

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

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н.,
Профессор Дроботя Н.В.
«18» ноябрь 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ

Специальность: 31.08.36 Кардиология

Квалификация выпускника: врач-кардиолог

Форма обучения: очная

Курс: 2

Семестр: 4

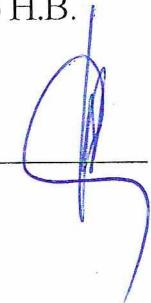
Ростов-на-Дону
2024

Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.36 Кардиология рассмотрена на кафедральной конференции кафедры кардиологии, ревматологии и функциональной диагностики.

Протокол от 28.04.2024 № 8/24

Зав. кафедрой кардиологии,
ревматологии и функциональной
диагностики, профессор Н.В.
Дроботя.

Председатель заседания



ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.36 Кардиология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.36 Кардиология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-кардиолога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.36 Кардиология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.36 Кардиология

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.36 Кардиология

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Универсальные компетенции (далее – УК):

- ✓ **УК-1** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
- ✓ **УК-2** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
- ✓ **УК-3** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
- ✓ **УК-4** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
- ✓ **УК-5** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции (далее – ОПК):

- ✓ **ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
- ✓ **ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей
- ✓ **ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
- ✓ **ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и
- ✓ обследование пациентов
- ✓ **ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ✓ **ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ✓ **ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
- ✓ **ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- ✓ **ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

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

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

✓ **ПК-1** Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Клиническая анатомия сердца.
2. Клиническая анатомия крупных сосудов.
3. Организация кардиологической помощи населению в РФ.
4. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в РФ.
5. Перфузационная миокардиосцинтиграфия, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
6. ЭКГ при гипертрофии предсердий.
7. Нагрузочный ЭКГ- тест на тредмиле, показания, клиническая оценка полученных данных.
8. Коронароангиография, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
9. Суточное мониторирование артериального давления, методика проведения, оценка полученных результатов.
10. ЭКГ при гипертрофиях желудочков
11. Стress-эхокардиография, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
12. Суточное мониторирование ЭКГ, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
13. Ультразвуковая анатомия сердца и стандартные эхокардиографические позиции.
14. Характеристика нормальной ЭКГ.
15. Оценка систолической и диастолической функций левого желудочка по данным эхокардиографии.
16. Внезапная коронарная смерть, факторы риска, неотложная помощь, профилактика.
17. Клиника неосложненного инфаркта миокарда
18. Изменения ЭКГ при остром инфаркте миокарда
19. Тромбоэмболия легочной артерии, клиника, диагностика, неотложная терапия.
20. Кардиогенный шок, классификация, клиника, диагностика, терапия.
21. Отек легких, клиника, диагностика, неотложная терапия.
22. Синдром Дресслера, клиника, диагностика, терапия.

23. Разрыв сердца (внутренний и наружный), патогенез, клиника, неотложная терапия.
24. Диагностика инфаркта миокарда
25. Лечение неосложненного инфаркта миокарда
26. Классификация антиаритмических препаратов, механизмы действия, дифференцированные подходы к назначению.
27. Электрофизиологическое исследование в диагностике аритмий.
28. Трепетание и фибрилляция желудочков, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, неотложная терапия.
29. Классификации сердечной недостаточности.
30. Характеристика основных группы препаратов, применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.
31. Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.
32. Ингибиторы АИФ при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
33. Диуретики при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
34. Антагонисты кальция при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
35. Альфа - адреноблокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
36. Нитраты при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
37. Бета - блокаторы при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
38. Антагонисты кальция при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
39. Бета - блокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
40. Сердечные гликозиды в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
41. Бета - блокаторы в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
42. Мочегонные в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
43. Ингибиторы АПФ в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
44. Классификация гиполипидемических препаратов.
45. Заместительная гормонотерапия в кардиологии.
46. Характеристика основных группы препаратов, применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.

47. Ингибиторы АПФ при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
48. Диуретики при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
49. Антагонисты кальция при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
50. Альфа - адреноблокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
51. Нитраты при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
52. Бета - блокаторы при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
53. Антагонисты кальция при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
54. Бета - блокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
55. Сердечные гликозиды в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
57. Бета - блокаторы в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
58. Мочегонные в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
59. Ингибиторы АПФ в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
60. Характеристика основных групп препаратов, применяемых для лечения стенокардии
61. Факторы риска и патогенетические механизмы развития атеросклероза.
62. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза.
63. Классификация дислипидемий, тактика лечения
64. Классификация и факторы риска развития ИБС.
65. Функциональная классификация стенокардии. Клинические особенности различных вариантов стенокардии
66. Показания и методы хирургического лечения ИБС.
67. Новые ишемические состояния миокарда.
68. Дифференциальная диагностика кардиалгии.
69. Врачебно-трудовая экспертиза при ИБС.
70. Немедикаментозные методы лечения гипертензии
71. Факторы риска развития артериальной гипертензии
72. Характеристика основных групп гипотензивных препаратов, их рациональные комбинации.

