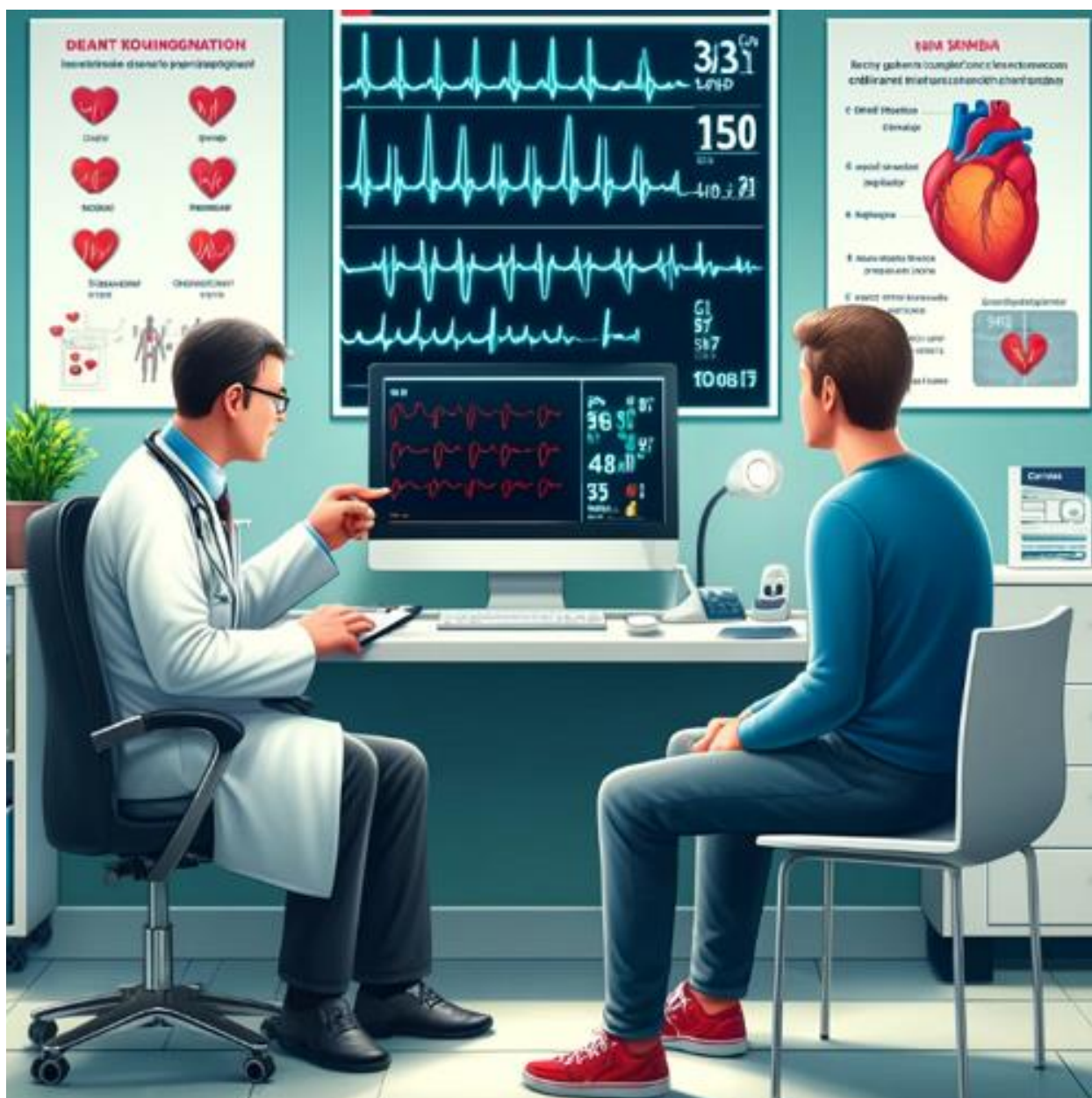


Кардиология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/kardio/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет, служащий, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов).

