные амины (гистамин, серотонин), метаболиты арахидоновой кислоты (простагландины, лейкотриены), фактор активации, факторы некроза опухолей α и β , интерлейкины, γ - интерферон, факторы роста, оксид азота. Значение компонентов лизосом, свободных радикалов кислорода, нейропептидов. Стадии воспалительного ответа.
176. Классификация патологии иммунной системы: 1) реакции гиперчувствительности, 2) аутоиммунные болезни, 3) синдромы иммунного дефицита.
177. Синдромы иммунного дефицита. Определение понятия, этиология, классификация. Первичные и вторичные (приобретенные) иммунодефициты. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Эпидемиология, пути передачи, этиология. Биология вируса иммунодефицита человека. Пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика. СПИД-ассоциированные заболевания: оппортунистические инфекции, опухоли. Осложнения. Причины смерти.
178. Амилоидоз. Строение и физико-химические свойства амилоида. Методы диагностики амилоидоза, этиология и патогенез, принципы классификации. Системный амилоидоз (первичный, вторичный), его морфологическая характеристика, клинические проявления. Амилоид старения, его морфологическая характеристика, клинические проявления.
179. Основные положения учения о диагнозе. Диагноз. Определение понятия. Правила микроскопического исследования операционного и биопсийного материалов. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов. Основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания). Принципы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов. Расхождения диагнозов, Причины и категории расхождения диагнозов. Значение клинико-анатомических конференций.
180. Признаки смерти и посмертные изменения. Смерть. Определение понятия. Скоропостижная смерть. Понятие о внутриутробной, клинической и биологической смерти. Признаки биологической смерти.
181. Атеросклероз и артериосклероз. Общие данные (эпидемиология, факторы риска). Современные представления об этиологии и патогенезе атеросклероза, строение атеросклеротической бляшки. Органные поражения при атеросклерозе. Артериосклероз (болезнь Менкеберга), морфологическая характеристика.
182. Гипертензия и артериолосклероз. Гипертензия, общие данные (эпидемиология, диагностические критерии). Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь) и вторичная (симптоматическая) гипертензия. Доброкачественное и злокачественное течение гипертензии. Регуляция давления крови в норме. Гипертоническая болезнь: факторы риска, причины развития, патогенез, морфологические изменения в сосудах и сердце. Гиалиновый и гиперпластический артериолосклероз - морфологическая характеристика, изменения в органах.
183. Ишемическая болезнь сердца (коронарная болезнь). Понятие, эпидемиология, связь с атеросклерозом и гипертензией. Этиология и патогенез, факторы риска. Стенокардия: клас-

сификация, клинико-морфологическая характеристика. Инфаркт миокарда: причины, классификация, динамика биохимических и морфо-функциональных изменений в миокарде. Морфология острого, рецидивирующего и повторного инфаркта миокарда. Исходы, осложнения, изменения при тромболитической терапии, причины смерти. Внезапная коронарная (ишемическая) смерть. Хроническая ишемическая болезнь сердца: клинико-морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти.

184. Болезни клапанов и отверстий сердца и магистральных артерий. Классификация, функциональные нарушения. Врожденные и приобретенные заболевания сердца – клинико-морфологическая характеристика.

185. Ревматическая болезнь, его этиология, классификация, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика и методы диагностики, клинические симптомы и синдромы, прогноз. Эндокардит, миокардит, перикардит и панкардит: классификация, клинико-морфологическая характеристика, осложнения. Висцеральные поражения при ревматизме.

186. Инфекционный эндокардит: классификация, этиология, патогенез, морфологическая характеристика, осложнения, прогноз. Неинфекционный тромбоэндокардит. Эндокардит при системной красной волчанке, карциноидный эндокардит. Протезирование клапанов сердца: осложнения, возникающие при наличии искусственных клапанов.

187. Болезни миокарда. Классификация, морфологическая характеристика. Кардиомиопатии – дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная.

188. Болезни миокарда установленной этиологии (специфические болезни). Понятие, классификация. Миокардиты вирусные, микробные и паразитарные, гигантоклеточный миокардит Фидлера. Заболевания миокарда, обусловленные токсическими, метаболическими и другими воздействиями.

189. Болезни перикарда. Гидроперикардит, гемоперикардит, перикардит.

190. Коагулопатии. Классификация, этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

4.3.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Больной 57 лет месяц находился в стационаре с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (изменения на ЭКГ в отведениях I, aVL, V1-V4). Ему было проведено стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии и назначена двойная дезагрегантная терапия, бета-блокаторы, статины. Состояние больного удовлетворительное, ангинозных болей нет. Индекс массы тела 24,5 кг/м. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС -76 в минуту. АД 120/82 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 12 в минуту. Пальпация живота безболезненная, печень нормальных размеров. Периферических отеков нет. ЭхоКГ: размеры камер сердца в норме, гипокинез в области передней стенки левого желудочка. ФВЛЖ - 54%. Толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см. Мониторирование ЭКГ в течение 24 часов: синусовый ритм, 820 мономорфных желудочковых экстрасистол, 560 наджелудочковых экстрасистол. Общий холестерин - 5,8 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,2 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л. После выписки из стационара взят на диспансерное наблюдение кардиологом поликлиники

Вопросы:

1. Ваши рекомендации по достижению целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности у данного больного для профилактики сердечно-сосудистых осложнений? Ваши рекомендации по достижению целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности у данного больного для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

2. Продолжительность двойной дезагрегантной терапии у данного больного при низком риске кровотечений для профилактики с-с осложнений.
3. В связи с наличием желудочковых экстрасистол у данного больного, какими антиаритмическими препаратами целесообразно проводить лечение для улучшения прогноза у данного больного
4. Частота контрольных осмотров в первый год при стабильном состоянии

ЗАДАЧА №2

Пациент 79 лет находится в кардиологическом стационаре с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения II функционального класса. Артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, очень высокий риск. НРС: Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. Хроническая УК-1, ОПК-4,, ПК-1, ПК-2, ПК-3 12 сердечная недостаточность II функционального класса по NYHA. НК 2 А. По данным общего анализа крови- все показатели в пределах нормы. По данным биохимического анализа крови: общий холестерин - 5.8 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 3.5 ммоль/л, ТГ- 1.5 ммоль/л. креатинин - 92 мкмоль/л., остальные показатели в пределах нормы. На ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолия, ЧЖС 102 уд/мин. По данным ЭХО-КГ - значимых изменений нет, ФВ 67% м.

Вопросы:

1. Определите фенотип гиперлипидемии (по определению ВОЗ)
2. Оцените величину сердечно-сосудистого риска у данного пациента
3. Укажите целевой уровень ХС ЛНП для этого пациента в соответствии современными рекомендациями для вторичной профилактики.

ЗАДАЧА №3

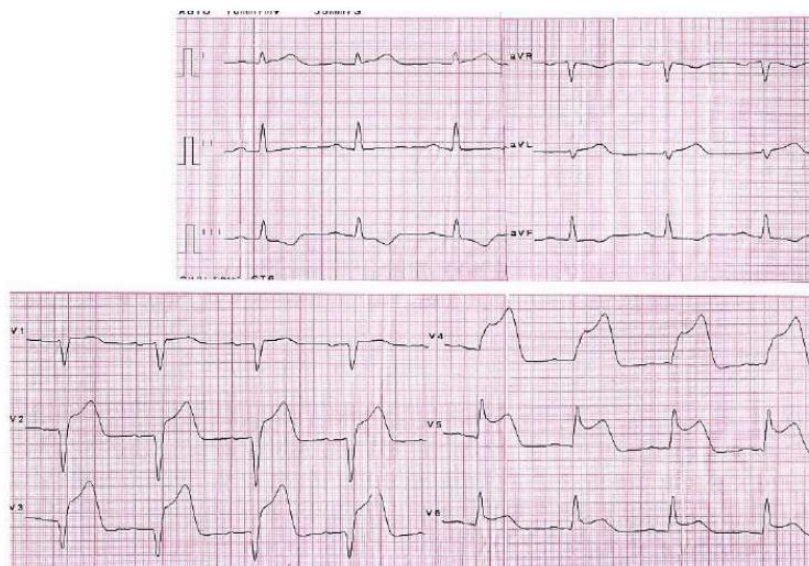
Пациентка Щ, 69 лет, женского пола. Жалобы: в 9:00 возник интенсивный болевой приступ за грудиной. Вызвала скорую медицинскую помощь (далее СМП). Доставлена в блок интенсивной терапии (далее БИТ) спустя 5 ч. 30 мин. от начала болевого приступа. Анамнез: Длительно артериальная гипертензия (далее АГ). Инфаркт миокарда (далее ИМ) 5 лет назад. Принимала Энап, ТромбоАсс. Объективно: Состояние тяжелое. Сохраняются боли в межлопаточной области. Кожные покровы бледные, теплые, влажные. Лежит низко. При аускультации легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологических шумов нет. ЧСС-97 в мин. АД-140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. При поступлении отмечалась рвота по типу «кофейной гущи». Уровень гемоглобина при поступлении – 12,9 г/л. ЭКГ: На фоне синусового ритма отмечаются депрессии сегмента ST в I, II, III, avL, avF, V3-V6 и элевация ST в avR, V1-V2.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие требуются провести дообследования?
3. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?
4. Какие медикаменты необходимо и возможно назначить при подтверждении ЖКК?