73. Классификация и дифференцированная терапия гипертонических кризов.
74. Диагностика и лечение артериальных гипотензий.
75. Симптоматические артериальные гипертензии, этиология, клиника, диагностика, лечение.
76. Классификации артериальной гипертензии, поражение органов-мишеней, группы стратификации риска.
77. Патогенетические факторы развития артериальной гипертензии.
78. Дилатационная кардиомиопатия, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, осложнения, диагностика, лечение.
79. Классификация кардиомиопатий.
80. Миокардиты, классификация, клиника, диагностика, терапия.
81. Гипертрофическая кардиомиопатия, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
82. Рестриктивная кардиомиопатия: эндомикардиальный фиброз, эндокардит Леффлера, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с констриктивным перикардитом, лечение.
82. Поражение миокарда при диффузных заболеваниях соединительной ткани: системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозите.
83. Диагностика и лечение инфекционного эндокардита.
84. Этиология, патогенез, клиника инфекционного эндокардита.
85. Этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника и диагностика констриктивных перикардитов.
86. Этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника и диагностика экссудативных перикардитов.
87. Поражения сердечно-сосудистой системы при синдроме приобретенного иммунодефицита.
88. Лечение перикардитов, неотложная помощь при тампонаде сердца, методика проведения пункции перикарда.
89. Митральный стеноз, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
90. Аортальная недостаточность, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
91. Митральная недостаточность, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
92. Аортальный стеноз, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
93. Классификация врожденных пороков сердца.
94. Дефект межпредсердной перегородки, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
95. Дефект межжелудочковой перегородки, патогенез гемодинамических

расстройств, клиника, диагностика, лечение.

96. Открытый артериальный проток, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.

97. Триада Фалло, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.

98. Тетрада Фалло, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.

99. Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.

100. Классификации сердечной недостаточности.

101. Атриовентрикулярные блокады, классификация, ЭКГ диагностика, неотложные мероприятия при приступе Морганьи - Эдамса - Стокса.

102. Фибрилляция предсердий, формы, ЭКГ диагностика, терапия

103. Нарушения внутрижелудочковой проводимости, клиническое значение, варианты, ЭКГ диагностика.

104. Типы кардиостимуляторов, показания к имплантации ЭКС.

105. Дифференцированная терапия пароксизмальных нарушений ритма.

106. Трепетание предсердий, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, терапия.

107. Синдромы предвозбуждения желудочков, этиология, клиника, диагностика, лечение.

108. Экстрасистолии, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, терапия.

109. Желудочковые тахиаритмии (мономорфная, двунаправленная, типа "пируэт"). Дифференциальный диагноз, врачебная тактика при лечении больных с желудочковыми тахиаритмиями

110. Синдром слабости синусового узла, этиология, клиника, диагностика, лечение. Показания к имплантации искусственного водителя ритма у больных с синдромом слабости синусового узла.

111. Электрофизиологическое исследование в диагностике аритмий.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. У 63-летней женщины после физической нагрузки возникла резкая одышка, боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при дыхании. Болевой приступ был купирован наркотиками, больная срочно госпитализирована. При поступлении в стационар состояние средней тяжести, губы цианотичные. ЧДД - 26 в минуту, дыхание поверхностное, слева в подмышечной области ослабленное, там же спустя сутки стал выслушиваться шум трения плевры. Тоны сердца приглушены, пульс - 98 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 140/80 мм рт.ст. (обычные для больной цифры - около 150/90 мм.рт.ст.) отмечается кашель с кровянистой мокротой. На следующий день повышение температуры тела до 37,9 С. В течение многих лет страдает хроническим холециститом, варикозным расширением вен левой голени.

Представлена ЭКГ пациентки.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Лечебная тактика.

2. Женщина 54 лет. Доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе.

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

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

ЭКГ: патологический зубец Q в I, aVL, VI - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, VI

V5 до 4 мм.

ВОПРОСЫ:

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

3. Женщина 30 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 гипотензивных 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. В эпигастральной области выслушивается

истолический 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 ретинопатия 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 развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.