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли в грудной клетке при физической нагрузке появились около 2-х лет назад, купировались самостоятельно после прекращения нагрузки. Кроме этого, в последние полгода стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, масса тела – 93 кг, ИМТ=29 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: пальпируется перешеек щитовидной железы. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Результаты инструментальных методов обследования

План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и

- суммы баллов по шкале SCORE
- суммы баллов по шкале TIMI
- суммы баллов по шкале GRACE
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

Основной диагноз пациента следующий

- суммы баллов по шкале SCORE
- суммы баллов по шкале TIMI
- суммы баллов по шкале GRACE
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

У пациента + _____ + функциональный класс стенокардии

- 1
- 3
- 4
- 2

У пациента предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 32%. На основании этого следует его

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на дополнительные неинвазивные визуализирующие тесты
- направить на дополнительные инвазивные исследования

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК
- пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению
- всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО
- пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациенту рекомендуется назначить

- бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

- мельдоний
- ивабрадин
- триметазидин

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту рекомендуется назначить

- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах
- дипиридамол
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Для профилактики ССО пациенту рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л

- <1,0
- <2,8
- <3,8
- <1,4

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений

У пациента

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), купирующуюся приемом нитратов в течение 2-х минут, на одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет отмечает загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа, по поводу чего постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время – метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. (цифры АД по данным предоставленного пациенткой дневника самоконтроля, в пределах от 170/100 мм.рт.ст. до 165/95 мм.ртст.)

Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение последних 2 недель, когда стала нарастать одышка при физической нагрузке, появились отеки ног.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * На пенсии с 65 лет, работала продавцом.
- * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- увеличить массу тела

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз у данного пациента

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений

У пациентки _____ функциональный класс стенокардии

- 1
- 4
- 2
- 3

Фоновым заболеванием является

- ГБ 3 стадии, АГ 3 степени, очень высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 3 степени, высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска

Терапия сахарного диабета у пациентки

- должна быть заменена на инсулин
- должна быть усилена
- не требует коррекции
- может быть прекращена

В качестве антиишемической терапии пациентке рекомендуется назначить

- комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция
- мельдоний
- ивабрадин
- триметазидин

Целевое значение ЧСС у пациентки составляет _____ ударов в минуту

- более 80
- менее 50
- 65-70
- 55-60

**Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС
рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП
_____ ммоль/л**

- <1,4
- <3,4
- <2,8
- <1,8

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациентке при

- недостижении целевых уровней холестерина
- неконтролируемой АГ
- неэффективности оптимальной медикаментозной терапии
- отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения

**Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и
легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать**

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Согласно индексу массы тела у данной пациентки выявляется

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания

Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 160/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

- * Образование высшее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.
- * Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.
- * Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Окружность талии – 86 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента следующий

- увеличить массу тела
- снизить массу тела

- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

У пациентки + _____ + стадия ГБ

- 3
- 0
- 2
- 1

У пациентки + _____ + степень АГ

- 2
- 1
- 3
- изолированная систолическая

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- средний
- высокий
- очень высокий
- низкий

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

- TIMI
- GRACE
- SCORE
- CHA2DS2-VASc

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке необходимо рекомендовать

- интенсивные физические нагрузки
- увеличение массы тела
- снижение массы тела
- избегать переохлаждений

Больной следует назначить

- монотерапию диуретиками
- монотерапию бета-адреноблокаторами
- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов
- комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов

Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст.

- 130/80
- 150/90
- 140/85
- 150/85

Больной рекомендуется

- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, для исключения остеопороза больной необходимо выполнить

- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на нестабильное артериальное давление (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент около 6 лет страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст.; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,8 кг/м². Окружность талии –

106 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

У пациента _____ стадия ГБ

- 0
- 1
- 2
- 3

У пациента _____ АГ

- 1 степень
- 3 степень
- изолированная систолическая
- 2 степень

У пациента _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- очень высокий
- низкий
- средний
- высокий

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить в моче уровень

- мочевины
- билирубина
- альбумина
- щелочной фосфатазы

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП

- С3b, A2
- С3b, A3
- С3a, A1
- С3a, A2

Антигипертензивную терапию следует начать с

- монотерапии бета-адреноблокаторами
- монотерапии диуретиками
- комбинации 2-х антигипертензивных препаратов
- комбинации 3-х антигипертензивных препаратов