ЗАДАЧА №4

В стационар по СМП госпитализирован мужчина 53 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 5 часов. В анамнезе: курит много лет, по 1 пачке в день. Периодическое повышение АД до 170/100 мм рт.ст. постоянной терапии не получает. При осмотре сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 89 ударов в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Снята ЭКГ (рис.1).



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ЭКГ.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА №5

Пациент К, 45 лет, обратился с жалобами на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделью назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отеки на ногах. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитация, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС - 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

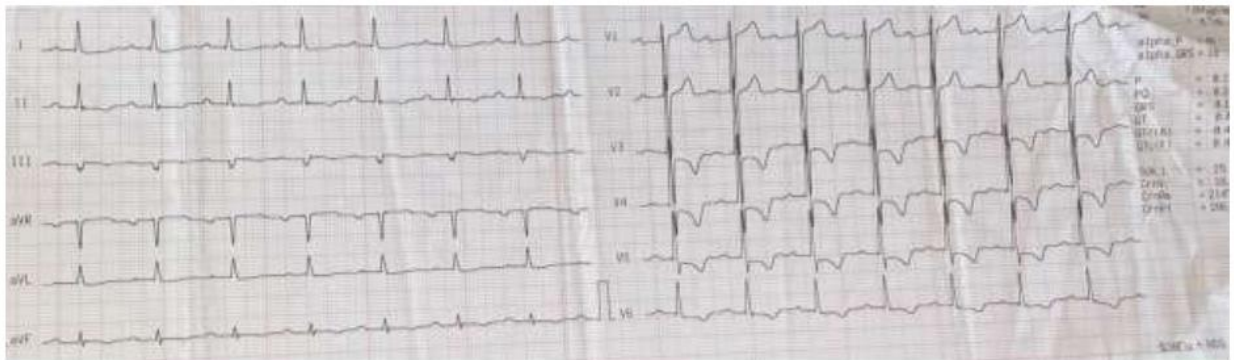
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко).
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов).
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов).
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

ЗАДАЧА №6

Пациент С., 62 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, щемяще-сжимающие боли в левой половине грудной клетке, чувство нехватки воздуха. Вышеуказанные жалобы впервые появились 4 часа назад на фоне перенесенного стресса (похороны

матери). Из анамнеза известно, на протяжении многих лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 230-240/110 мм. рт. ст., наиболее часто регистрирует 130-140/85-90 мм рт. ст.; регулярно принимает гипотензивную терапию лозартан 50 мг, периодически принимает торасемид (в связи с отеками нижних конечностей). С 2006 года сахарный диабет II типа на инсулине. Коронарный анамнез ранее не прослеживался. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеки ног. ЧДД: 18 в мин. Участие грудной клетки в дыхании равномерное. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки выслушивается жесткое дыхание, единичные застойные влажные хрипы в нижних отделах в обеих сторон. SPO2 98% на фоне дыхания атмосферным воздухом. Ритм сердца правильный, ЧСС 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, шумов нет. АД 170/90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон. Результаты лабораторной диагностики: ОАК: лейкоциты $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Гемоглобин 115,0 г/л, лимфоциты $2,1 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$, Б/х анализ крови: С-реактивный белок 12,09 мг/л, мочевины 12,3 ммоль/л, глюкоза 10,5 ммоль/л, креатинин 156,50 мкмоль/л. Кардиомаркеры: натрийуретический пептид 5789 пг/мл, тропонин I 25,60 нг/мл; тропонина I (через 2 часа) 1400 нг/мл. ЭКГ при поступлении: синусовый ритм. ЧСС 80 в мин., ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии ЛЖ с отрицательными зубцами Т в V3-V6, депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях (рис. 1). ЭхоКГ: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите дальнейшую тактику лечения больного.

ЗАДАЧА №7

Пациентка С., 50 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 9 кг за последние 3 месяца. Около 3,5 месяцев назад перенесла операцию на правом колене. Через 10 дней после манипуляции отметилась появлением субфебрилитета и повышенной потливости, ломоту в теле. В течение двух недель лечилась самостоятельно, к врачу не обращалась, появились потрясающие ознобы, что послужило причиной обращения за медицинской помощью. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови лейкоцитоз: $15 \cdot 10^9/\text{л}$, а также увеличение СОЭ до 28 мм/ч. Был назначен ампициллин 2 г/сут, пациентка отметила снижение температуры тела. Однако, через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь температура тела 39°C с ознобом, вызвала СМП, была госпитализирована. Объективно: Состояние тяжелое. Ортопноэ. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно дыхание жесткое, ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи

от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум. ЧСС - 115 ударов в минуту. АД - 130/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 27×10^9 /л, СОЭ - 39 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 32,2 мкмоль/л, СРБ 54,27 мг/л, фибриноген - 4,5 г/л, альбумин - 38%, ревматоидный фактор положительный. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. Данные инструментальных исследований: ЭКГ (рис 1.): фибрилляция предсердий, депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т в отведениях I, aVL, V4-6. ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,1 см. Конечный диастолический размер ЛЖ - 5,7 см, размер ЛП - 5,2 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0 см $\times$ 0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени (рис.2).

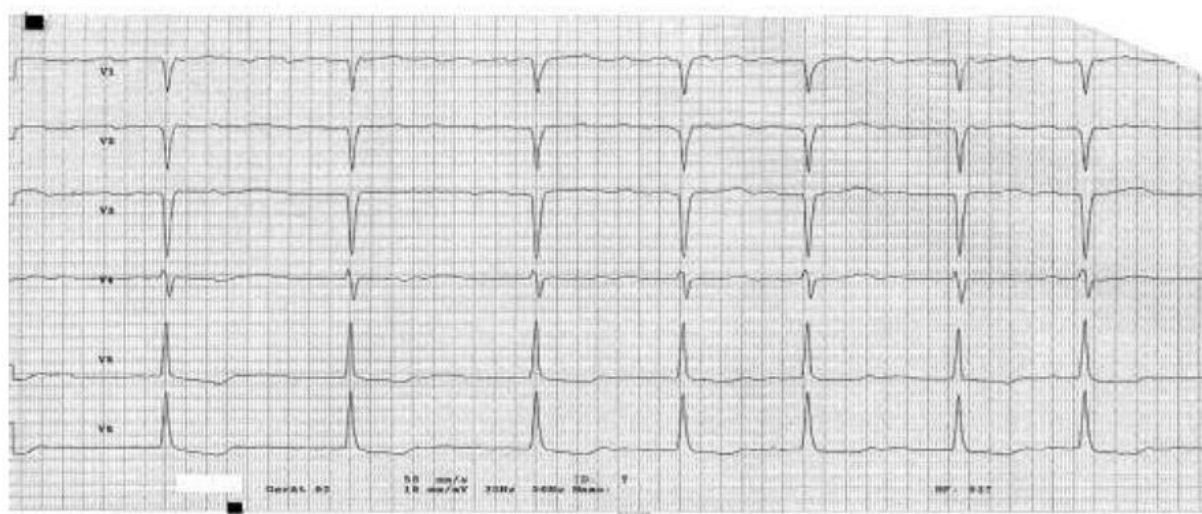


Рис.1.