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

3. Методы лечения.

4. Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем. Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм рт ст. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая ретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,86 ммоль\л (в остальном - без

особенностей).

АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1

см.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

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

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли.

АД=110\70 мм рт ст., ЧСС=68 уд\мин. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических

отеков нет.

ЭКГ: подъем ST в I, AVL, VI - V4 до 11 мм, депрессия ST в II, III, AVF на 2 мм, интервал PQ = 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Какой антиагрегантный препарат/препараты рекомендованы данному пациенту.
5. Какие группы лекарственных препаратов Вы рекомендуете данному пациенту в условиях стационара

6. Больной 56 лет обратился с жалобами на боли в грудной клетке колющего и давящего характера, одышку при физической нагрузке, отеки голеней. У пациента в анамнезе артериальная гипертензия в течение многих лет, систематической антигипертензивной терапии он не получал. В анамнезе сахарного диабета или гиперлипидемии нет. В настоящее время больной не курит. Наследственный анамнез в отношении сердечно сосудистых заболеваний не отягощен.

Клиническое обследование. Пациент правильного телосложения. При осмотре определяются отеки голеней до нижней трети. При осмотре области сердца отмечалось усиление пульсации в прекардиальной области и смещение верхушечного толчка влево до передней подмышечной линии. АД- 165/100 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные, ЧСС-100 в минуту, выслушиваются дополнительные III и IV тоны сердца, негромкий систолический шум на митральном и триkuspidальном клапанах. Пальпируется плотный край печени без признаков наличия свободной жидкости в брюшной полости.

Лабораторное обследование. Общий анализ крови и мочи без изменений. Глюкоза-4,56 ммоль/л, холестерин -4,9 моль/л, АЛТ-0,32, АСТ-0,44, электролиты крови в норме.

Данные ЭхоКГ: левое предсердие-44 мм, конечный диастолический размер ЛЖ-61 мм, конечный систолический размер ЛЖ-43 мм, ФВ - 30% в сочетании с диастолической дисфункцией. Кроме того, определялась умеренная митральная и триkuspidальная регургитация. Уровень давления в легочной артерии составил 46 мм рт. ст.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения больного

7. Больной 49 лет, обратился с жалобами на загрудинные боли, возникающие при физической нагрузке. Кроме этого при расспросе больной отмечал эпизод потери сознания на фоне физической нагрузки. Подобные симптомы он стал отмечать около года.

30 лет назад при аусcultации сердца у него был обнаружен шум, однако он был признан

годным для службы в армии. Наследственный анамнез не отягощен, больной никогда не курил.

Физикальное обследование. Больной нормостенического телосложения. Аускультативно выслушивается правильный синусовый ритм, АД 110/90 мм рт. ст. Пульс слабого наполнения. Верхушечный толчок усилен, а над аортой определяется систолическое дрожание. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой, проводящийся на сосуды шеи, П-ой тон сердца отсутствует.

Лабораторное обследование. Уровень холестерина - 4,9 ммоль/л, ЛПВП - 1,2 ммоль/л, ЛПНП - 3,2ммоль/л, триглицеридов - 1,2 ммоль/л.

Инструментальное обследование.

Представлена ЭКГ больного.

При эхокардиографии выявлены следующие изменения: толщина МЖП-17 мм, задняя стенка ЛЖ-16 мм. ФВ-68%.

На рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля прозрачные.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика ведения данного больного.

8. Больная С, 28 лет, поступила в стационара после искусственного прерывания беременности. После произведенного выскабливания матки отмечено повышение температуры до 38.5°C с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В прошлом ничем не болела.

Объективно: бледность кожных и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на предплечье. При аусcultации мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в V точке. АД - 140/60 мм рт. ст. Пальпируется край селезенки.

Лабораторные исследования: СОЭ - 40 мм/час. Посевы крови (4 раза) отрицательные. В анализе мочи - микрогематурия. Другие исследования - без особенностей. ЭКГ и рентгенограмма грудной клетки без патологии. Представлено эхокардиографическое исследование пациентки.:

Назначено лечение пенициллином 10 млн. ЕД/сут, температура на 10-й день снизилась до 37.5°C. На 5-й день внезапно появились боли в правой поясничной области и макрогематурия. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами. На 30-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. При аускультации диастолический шум стал интенсивным, грубым. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, быстрый и высокий пульс. АД - 140/40 мм рт. ст. На ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.