В схему лечения необходимо включить

- бета-адреноблокаторы
- блокаторы РААС
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

У пациента имеются признаки

- выполнять интенсивные физические нагрузки

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет, учительница средней школы, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 155/95 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, антигипертензивную терапию не получала. В настоящее время беременность 16 недель, последний месяц АД в пределах 150/85-155/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать с 60-ти лет страдает АГ, отец в 52 года перенес инфаркт миокарда.
- * Гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1. Во время первой беременности часто отмечались повышенные цифры АД.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 160 см, масса тела – 66 кг (до беременности – 63 кг), ИМТ=24,6 кг/м² (до беременности). Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- снизить массу тела

- избегать переохлаждений

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

У пациентки + _____ + стадия ГБ

- III
- I
- II
- 0

У пациентки + _____ + степень АГ

- 1
- изолированная систолическая
- 2
- 3

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- низкий
- очень высокий
- средний
- высокий

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

- CHA2DS2-VASc
- TIMI
- SCORE

- GRACE

Пациентке следует рекомендовать

- ограничить потребление соли
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Больной следует назначить

- лозартан
- спиронолактон
- метилдопу
- рамиприл

Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст.

- 150/85
- 140/90
- 150/90
- 140/85

Больной показана/показано

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар

Учитывая уровень гемоглобина, больному необходимо назначить

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования

капель Вотчала. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпироном, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст.

Также из анамнеза известно, что 3 года назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее, из служащих.
- * На пенсии с 65 лет.
- * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост – 176 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 33,14 кг/м², ОТ – 108 см. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар

У пациента + _____ + стадия ГБ

- 0
- 1
- 3
- 2

У пациента + _____ + степень АГ

- изолированная систолическая
- 3
- 2
- 1

У пациента + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- низкий
- средний
- высокий
- очень высокий

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень

- мочевины
- щелочной фосфатазы
- альбуминурии
- билирубина

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП

- С2, А1
- С3а, А1
- С2, А2
- С3а, А2

Целевым для пациента является АД < + _____ + мм рт.ст.

- 150/85
- 140/90
- 140/80

- 150/90

Пациенту следует

- уменьшить антигипертензивную терапию
- уменьшить сахароснижающую терапию
- увеличить сахароснижающую терапию
- увеличить антигипертензивную терапию

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.

- * На пенсии с 65 лет.
- * Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.
- * Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

У пациентки + _____ + степень АГ

- 3
- 2
- 1

- изолированная систолическая

Для выявления заболевания почек и оценки сердечно-сосудистого риска пациентке необходимо определить уровень

- щелочной фосфатазы
- билирубина
- мочевины
- микроальбуминурии

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

- С3а, А2
- С3b, А2
- С3а, А1
- С3b, А1

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- очень высокий
- средний
- низкий
- высокий

Больной необходимо

- назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами
- провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии
- назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва
- провести бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии

Целевым для пациентки является АД < + _____ + мм рт.ст.

- 140/85
- 150/85
- 135/75
- 150/90

Больной следует

- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС
- уменьшить дозы антигипертензивных средств
- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков

- сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии

Больной рекомендуется

- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в терапевтический стационар
- госпитализация в кардиологический стационар
- лечение в амбулаторных условиях

После купирования обострения хронического пиелонефрита пациентке показана

- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в терапевтический стационар
- госпитализация в кардиологический стационар
- лечение в амбулаторных условиях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом

Жалобы

на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую как при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), так и в покое, купирующуюся приемом нитратов, одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличилась их интенсивность и длительность, стала нарастать одышка, появились отеки ног. Последний приступ ангинозных болей накануне вечером, длительность более 20 минут.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * На пенсии с 65 лет, работала продавцом.
- * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

* Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет.

* Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 68 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в терапевтический стационар
- госпитализация в кардиологический стационар
- лечение в амбулаторных условиях

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- V7-V9
- V3R и V4R
- по Лиану
- по Нэбу

Больную необходимо

- вести в амбулаторных условиях
- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга
- направить на консультацию врача-кардиолога

Предварительный диагноз пациентки

- ОКСбпСТ
- ОКСпСТ
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.