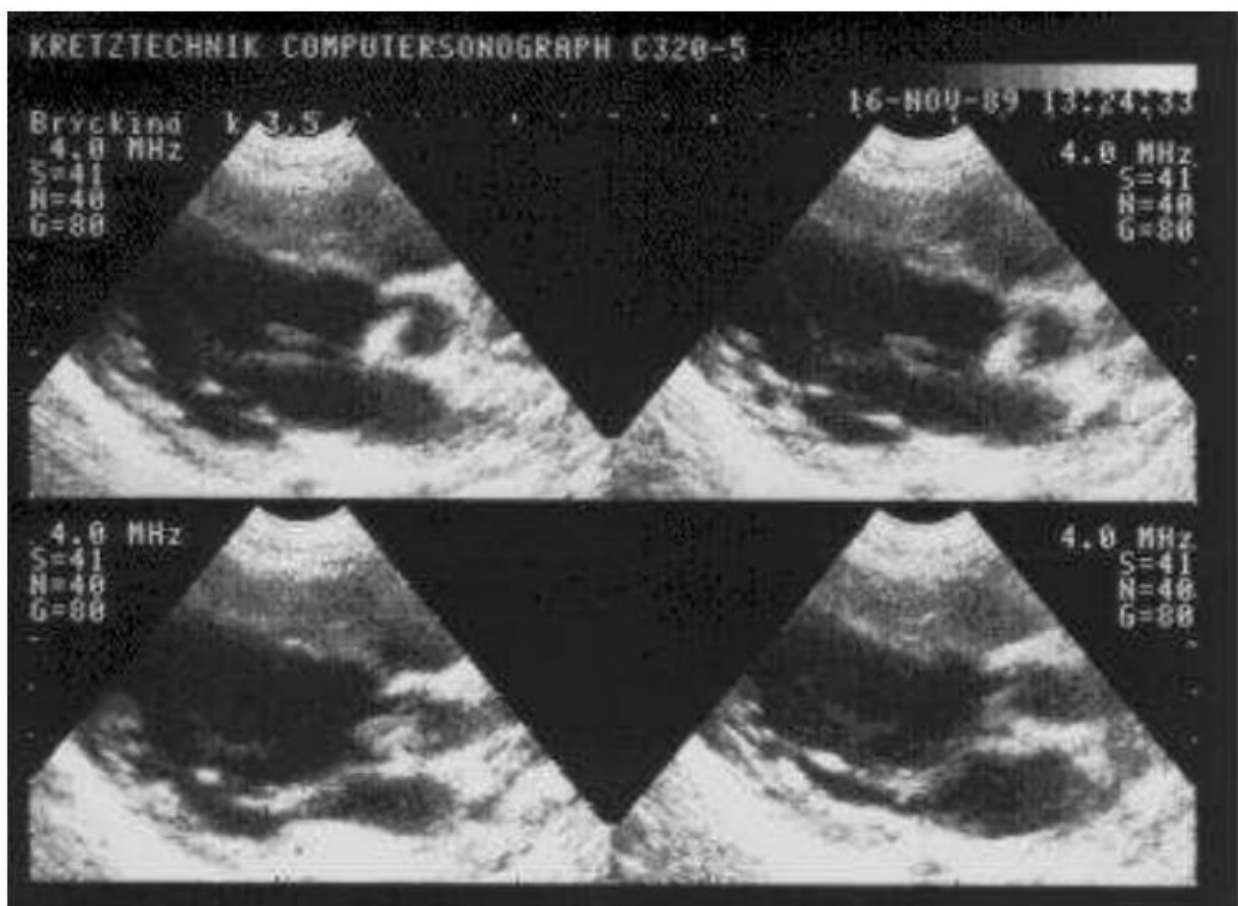


Рис.2.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (назовите группы препаратов).

ЗАДАЧА №8

Пациент, 55 лет, обратился с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день. Около 2,5 месяцев назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут., на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранились повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39 °С с ознобом. При осмотре. Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в

минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 ударов в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0×0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко).
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов).
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов).
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

ЗАДАЧА №9

Пациент, 69 лет, обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4 °С. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием Карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось. Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отеки нижних конечностей. В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

ЗАДАЧА №10

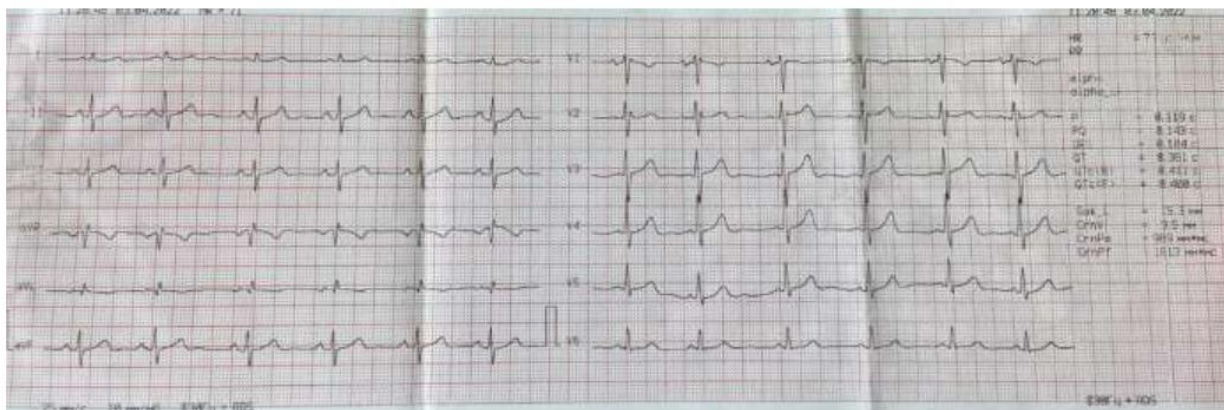
Пациентка, 85 лет, обратилась с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препарат.

Ситуационная задача 11

Пациентка К, 37 лет, обратилась с жалобами на боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, частые позывы к мочеиспусканию. Ранее считала себя здоровой. Настоящее ухудшение состояния с 02.04.22, когда впервые отметила острую боль в правом боку, поясничной области справа, чувство нехватки воздуха, тошноту, однократно рвоту. Госпитализирована СМП с подозрением на почечную колику. По данным МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием выявлены инфаркты правой почки, правосторонний нефроптоз. Объективно: кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Аускультативная картина митрального стеноза, более ярко выслушиваемая в вертикальном положении пациентки. АД 120/80 мм рт.ст.(на правой и левой руках). Пульс 80 ударов в минуту. С/м поколачивания справа слабо положительный. Лабораторно: гемоглобин 124 г\л, лейкоциты 8.3 тыс., тромбоциты 154 тыс., СРБ в динамике 3->32->60->21 мг\л, калий 4 ммоль\л, мочевины 3.8 ммоль\л, креатинин 113 мкмоль\л, ЛДГ в динамике 1440->933 ед\л, Д-димер в динамике 401->232 нг\мл. Антитела к кардиолипину, антитела к бета-2 гликопротеину, фосфатидилсерину - отрицательно. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 75 в мин., ЭОС нормальное положение, неполная блокада ПНПГ. По ЭхоКГ: Дилатация левого предсердия. В полости ЛП визуализируется округлой формы образование с достаточно ровным контуром, занимающее практически всю полость левого предсердия, размером 5,0 x 5.6 см, смешанной, преимущественно средней эхогенности, место крепления достоверно определить сложно, скорее всего – межпредсердная перегородка. Образование вызывает обструкцию приносящего тракта левого желудочка (легкую). Определяется митральная регургитация, струя регургитации обтекает образование, достигая основания ЛП.



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 12

Пациенту 50 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приема Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 13

Пациент, 50 лет, обратился с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физиче-

ской нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние. Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту. Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 14

Пациентка П, 25 лет, с жалобами на сжимающие боли за грудиной при занятиях фитнесом, умеренную одышку. Из анамнеза: данные симптомы стала отмечать с 18 лет, однако раньше не придавала им значения, считая их нормальной реакцией на физические упражнения. АД в норме. Перенесенные заболевания: удаление дермоидной кисты яичника в 24 года. Пациентка учиться в ВУЗе. Вредных привычек не имеет. Семейный анамнез: отец пациентки умер внезапно в 48 лет. По данным вскрытия – кардиомиопатия. Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост – 162 см, вес – 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс 96 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Клинический анализ крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови без патологии. Данные ЭКГ представлены на рис. 1. При ЭхоКГ обнаружена асимметричная гипертрофия ЛЖ с утолщением МЖП в средней трети до 22 мм при толщине задней стенки ЛЖ 9 мм. Индекс массы миокарда ЛЖ 141 г/м². Конечнo-диастолический объем ЛЖ 45 мл. Показатели диастолической функции ЛЖ: E/A 1,6, индекс объема левого предсердия 36 мл/м², E/e' 11,2. ФВ ЛЖ 70%. МРТ пациентки представлена на рис. 2