Вечером у больной появились клонические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом. ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз
2. Возможная причина смерти
3. Возможные причины отрицательных результатов посевов крови
4. Дайте оценку антибактериальной терапии, предложите рациональную антибактериальную схему

9. Больной 35 лет. Заболел остро 2 дня назад, появились боли в прекардиальной области, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела.

Осмотр при поступлении в стационар: состояние средней тяжести. Температура тела - 38°C.

Сердце не расширено, тоны ритмичные; в области III межреберного промежутка слева от грудины - шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед. Пульс - 93 в минуту. АД - 110/85 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту.

На 3-й день состояние больного внезапно ухудшилось: одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени. АД - 100/90 мм рт. ст. Пульс - 120 в минуту, вялый, слабого наполнения наполнение его уменьшается на вдохе.

Эхо-КС: отмечается коллабирование стенки правого желудочка и парадоксальное движение

МЖП.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз при поступлении?
2. Ваши назначения?
3. Что произошло на 3-й день?
4. Что следует предпринять?

10. Больной 38 лет был доставлен в приемное отделение травматологического отделения в связи с внезапным падением. При поступлении жалобы на сильную боль в правой половине

грудной клетки и левом бедре. Кроме этого, больной также жаловался на приступы головной боли и частого сердцебиения, повышения АД до 240/130 мм.рт.ст.

Клиническое обследование. При осмотре, больной пониженного питания, отмечалась гипервентиляция. Конечности холодные, с признаками сосудистого спазма. Явных деформаций костей не определялось, область правой половины грудной клетки резко болезненна при пальпации. Объем движений в левом тазобедренном суставе был ограничен, сами движения болезненны. АД - 210/130 мм рт. ст., ЧСС - 135 ударов в мин. При переходе в вертикальное положение пациента выявлена ортостатическая гипотензия. Со стороны других органов и систем каких-либо патологических изменений выявлено не было.

Лабораторно-инструментальное обследование. В анализах мочи - увеличение удельного веса без каких-либо изменений в осадке. В биохимическом анализе крови уровень креатинина составлял 0,112 ммоль/л, калия 4,5 ммоль/л. Отмечалось увеличение уровня ванилил-миндальной кислоты, метанефринов в анализе мочи, собранной за сутки $>1,3$ мг. Инструментальное обследование. При осмотре глазного дна отмечалась гипертоническая ангиопатия сетчатки II ст. На ЭКГ определялась синусовая тахикардия с умеренными признаками гипертрофии левого желудочка. Ишемические изменения сегмента ST-T или признаки перегрузки левых отделов сердца отсутствовали.

При рентгенографии органов грудной клетки определялись сглаженные реберно-диафрагмальные углы и боковые переломы трех ребер справа

При рентгенографии костей таза и бедра каких-либо патологических изменений выявлено не было.

При эхокардиографии выявлено: толщина МЖП-16 мм, толщина задней стенки ЛЖ-14 мм, ФВ-66%, отсутствие изменений со стороны аорты.

При мониторировании АД отмечалась выраженная артериальная гипертензия с эпизодами

подъемов АД до 230/130-240/140 мм.рт.ст.

При проведении КТ признаков наличия интраабдоминальной опухоли выявлено не было.

При остеосцинтиграфии костей были выявлены множественные "горячие" очаги, соответствующие метастазам. Эти костные поражения также определялись при сцинтиграфии с ^{131}I — MIBG (иод-метайодобензилгуанидин). Какой-либо захват препарата мягкими тканями не определялся. ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.

2. Тактика антигипертензивной терапии и прогноз у данного больного.

11. Больного 68 лет в течение двух лет беспокоит одышка при физической нагрузке. В последние три месяца больной отметил ухудшение самочувствия, которое проявлялось в появлении субфебрильной температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, усилении одышки, появлении кашля с мокротой и пароксизмальной ночной одышки. В анамнезе у больного артериальная гипертензия.

Физикальное обследование: АД - 170/105 мм рт. ст., ЧСС - 90 уд. в мин., в легких в базальных отделах выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. При аусcultации сердца выслушиваются систолический шум на верхушке и III тон; определяются отеки ног и гепатомегалия.

Температура тела больного повышена, $37,5^{\circ}\text{C}$.

Данные лабораторных методов исследования.

Общий анализ крови: лейкоциты 15.0×10^9 в л, нейтрофилы - 80%. Реактанты острой фазы

повысены. В протеинограмме выявлено: альбумины-45%, гамма-глобулины-19%.

Данные инструментальных методов обследования.