У пациентки ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа не выявил повышения уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больной при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основной диагноз пациентки

- ОКСбпСТ
- ОКСпСТ
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.

Для определения тактики ведения пациентки необходимо оценить риск по шкале

- SCORE
- GRACE
- CHA2DS2-VASc
- TIMI

У пациентки сумма баллов по шкале GRACE равна 102. Учитывая наличие в анамнезе СД, ее следует отнести к группе + _____ + риска неблагоприятного исхода

- умеренного (промежуточного)
- низкого
- очень высокого
- высокого

Больной в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антитромбоцитарную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- ивабрадин
- триметазидин
- мельдоний
- бета-адреноблокатор

Коронароангиографию (КАГ) с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда пациентке следует провести + _____ + после госпитализации

- в первые 2 часа

- в первые 24 часа
- в течение 72 ч
- немедленно

Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациентке в течение + ____ + месяцев

- 1
- 24
- 12
- 6

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке следует рекомендовать

- 1
- 24
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет, кассир, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на загрудинные боли давящего характера при обычной физической нагрузке с иррадиацией в левую лопаточную область, купирующиеся самостоятельно в покое в течение 5-10 минут или при приеме валокардина, на постоянный дискомфорт в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 45 лет страдает артериальной гипертонией (макс. АД до 190/100 мм рт.ст.), в последнее время принимает эналаприл 20 мг/сут., индапамид 2,5 мг, АД в пределах 130-140/80-85 мм рт.ст. В течение последних 2 лет стала отмечать боли давящего характера в загрудинной области с иррадиацией в левую лопатку, возникающие при обычной физической нагрузке (быстрая ходьба, подъем по лестнице больше 2-х пролетов и в гору). В течение месяца снизилась толерантность к физическим нагрузкам, в связи с чем, пришла на прием к врачу.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать 86-ти лет страдает ИБС, АГ; отец умер от цирроза печени.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 158 см, масса тела – 92 кг, ИМТ=36,8 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без видимой патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: не пальпируется. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- 1
- 24
- 12
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1
- 24
- 12
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

План дальнейшего обследования и лечения больной строится, исходя из полученных первичных данных и

- суммы баллов по шкале GRACE
- суммы баллов по шкале SCORE
- суммы баллов по шкале TIMI
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 16%. На основании этого следует

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на коронароангиографию
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования

Пациентке выполнен тредмил-тест. Проба положительная.

Основной диагноз пациентки

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на коронароангиографию
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования

У пациентки _____ функциональный класс стенокардии

- 2
- 3
- 4
- 1

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

-
- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК
 - всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО
 - пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению
 - пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациентке рекомендуется назначить

- бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция
- мельдоний
- триметазидин
- ивабрадин

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

- дабигартран
- курантил
- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах
- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Для профилактики ССО пациентке рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \ _____ ммоль/л

- <3,8
- <2,8
- <1,0
- <1,4

Помимо отказа от курения и назначения диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке следует рекомендовать

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

У пациентки

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на боль за грудиной давящего характера с иррадиацией в шею, левую половину грудной клетки и плечевого пояса при прохождении до 500 м в умеренном темпе, проходящую в покое или после приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 60-летнего возраста, когда впервые стал отмечать за грудиной давящие боли при значительной физической нагрузке, проходившие в покое. Последние 2 года боли стали возникать при незначительной физической нагрузке – ходьба до 500 м. Отмечает ухудшение состояния в течение 1,5 месяцев, когда приступы стенокардии стали возникать чаще. На фоне терапии нитратами, бисопрололом, эналаприлом, аспирином существенного улучшения состояния не отмечает.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * На пенсии с 68 лет, работал инженером.
- * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.
- * Аллергологический анамнез неотягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 187 см, масса тела – 84 кг, ИМТ=24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 65 ударов в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела

У пациента _____ функциональный класс стенокардии

- 3

- 4
- 1
- 2

Учитывая отсутствие выраженного эффекта от медикаментозной терапии, пациенту показана