Рис 1

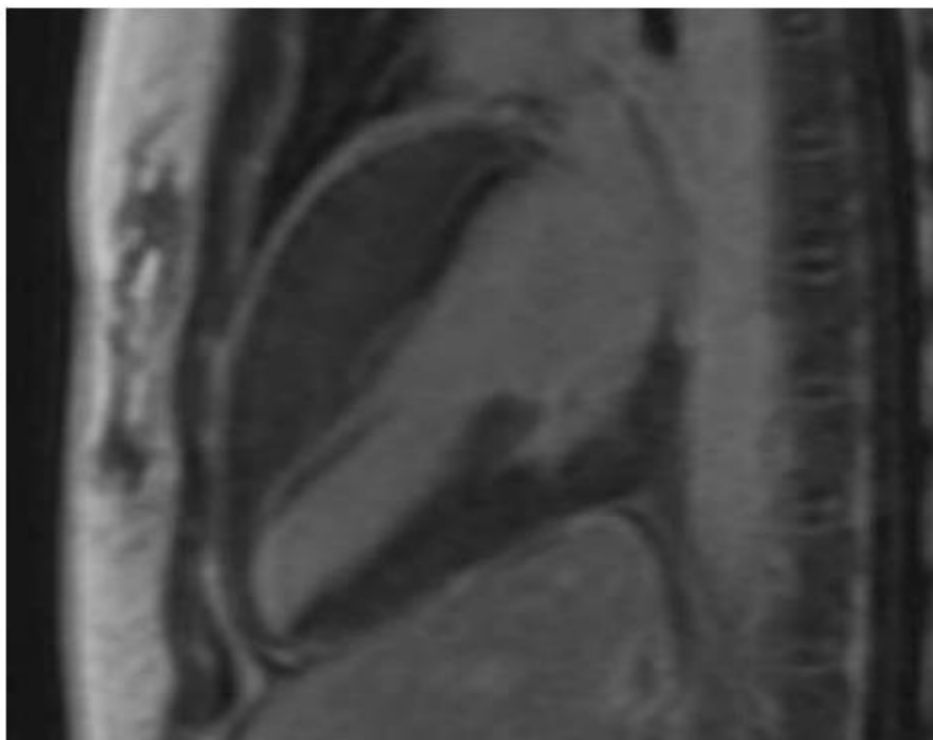


Рис 2

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 15

Женщина, 60 лет, наблюдалась у кардиолога с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения. Беспокоят нестабильность цифр АД с частыми повышением до 170/90 мм рт.ст., одышка при умеренной физической нагрузке, изредка - сжимающие боли за грудиной. Артериальная гипертензия около 3 лет. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин, розувастатин. Трудовой анамнез: без особенностей. В настоящее время пенсионер. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 76 ударов в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л. ЭКГ представлена на рис. 1. ЭхоКГ представлена на рис. 2. При ЭхоКГ толщина МЖП и задней стенки ЛЖ составила 11 мм. КДО ЛЖ 56 мл. ФВ ЛЖ 68%. Переднезадний размер левого предсердия 42 мм. Соотношение Е/А 2,2. Индекс объема ЛП 25 мл/м², Е/е'средний 8,0. Скорость трикуспидальной регургитации 2,6 м/с. СДЛА 30 мм рт.ст. Умеренная митральная регургитация. Гипертрофия апикальных сегментов ЛЖ до 2,4-2,7 см. При велоэргометрии зафиксирована преходящая депрессия сегмента -1,6 мм в V5- V6 (без ангинозных болей), снижением АД с 140/80 до 120/80 мм рт.ст. (неадекватная реакция АД при физической нагрузке). При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Чем обусловлена ишемия миокарда у пациентки?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 16

Пациент К, 51 г., в течение 2 месяцев стал отмечать быструю утомляемость, одышку при быстрой ходьбе. Появились отеки лодыжек. Из анамнеза: Около 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД до 150/90 мм рт.ст. Гипотензивную терапию получал ситуационно (Капотен, Нифедипин). Курит более 20 лет по 10-15 сигарет в день. Семейный анамнез:

мать 75 лет, страдает АГ, ИБС. Отец 76 лет, перенес инфаркт миокарда. Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание жесткое, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки стоп, голеней. Повышение СОЭ до 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение АСТ до 52,4 Ед/л (норма до 38), общего билирубина – 29,9 мкмоль/л (норма до 22), щелочной фосфатазы – 102,0 Е/л (норма до 96), АЛТ – 35,3 Ед/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, креатинин в динамике 80-95-108 мкмоль/л; общий белок – 58,2 г/л, КФК – 121 – 146 Ед/л; калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л; холестерин – 3,57 ммоль/л, триглицериды – 1,02 ммоль/л. Уровень тропонина Т – 18 нг/л, высокочувствительный тропонин Т – 0,168 нг/мл (99-ый перцентиль референсного значения 0,014 нг/мл). Высокий уровень NTproBNP – 3646 нг/л (норма до 125). ЭКГ пациента представлена на рис. 1. ЭхоКГ пациента представлено на рис. 2. При ЭхоКГ выявлена резко выраженная симметричная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с толщиной МЖП до 23 мм и ЗСЛЖ до 26 мм. Полость ЛЖ не увеличена: КДО 90 мл, КСО 64 мл. Диффузный гипокинез ЛЖ со снижением ФВ до 29%. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено. Переднезадний размер левого предсердия увеличен до 51 мм. Рестриктивный тип диастолического наполнения ЛЖ: E/A 3,2; E/e' средний – 14. Индекс объема ЛП 39 мл/м². Отмечалось также утолщение свободной стенки правого желудочка до 11 мм. Выявлена умеренная легочной гипертензия с СДЛА 39 мм рт. ст. В полости перикарда жидкость объемом до 300 мл. При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено. УЗИ брюшной полости и почек: Гепатоспленомегалия. УЗ- признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Асцит. УЗ-признаки диффузных изменений почек. Нефролитиаз почек. Биопсия подчелюстной слюнной железы с окраской Конго красным – светло-зеленое двулучепреломление при микроскопии в поляризованном свете. При генетическом анализе обнаружен патогенный вариант с.128G>A в гене транстиретина TTR (Ser43Asn, p.S43N; устаревшее название мутации – Ser23Asn) в гетерозиготном состоянии

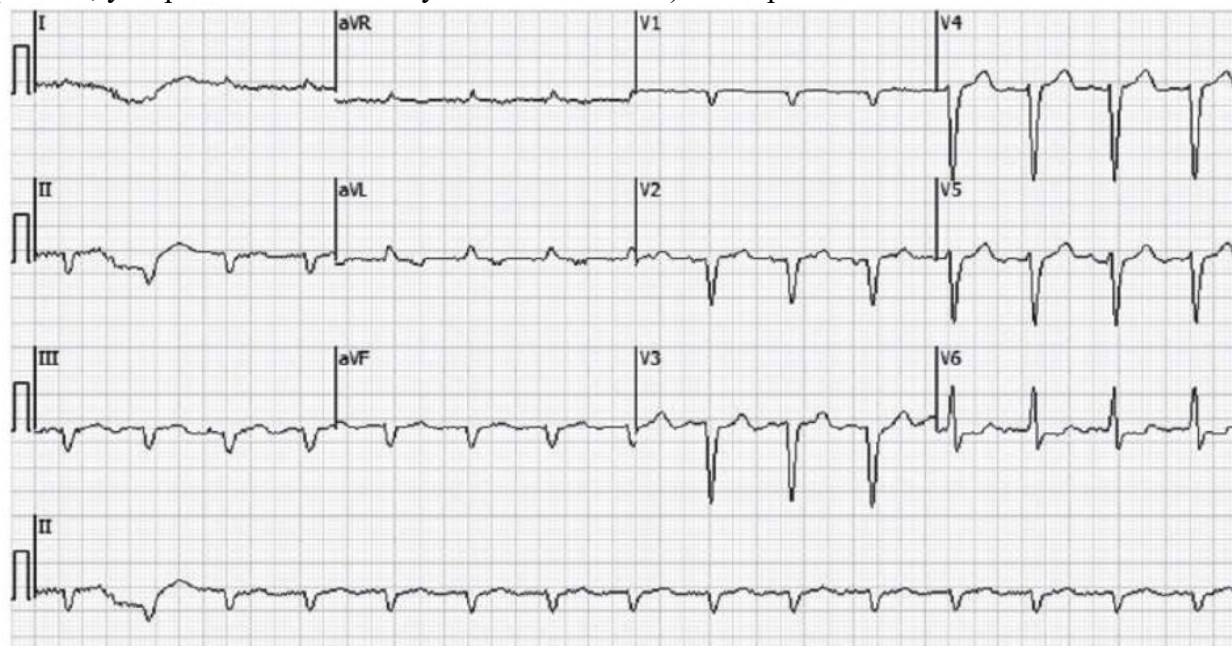


Рис.1

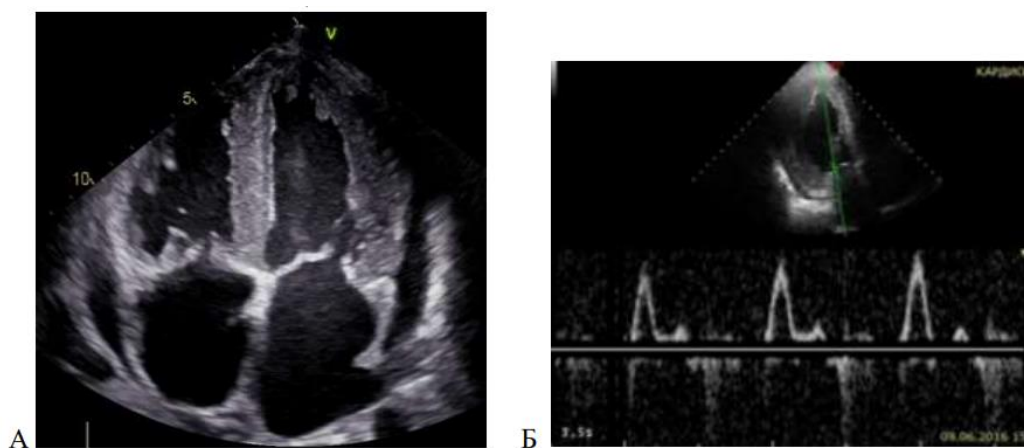


Рис. 2. ЭхоКГ Пациента К., 51 год. А – апикальная четырехкамерная позиция. Б – транмитральный диастолический поток

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлена сердечная недостаточность у пациента?
3. Предложите дальнейшие методы диагностики.
4. Определите особенности и тактику лечения.