Эхокардиография:

конечно-диастолический диаметр ЛЖ - 68 мм, ФВ ЛЖ - 40%, пролапс митрального клапана,

на МК выраженная регургитация.

При посеве крови выявлен рост *Streptococcus bovis*. Явных ворот инфекции не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании может идти речь.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести.
3. Ваша лечебная тактика.

12. Больной В. 36 лет. Жалобы на постоянную одышку, крохотарканье, учащенное сердцебиение, отечность ног. В течение 10-ти лет отмечает крохотарканье, одышку, отечность ног. Последний год. несмотря на проводимое лечение, одышка и отеки на ногах усилились.

Клиническое обследование. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. Положение ортопноэ, одышка в покое (26 дыханий в минуту), выраженные

отеки ног. В легких дыхание везикулярное, ниже угла лопаток с обеих сторон влажные хрипы. Область сердца не изменена. Пальпаторно в области сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца: правая - на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя - нижний край второго ребра. При аускультации сердца обнаружена мерцательная аритмия, тоны сердца приглушены, в положении больного на левом боку с задержкой дыхания на фазе выдоха определяется диастолический шум. ЧСС - 86 в минуту, пульс- аритмичный. АД - 110/80 мм.рт.ст. Печень увеличена до уровня пупка, умеренной плотности, болезненная. Селезенка не увеличена.

Инструментальное обследование.

ЭКГ: мерцательная аритмия. Вертикальное положение электрической оси сердца.

Признаки гипертрофии правого желудочка.

При эхоКГ: отмечается увеличение размеров ЛП до 60 мм и ПЖ, одностороннее платообразное движение створок МК, их куполообразное выбухание.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. Определите тактику ведения данного больного.

13. Больная 38 лет, поступила по поводу недавно выявленной не леченной артериальной гипертензии. Жалобы на головную боль, мышечную слабость, парестезии в конечностях, повышенную жажду. В анамнезе: хронические запоры, острый пиелонефрит 4 года назад. Объективно: масса тела - 58 кг, рост - 168 см. АД лежа - 165/105 мм рт.ст.; стоя - 150/100 мм рт. ст. Пульс - 84 в минуту, редкие экстрасистолы. Диурез - 3 л.

Анализ крови и мочи без особенностей. Натрий крови - 166 ммоль/л, калий - 2,7 моль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевая кислота - 0,23 ммоль/л, белок - 69 г/л.

Назначено лечение: метопролола тартрат 25 мг 2 раза в день, гипотиазид 25 мг/сут.

ВОПРОСЫ:

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Какие дополнительные исследования показаны для уточнения диагноза?
- 3) Ваши рекомендации по лечению?

14. Больной 60 лет был направлен в кардиологическую клинику в связи с появлением в последние два месяца одышки при физической нагрузке. Одышка стала возникать после эпизода продолжительной и интенсивной боли в грудной клетке в покое. В анамнезе течение 5-ти лет страдает артериальной гипертензией, в связи с чем принимает индапамид в дозе 2,5 мг в сутки. Больной ежедневно выкуривает по 10 сигарет в день. Наследственный анамнез больного отягощен по ИБС.

Клиническое обследование. При осмотре - ожирение по центральному типу, липоидная

дуга на роговице. Верхушечный толчок не смещен, усилен. При аускультации сердца шумов и дополнительных сердечных тонов не выявлено. ЧСС- 80 ударов в минуту, АД- 170/100 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Лабораторное обследование. Анализ мочи без патологических изменений. Уровень

мочевины и креатинина сыворотки крови в пределах нормы, уровень калия -4,3 ммоль/л. Уровень мочевой кислоты — 0,48 ммоль/л, глюкоза — 13 ммоль/л, общий холестерин — 7,2 ммоль/л. липопротеиды низкой плотности - 5,7 ммоль/л, триглицериды - 5,4 ммоль/л. Инструментальное обследование. ЭКГ в покое.

При рентгенографии органов грудной клетки размеры сердца были в пределах нормы.

При выполнении эхоКГ выявлено следующее: толщина МЖП-15 мм, толщина ЗСЛЖ-13 мм, ФВ-40%, акинезия передневерхушечного сегмента.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения данного больного.
3. Какая антигипертензивная терапия будет приоритетной у данного больного.

15. Больной 42 лет, вызвал СМИ в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1.5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания.