Ситуационная задача 17

Пациент Г, 37 лет, с жалобами на жгучие боли в конечностях, одышку при физической нагрузке. На протяжении 10 лет прогрессирование почечной недостаточности. Получает заместительную почечную терапию – гемодиализ. Прооперирован по поводу тяжелой аортальной регургитации с заменой клапана на механический протез с субаортальной миксотомией. Объективно: телосложение правильное. На коже передней брюшной стенки ангиокератомы. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем лёгочным полям. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 140/85 мм рт.ст. ЭКГ пациента представлена на рис.1. При ЭхоКГ (рис. 2) выявлена умеренная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с толщиной МЖП до 17 мм и ЗСЛЖ до 16 мм. Гипертрофия свободной стенки ПЖ до 10 мм. КДО ЛЖ 160 мл. ФВ 50%. Механический протез в позиции аортального клапана без признаков дисфункции. Гистологическое исследование участка миокарда, полученного в ходе миксотомии, выявило большое количество вакуолей и лизосом с гликофинголипидами в кардиомиоцитах. Тест с сухими пятнами крови выявил выраженное снижение активности альфа-галактозидазы А до 0,31 нмоль/г/мл.

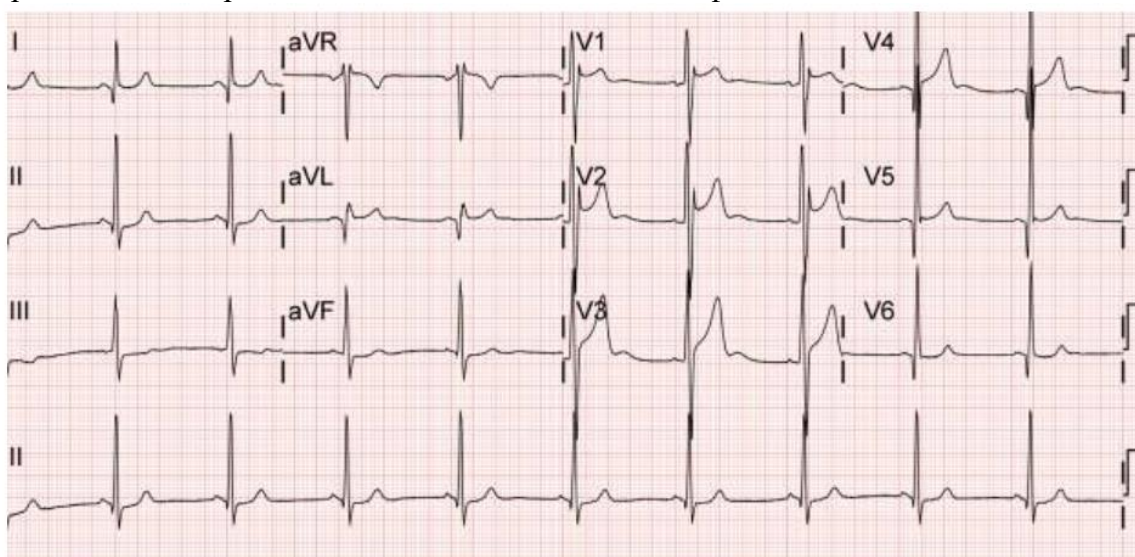


Рис. 1. ЭКГ пациента Г, 37 лет



Рис. 2. ЭхоКГ пациента Г., 37 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Перечислите возможные кардиальные проявления данного заболевания.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 18

Женщине 33 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190- 230/120-140 мм рт ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 - 170/110 мм рт ст.). Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систолодиастолический шум. В остальном по органам - без особенностей. Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов. Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 19

Пациент С, 50 лет. Доставлен бригадой скорой помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии с жалобами на слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, ощущение вздутия живота, тяжесть и распирание за грудиной и в эпигастрии. Положение ортопноэ. За 9 дней до поступления признаки ОРВИ с лихорадкой до 38°C, нарастание одышки. После бессонной ночи (спал сидя из-за одышки) вызвал скорую помощь и госпитализирован. Анамнез: С детства занимался спортом. Последние 15 лет занимается в тренажерном зале. С 2018 года - профессионально занялся бодибилдингом с использованием фармакологических препаратов (сустанон-250, болденон, тренболон, метенолол и др

стероидные препараты). Алкоголь не употребляет, иногда курит кальян. Около 2 лет отмечает периодически повышение давления до 150/100 мм рт. ст., несистематически принимал антигипертензивную терапию. Около 3 лет назад с связи с нарастанием одышки обследован в НИИ им. Склифосовского, выявлено - двусторонний гидроторакс, незначительный гидроперикард, признаки тяжёлой легочной гипертензии (СДЛА 85 мм рт. ст.), снижение ФВ левого желудочка до 20%. На фоне терапии спиронолактоном 25 мг/сут, торасемидом 10 мг/сут, карведилолом 12.5 мг/сут, лозартаном 12,5 мг/сут, занятиями только легкими аэробными физическими нагрузками (ходьба, бег), постепенной отменой анаболических стероидных гормонов состояние улучшилось. В течение 8 месяцев восстановилась сократительная функция ЛЖ (ФВ ЛЖ 58%). Через год начал активно готовится к чемпионату по бодибилдингу, возобновил прием анаболических стероидных препаратов и др. (сустанон 250 мг 2 р. в неделю, каберголин, анастрозол, инъекции хорионического гонадотропина). На фоне ОРВИ с лихорадкой появились вышеописанные жалобы. Объективно: в лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 133/100 мм рт. ст. ЧСС 98 уд/мин. Сатурация O₂ на атмосферном воздухе 94%. Периферических отёков нет. Тропонин I 38 нг/л, через 4 часа 28 нг/л, общий холестерин: 5,83 ммоль/л, ЛПНП: 4,25 ммоль/л, Д-димер: 247 нг/мл. ЭКГ (рис. 1): синусовая тахикардия, ПБЛНПГ, признаки ГЛЖ, слабое нарастание зубцов R в грудных отведениях. ЭХОКГ (рис. 2): МЖП 16 мм, ЗСЛЖ 20 мм. Дилатация полости ЛЖ. ФВ ЛЖ 18%. Диффузный гипокинез ЛЖ, митральная регургитация 2 ст, трикуспидальная регургитация 2-3 ст. СДЛА 84 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ – II степени (E/A 97/54=1,8 E/e' 14,9).

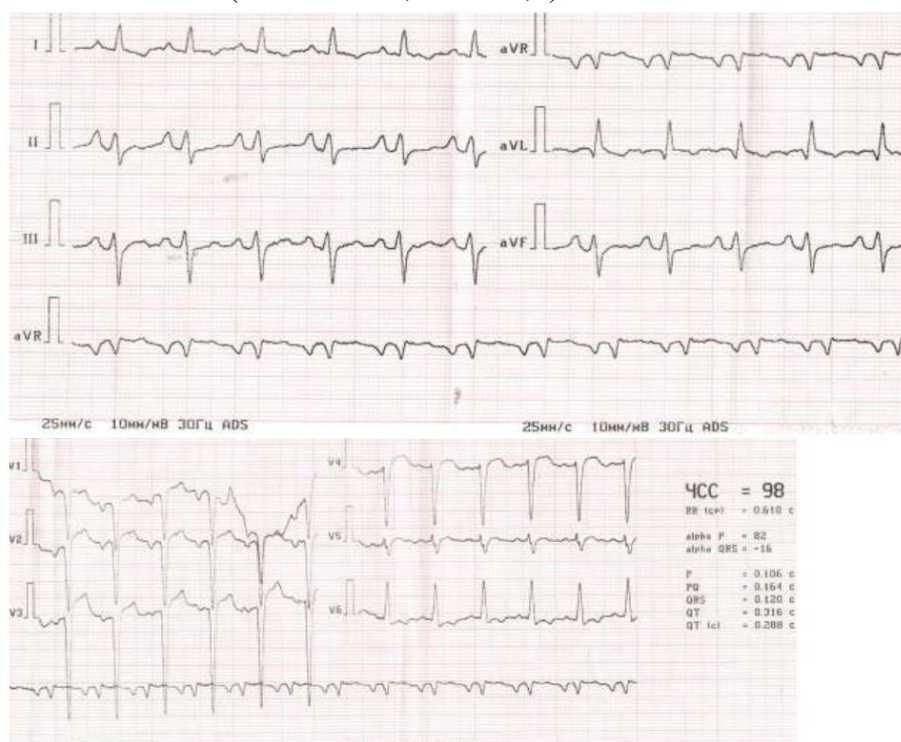


Рис.1

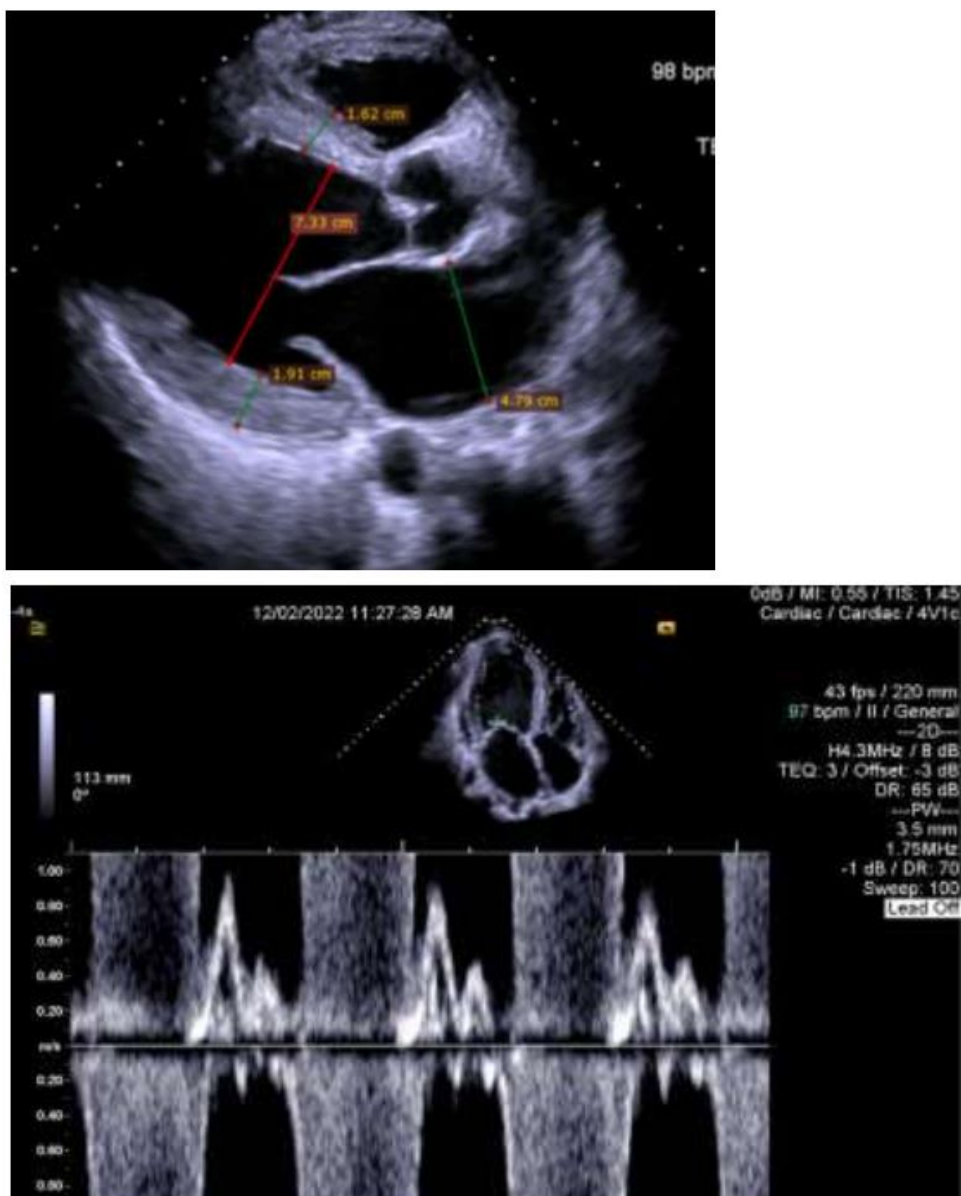


Рис.2

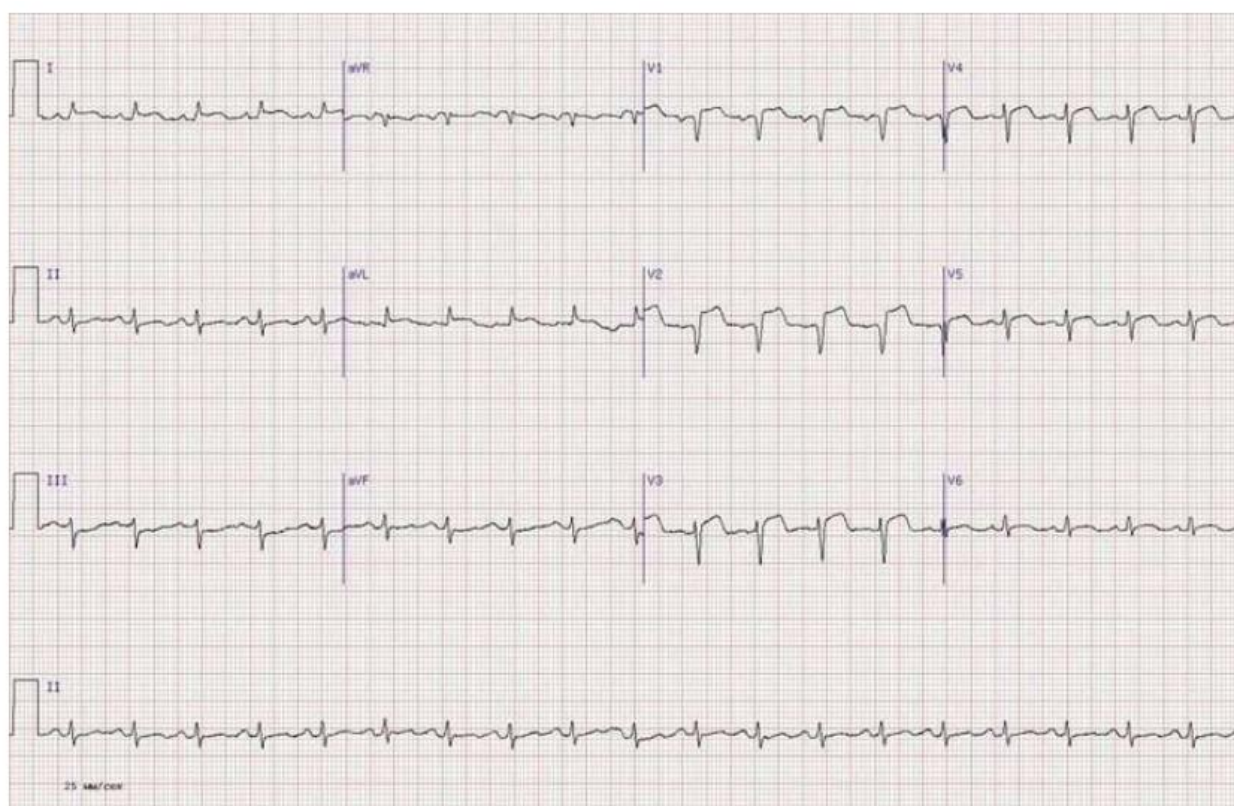
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания. Дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 20

Пациент П, 66 лет, доставлен бригадой СМП в стационар. Жалобы при поступлении на умеренные сжимающие боли за грудиной, без иррадиации, интенсивность болей уменьшилась после терапии СМП (вводился морфин). Из анамнеза: С осени 2021г отмечает частые эпизоды давящей загрудинной боли при ходьбе до 300 м, чувство нехватки воздуха, купирующиеся в покое, терапию не принимал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня рано утром появились жгучие боли давящего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, болевой синдром не связывает с изменением положения тела, дыханием, приемом пищи. В связи с длительно сохраняющимся ангинозным приступом, вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в больницу, на ДГЭ морфин в\в, клопидогрель 600мг. В анамнезе длительно страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 150/90 мм рт ст, адаптирован к 130-140 мм рт.ст. Постоянную

терапию не принимает, симптоматически принимает Периндоприл. ХОБЛ, смешанного генеза, вне обострения. Вредные привычки: Курит. Стаж курения 50 лет. Употребление алкоголя не отрицает. Объективно: Рост 178 см, вес 85 кг, ИМТ 26,8 кг/кв.м. Состояние тяжелое. Кожа обычной окраски, влажность кожи нормальная, цианоз отсутствует, отмечается пастозность стоп. Дыхание поверхностное, регулярное, ЧДД: 21 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Ритм сердца не нарушен, шумы не выслушиваются. ЧСС: 92 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Данные инструментальных исследований: ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, ЭОС вертикальная, элевация сегмента ST I, aVL, V1- V6, депрессия ST и «-»T в II, III. По ЭХО-КГ: Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВ 35%) с нарушением его локальной сократимости. Гипокинез базального и акинез среднего сегментов переднеперегородочной стенки, гипокинез всех сегментов перегородочной стенки, акинез с дискинезом верхушки циркулярный до средних сегментов нижней, передней стенки, боковой стенки. Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Двусторонний невыраженный гидроторакс.