При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс 128 в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст., на вдохе АД снижается на 20 мм. рт. ст. Печень +4 см, чувствительная при пальпации. Представлена ЭКГ больного.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз.
2. С чем связано развитие синкопального состояния?
3. Тактика обследования и лечения

16. Дежурный врач в 21 час срочно вызван в палату к больному 56-ти лет. Больного периодически беспокоили перебои в работе сердца и одышка при физической нагрузке. Отмечалось повышение артериальное давление до 180/90 мм.рт.ст.

Данные эхоКГ: ЛП-39 мм, конечный диастолический размер ЛЖ-52 мм, ФВ-59%, МЖП-16

мм, ЗСЛЖ-14 мм, выявлена диастолическая дисфункция.

Вечером чувствовал себя плохо, так как участились перебои в работе сердца, не мог долго

заснуть. В присутствии вызванной сестры внезапно стал метаться в постели, а затем потерял сознание. Объективно: больной без сознания, цианоз покровов, пульс на лучевой и

сонной артериях не прощупывается, артериальное давление не определяется, сердечные тоны не выслушиваются, зрачки расширены.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз,
2. Необходимые мероприятия первой помощи.
3. Дальнейшая лечебная тактика.

17. Больная 65 лет, вызвала СМП на дом в связи с жалобами на сердцебиение. В анамнезе на протяжении 5 лет 3-4 приступа сердцебиения продолжительностью до 30 минут, проходившие самостоятельно. К врачу не обращалась.

При осмотре состояние удовлетворительное. Признаков нарушения кровообращения нет. Тоны сердца приглушенны, ритм правильный, 150 в минуту. АД - 110/60 мм рт. ст.

Врачом

приступ расценен как пароксизм наджелудочковой тахикардии, начато в/в введение новокаинамида. После введения полной дозы - резкое ухудшение состояния: слабость, бледность, холодный пот, тошнота. ЧСС - 300 в минуту. АД - 80/40 мм рт. ст.

ВОПРОСЫ:

1. Ваше Мнение о нарушении ритма у больной
2. В чем причина развившегося ухудшения состояния?
3. Ваши мероприятия

18. Больной 54 лет длительно (в течение 2-х лет) принимает пропафенон в дозе 450 мг в сутки с целью профилактики пароксизмальной фибрилляции предсердий. Внезапно развилось ухудшение состояния: появилась слабость, головокружение, сменившиеся потерей сознания.

Объективно: бледность кожных покровов, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 200 в минуту, АД 60/20 мм. рт. ст.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз
2. Причина данного нарушения ритма

3. Тактика неотложной терапии и дальнейшего ведения больного.

19. Больной 28 лет. С раннего детства, со слов матери, в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящий болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСО = 80 уд\мин., АД = 120Х80 мм рт ст. При аусcultации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по

органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ с

систолической нагрузкой.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см. КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см.

Определяется

систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие

правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной

турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

20.Юноша 16 лет. Был госпитализирован в БИТ с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия.

Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантоматозом ахилловых сухожилий и кеантелазм на коже век впервые был проведен анализ атерогенных липидов в крови, который показал высокий уровень общего холестерина. С 15 лет беспокоят приступы стенокардии напряжения. При обследовании в отделении в крови общий холестерин 21,1 ммоль\л, холестерин ЛПВП - 0,57 ммоль\л, триглицериды 1,8 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз с учетом известной информации.
2. Какие методы лечения следует применить в данном случае?

21.Мужчина 39 лет. В течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются.

При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод

элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, желудочковая

экстрасистолия.

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

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных

2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима

22. Мужчина 48 лет. В связи со стабильной стенокардией напряжения (II ФК) и гиперлипидемией НА типа регулярно принимает следующие препараты: бетаксолол 20 мг в сутки, триметазидин 3 таблетки в сутки, аспирин 100 мг на ночь и аторвастатин 40 мг на ночь. На этой терапии отмечает хороший антиангинальный эффект, в крови достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль\л, повышение холестерина ЛПВП с 0,75 до 1,1 ммоль\л. Однако, в течение месяца отмечает появление болей постоянного характера в нижних конечностях, сопровождающихся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина появления вышеописанных жалоб?
2. Какое исследование следует провести для уточнения генеза мышечных болей?

23. Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.). Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт ст., АД на нижних конечностях 160/100

мм рт ст. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум с максимумом при

auscultации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭхоКГ: ЛП = 3,2 см, КДР = 5,0 см, КСР = 3,2 см, Тмжп = 1,2 см, Тзс = 1,1 см, клапанный аппарат

интактен, кровоток по дуге аорты ускорен до 2,4 м/сек.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

24. Мужчина 75 лет. В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160Х70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

25. Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба

по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в

положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110/70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

26. Мужчина 75 лет. В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160/70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда. ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

27. Мужчина 49 лет. Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аусcultации сердца стал выслушиваться грубый панцистолический шум на верхушке и в точке Боткина. ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

28.Мужчина 60 лет. Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: синусовый ритм, патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), эноксапарином п/к (первые пять суток), получал зофеноприл, метопролол, клопидогрел и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с

правосторонним гемипарезом.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения?
3. Тактика лечения.

29.Женщина 53 лет. В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато.

ЧСС = 58 уд/мин.. АД = 140/90 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Тolerантность к физической нагрузке средняя.

Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль\л. В остальном - без

особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

30.Мужчина 59 лет. В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал конкор 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день, аторвастатин 20 мг в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное

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

ВОПРОСЫ:

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

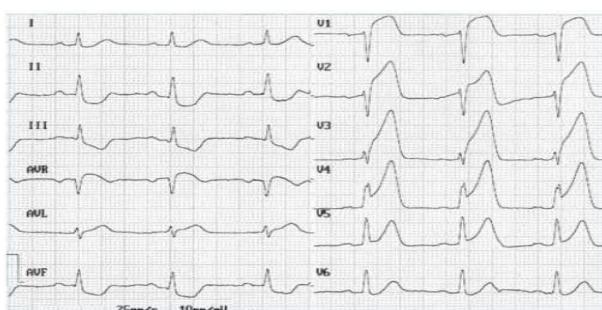
31. Мужчина, 52 года, доставлен в клинику бригадой СМП с жалобами на боль в груди жгучего характера с иррадиацией в левую руку, нижнюю челюсть, холодный пот, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы возникли после перенесенного стресса на работе, последние два года пациент отмечал загрудинные боли при значительной физической нагрузке, значение этому не придавал, к врачам не обращался. Пациент страдает от артериальной гипертензии около 4х лет, отмечает эпизоды повышения артериального давления до 190/110 мм рт. ст., лекарственных препаратов не принимает. Семейный анамнез: не отягощен

При осмотре: состояние тяжелое. ИМТ – 34 кг/м². Окружность талии – 110 см, окружность бедер – 105 см. Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 110 уд/мин., АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, при пальпации безболезненны, сатурация 98%.

В анализах: общий холестерин – 7,2 ммоль/л, ТГ 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП 0,6 ммоль/л, ХС-ЛПНП 4,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,9 ммоль/л; креатинин 76 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 100 мл/мин.

В приемно-диагностическом отделении пациенту была снята электрокардиограмма:



1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой антиагрегантный препарат/препараты рекомендованы данному пациенту. Обоснуйте свой выбор.

5. При проведении коронарной ангиографии была обнаружена окклюзия передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в медиальном сегменте. Пациенты было проведено стентирование с использованием голометаллического стента. Дайте Ваши рекомендации относительно продолжительности двойной антитромботической терапии. Какие группы лекарственных препаратов Вы рекомендуете данному пациенту в условиях стационара. Обоснуйте Ваш выбор.

32. Женщина, 75 лет, доставлена в клинику бригадой СМП с жалобами на боль в груди давящего характера, умеренной интенсивности, без иррадиации, одышку высокой интенсивности, на снижение артериального давления до 70/50 мм рт. ст., общую слабость.

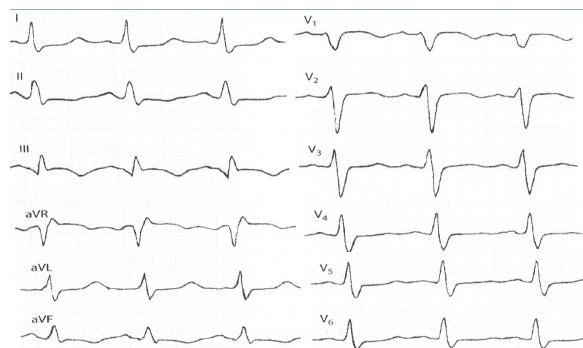
Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы возникли внезапно на фоне полного благополучия (пациентка работала в саду). Пациентка страдает от артериальной гипертензии около 10 лет, регулярно принимает: кардиомагнил 75 мг, лизиноприл 10 мг, амлодипин 5 мг, бисопролол 2,5 мг. На фоне проводимой гипотензивной терапии цифры АД при проведении самоконтроля находятся в пределах 120-130/80 мм рт. ст., последние 3 года отмечает одышку инспираторного характера при ходьбе на 300 м, подъеме на 3 этаж, 8 лет назад перенесла ОНМК (ишемический инсульт в бассейне правой среднемозговой артерии), около 5 лет страдает от хронической венозной недостаточности: варикозной болезни обеих нижних конечностей. Сосудистым хирургом было предложено оперативное вмешательство, от операции отказалась. Новообразование сигмовидной кишки в анамнезе. Семейный анамнез: мать страдала гипертонической болезнью, отец умер в 75 лет от ОНМК.