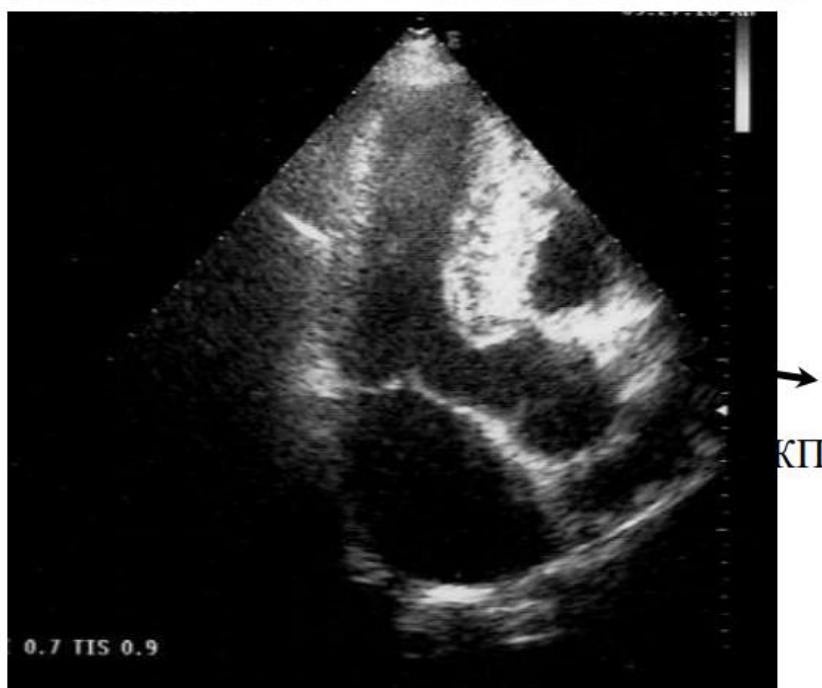
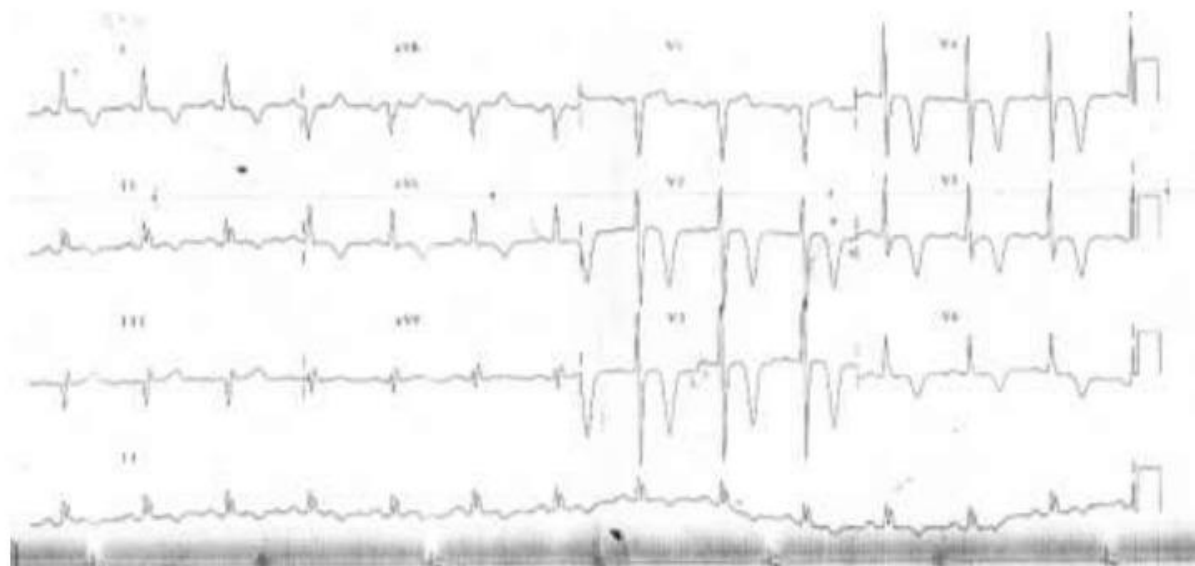
Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 21

Больной К., 48 лет. Жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца, эпизоды головокружения, возникающие при физической нагрузке. Около 5 лет назад эпизоды потери сознания, диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. Последние 2 года – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, принимает кордарон 200 мг/сут, беталок зок 50 мг в сутки. На фоне терапии – положительная динамика: обмороки не повторялись, фибрилляция предсердий не рецидивировала. Однако последние 1,5 месяца отметил вновь появление и прогрессирование прежней симптоматики и нарушений ритма сердца. Был госпитализирован. Доза бета-блокаторов увеличена в два

раза (100 мг беталок зок), однако средняя ЧСС при ХМ-ЭКГ не меньше 80 уд в мин, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. ЭКГ представлена на рис. 1. При ЭхоКГ (рис. 2) КДО 110 мл, КСО 44 мл, МЖП 1,8 см, ЗСЛЖ 1,2 см, ФВ ЛЖ 68%, передне-задний размер ЛП 4,6 мл. Максимальный градиент в выносящем тракте ЛЖ 40 мм рт. ст. При ультразвуковом обследовании щитовидной железы патологии не выявлено. При исследовании гормонов щитовидной железы уровень ТТГ составил 0,006 мМЕ/л (в норме от 0,27 до 4,2 мМЕ/л), Т4 свободный 71,12 нмоль/л (в норме от 12,0 до 22,0 нмоль/л).



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика ведения пациента.
4. Тактика в отношении родственников пациента

Ситуационная задача 22

Пациентка Х., 76 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам в положении лежа, отеки стоп и голеней, ноющие боли в грудной клетке без четкой связи с физической нагрузкой. Из анамнеза: в 25-летнем возрасте

перенесла острую ревматическую атаку с болями в суставах. Длительное время находилась на диспансерном наблюдении с курсами противорецидивной терапии антибиотиками. В течение многих лет самочувствие оставалось удовлетворительным. В возрасте 75 лет после физической нагрузки (посещала бассейн) впервые возник пароксизм фибрилляции предсердий. Стала беспокоить одышка вначале при нагрузке, а затем и по ночам в положении лежа. Появились отеки стоп и голеней. Последние 2 ночи перед госпитализацией спала сидя из-за удушья. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отеки нижней трети голеней и стоп. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах. Выслушиваются МЖП единичные сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены. Выслушивается неинтенсивный диастолический шум на верхушке. Ритм неправильный. ЧСС – 90-100 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень увеличена на 2 см. На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 111 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. ЭхоКГ: «Парусение» передней створки митрального клапана. Створки митрального клапана сращены в области комиссур. Площадь митрального отверстия по доплеровскому режиму – 1,7 кв.см. Трансмитральный градиент средний – 5,2 мм рт.ст., максимальный – 14 мм рт.ст. Митральная регургитация II степени. Трикуспидальная регургитация III степени. Конечнодиастолический объем ЛЖ – 116 мл. Фракция выброса ЛЖ – 66%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Какие осложнения возникают при данном заболевании в случае возникновения фибрилляции предсердий?
4. Какова причина развития ХСН у больной при нормальной ФВ ЛЖ?

Ситуационная задача 23

Пациент Р., 38 лет. Поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство сердцебиения, кровохарканье. Из анамнеза: Ухудшение состояния отмечает в течение 4-х месяцев. Злоупотребление алкоголем и другие интоксикации отрицает. При осмотре: акроцианоз, ЧДД 24 в минуту. При аускультации в легких влажные мелкопузырчатые хрипы, справа в нижней доле дыхание не проводится. Пульс 90 в минуту, аритмичный, слабого наполнения, напряжения. Патологических пульсаций не выявлено, набухание шейных вен. ЧСС 118 в минуту. Левая граница сердца по левой средне-ключичной линии в VI межреберье, правая на 1,5 см кнаружи от грудины, верхняя в III межреберье. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на верхушке, в точке Боткина, хорошо проводится в область над мечевидным отростком, акцент II тона над легочной артерией. Нижний край печени ровный, плотноэластичный, выступает из-под реберной дуги на 4 см. Голеностопы пастозны. ЭКГ: ритм желудочков неправильный, 118 в минуту, нет зубца Р, регистрируются волны f, в отведении VI комплекс QRS по форме $rSR' = 0,12$. ЭхоКГ: увеличены все полости сердца. В В-режиме - дилатация полостей, истончение стенок сердца, их гипокинезия, сферическая форма левого желудочка, выявлены тромбы в полости сердца, легочная гипертензия. При доплеровском исследовании - патологическая митральная и трикуспидальная регургитация 3 степени (рис. 1). Лабораторные данные: Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови без изменений.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте заключение по ЭКГ.
3. Перечислите группы препаратов, необходимые пациенту.
4. Необходима дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями.

Ситуационная задача 24

Пациентка Ж., 71 года, поступила с жалобами на ощущение нехватки воздуха, дискомфорт в грудной клетке, возникшие утром в день поступления. За три недели до госпитализации перенесла коронавирусную инфекцию, лечилась дома симптоматически, антикоагулянтная терапия не проводилась. В анамнезе варикозная болезнь нижних конечностей, гипертоническая болезнь II ст, АГ 1ст, риск ССО 3 (высокий). Осмотр при поступлении: Сознание ясное. Кожные покровы обычного цвета, тёплые, нормальной влажности. Температура тела 36,4 С. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Отёков нет. Дыхание ровное, ритмичное. ЧДД 22 в мин. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. SpO₂ 82 % на атмосферном воздухе. При инсуффляции кислорода со скоростью 9 л/мин - SpO₂ - 96%. Ритм сердца правильный, ЧСС 89 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторные данные: Антитела COVID-19: nCoV IgM: 9.61 (50-52%). Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация ПЖ умеренная - по размерам приближается к ЛЖ, участвует в образовании вершины сердца. ЛЖ имеет D-образную форму за счет перегрузки правых отделов. Гипокинезия свободной стенки ПЖ при сохранной сократимости вершины. Визуализируется расширенный коронарный синус. По данным УЗДГ вен нижних конечностей: эхо-признаки окклюзионного тромбоза поверхностных бедренных, подколенных, задних большеберцовых, суральных и малоберцовых вен с обеих сторон, с признаками флотации вершущек тромбов в просвете поверхностных бедренных вен.

Вопросы:

1. Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
2. Что послужило причиной развития данного состояния?
3. Какие шкалы помогают подтвердить/исключить данный диагноз? Какие критерии рассматриваются в этих шкалах?
4. Тактика ведения пациентки, лечение? Имеются ли у пациентки показания для хирургического лечения? Оцените прогноз для пациентки.

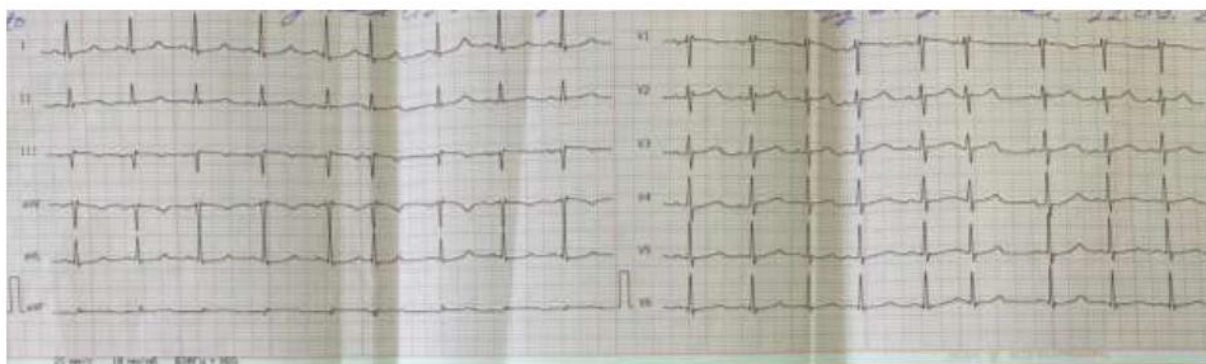


Рис. 1: ЭКГ пациентки Ж., 71 год

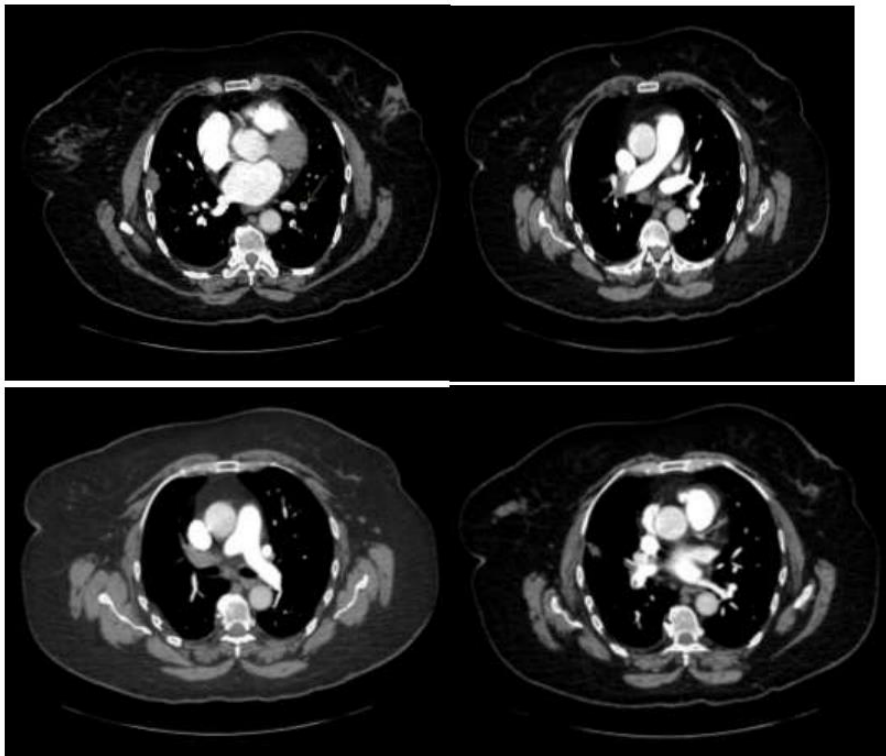


Рис. 2: ЭхоКГ пациентки Ж., 71 год

Ситуационная задача 25

Пациентка Н., 59 лет, поступила с жалобами на общую слабость, кашель с мокротой светлого цвета, нарастающую одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при кашле, больше справа. Анамнез заболевания. Ранее находилась на стационарном лечении с диагнозом коронавирусная инфекция. Проводилось лечение: Амоксициллин+Клавулановая кислота, Левилимаб, Эноксапарин натрия. Через 2 дня после выписки из стационара почувствовала себя плохо- появилась одышка, кашель. Повторно госпитализирована в стационар. Анамнез жизни. Около 5 лет страдает артериальной гипертензией, на фоне гипотензивных препаратов (спиронолактон 25мг, лозап 50мг, метопролол 50мг) АД 130/80 мм.рт.ст. Сахарный диабет 2 типа, на инсулинотерапии. ИБС. ХСН. Ожирение 3 ст. Объективно: Рост 162 см, вес 117 кг. Температура 36,5°C. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧДД 21 в мин. Дыхание жесткое, сухие хрипы в нижних долях легких, SPO2 95-94 % на атмосферном воздухе. АД 115/65 мм.рт.ст., ЧСС 80 уд. в мин. Данные лабораторных исследований: Клинический анализ крови: Гемоглобин 125,0 г/л, тромбоциты $234,0 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $5,1 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы (абс) $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Биохимический анализ крови: СРБ 0,04 мг/л, ЛДГ 262 ЕД/л, АЛТ 23 ЕД/л, АСТ 27,6 ЕД/л, ферритин 41 мкг/л, D-димер 2412,00 нг/мл, фибриноген 2,71 г/л. Инструментальные исследования: ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 75 в мин., ЭОС отклонена влево, отрицательный зубец Т в отведении III, признаки гипертрофии ЛЖ (рис.1) ЭхоКГ: ФВ ЛЖ $\approx 55\%$ (норма $>54\%$). Определяется парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Дилатация полости левого предсердия и расширение правых камер

сердца. ЛП (апикально) 4,7х5,4 (норма 4.0х5.2см), ПП 4,3х5,2 (норма 4.0х5.0см), ПЖ (апикально) 4,1 (норма до 3.7 см). СДЛА 55 мм. рт. ст. Трикуспидальная регургитация 2 степени. КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием: В правой легочной артерии в зоне трифуркации визуализируется пристеночные тромботические массы с формированием тромба наездника, распространяющегося на сегментарные ветви S9,S10, с окклюзией верхнедолевой ветви. Слева так же визуализируются тромботические массы в мелких сегментарных ветвях нижней доли с окклюзией ветви S9. (рис.2)



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение данной патологии и необходимые рекомендации после выписки

5. КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.36 Кардиология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

- 71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;
- менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

- 70% и более правильных ответов – «зачтено»;
- менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибальной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способен к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.