При осмотре: состояние тяжелое. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 120 см, окружность бедер – 115 см. Кожные покровы чистые, цианоз головы, шеи. В легких дыхание везикулярное, справа в средних и нижних отделах несколько ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, систолический шумы на аорте. ЧСС 120 уд/мин., АД 70/50 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, при пальпации безболезненны, синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает отек, цианоз правой голени, болезненность при пальпации.

В анализах: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ТГ 2,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП 3,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,5 ммоль/л; креатинин 70 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 73 мл/мин, D-димер 2554 нг/мл, Тропонин I – 9 нг/мл.

Данные инструментальных исследований: SatO₂ 87%

В приемно-диагностическом отделении пациентке была снята электрокардиограмма:



Предположите наиболее вероятный диагноз.

1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
3. Какие препараты из группы антикоагулянтов рекомендованы данной пациентке, представьте алгоритм их применения. Обоснуйте свой выбор.

33. К врачу кардиологу обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную

температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - дующий систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

34. Врач вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39⁰С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

35. На прием кардиолога обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аусcultации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

36. Врач вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего

возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

37. К фельдшеру обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

38. К кардиологу обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

39. Врач вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался.

Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

40. К кардиологу обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

41. Больной В., 44 лет, обратился к кардиологу с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев..

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст.. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

42. Врача кардиолога вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8⁰С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

43. Больная К., 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4⁰С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушенны. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

44. К врачу в медсанчасть обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушенны. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голенях.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.

45. Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40⁰С, сопровождающееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности,

длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м². Температура тела - 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка - систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на a. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен S. aureus, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: Размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Триkuspidальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и $1,11 \times 0,89$ см; характер движения створок разнонаправленный, триkuspidальная регургитация III-IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

46. Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать - 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец - умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост - 168 см, вес - 90 кг, ИМТ - 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго

тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКДЕПИ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

47. Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

48. Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области,

сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи.

На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

49. Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке.

Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает нитроглицерин для купирования болей, кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см внутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушенны, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

ЭхоКГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушений локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронарография: стеноз верхней трети левой коронарной артерии - 80%, средней трети огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.

3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

50. Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая - у правого края грудины IV межреберье, верхняя - III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды - 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности - 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

51. В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы 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. Неделю 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 крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой срединно-ключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аусcultации. 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 - 4,0×10⁹ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии.

ЭхоКС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция

выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

52. Мужчина 52 лет госпитализирован с приема в поликлинике с жалобами на лихорадку до 39,5°C, 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. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39 °C с ознобом.

При осмотре: Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5°C. 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 аусcultации 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 10 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 - sistолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара 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, длинико - 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 $1,0 \times 0,8$ см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Какое самое главное дополнительное исследование необходимо выполнить больному для уточнения диагноза?
4. Назовите основные принципы лечения больного и показания к хирургическому лечению.
5. Какие меры и кому должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания?

53. Пациент 39 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику 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 $37,4^{\circ}\text{C}$. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось.

Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аусcultации: 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с карведилолом?
5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

54. Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы 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 аусcultации 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. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента.
4. Определите тактику лечения.

55. Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.

56. Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления 12 головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купировавшиеся врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышениях АД выше 170/100 мм рт. ст. принимала каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

При осмотре: АД - 220/130 мм рт. ст., ЧСС - 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, трепет, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
5. Определите тактику лечения.

57. Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались.

Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД.

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смешена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край ее плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голеней.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
3. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
4. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

58. В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какова тактика врача в данной ситуации?
3. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
4. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

59. Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-кардиологу 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 физической 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. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

60. Больной Ф. 78 лет вызвал врача-кардиолога на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аусcultации дыхание жесткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9×8×7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение

антикоагулянтов у данного больного?

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию

		об устойчиво закрепленном практическом навыке сформированной на высоком уровне.
--	--	---

Критерии оценивания форм контроля.

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений,	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	---	--	--

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