- сцинтиграфия миокарда
- инвазивная коронароангиография
- стресс-эхокардиография
- магнитно-резонансная томография

По данным коронароангиографии у пациента в правой коронарной артерии выявлен стеноз до 95% на границе среднего и дистального сегментов, в связи с чем выполнена ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии стентом с лекарственным покрытием. После проведения чрескожного коронарного вмешательства пациенту показана терапия

- пентоксифиллином
- дабигатраном
- ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом
- низкомолекулярным гепарином

Двойную антиагрегантную терапию при отсутствии признаков кровотечения у пациента следует проводить в течение + _____ + месяцев

- 3
- 6
- 24
- 1

В качестве антиишемической терапии пациенту рекомендуется назначить

- ивабрадин
- комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция
- мельдоний
- триметазидин

Целевым значением ЧСС у пациента является значение + _____ + ударов в минуту

- 60-70
- менее 50
- 70-80
- 50-60

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС
рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП
+ _____ + ммоль/л

- <3,8
- <1,0
- <1,4
- <2,8

Пациенту показана диета для снижения уровня + _____ + крови

- мочевой кислоты
- билирубина
- глюкозы
- общего холестерина

У пациента СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 59 мл/мин/1,73 м², что
соответствует категории ХБП

- мочевой кислоты
- билирубина
- глюкозы
- общего холестерина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на жгучие боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе более 500 метров, купирующиеся после 5-10 минутного отдыха, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 150/90 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. В дальнейшем АД стало подниматься до 170/100 мм рт.ст., в качестве антигипертензивной терапии получала валсартан 80 мг 2 р/сут. В течение последнего года присоединились боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 500 м в быстром темпе.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * Работает медицинской сестрой.
- * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 50-ти лет страдает АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 52 лет.

* Вредные привычки: курит более 20 лет по 3-5 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 25,2 кг/м². ОТ – 84 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- мочевой кислоты
- билирубина
- глюкозы
- общего холестерина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- мочевой кислоты
- билирубина
- глюкозы
- общего холестерина

Результаты инструментальных методов обследования

План дальнейшего обследования и лечения больной строится, исходя из полученных первичных данных и

- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС
- суммы баллов по шкале TIMI
- суммы баллов по шкале GRACE
- суммы баллов по шкале SCORE

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 47%. На основании этого следует

- направить на стресс-ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест)

- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца
- направить на обследование для выявления некардиальных причин клинических симптомов

По данным стресс-ЭКГ проба с физической нагрузкой положительная. Больной назначена антиишемическая терапия бисопрололом. Через месяц от начала терапии состояние не улучшилось, сохраняются боли ангинозного характера при умеренной физической нагрузке. Пациентке показана

- сцинтиграфия миокарда
- магнитно-резонансная томография
- стресс-эхокардиография
- инвазивная коронароангиография

По результатам коронароангиографии гемодинамически значимых стенозов в коронарных артериях не выявлено. Основной диагноз пациентки

- сцинтиграфия миокарда
- магнитно-резонансная томография
- стресс-эхокардиография
- инвазивная коронароангиография

Фоновым заболеванием является

- Гипертоническая болезнь 2 стадии. Артериальная гипертензия 2 степени, высокого риска
- Гипертоническая болезнь 3 стадии. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокого риска
- Гипертоническая болезнь 3 стадии. Артериальная гипертензия 2 степени, очень высокого риска
- Гипертоническая болезнь 2 стадии, Артериальная гипертензия 3 степени, высокого риска

Целевым значением ЧСС у пациентки является значение + ____ + ударов в минуту

- 60-70
- менее 50
- 55-60
- 70-80

Учитывая сохранение симптомов стенокардии на фоне терапии бета-адреноблокатором, пациентке необходимо включить в схему лечения также

- мельдоний
- эмоксипин
- никорандил
- ивабрадин

Целевым для пациентки является АД < _____ мм рт.ст.

- 140/85
- 130/80
- 150/90
- 150/85

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке показан прием

- ацетилсалициловой кислоты в высоких дозах
- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

Для изменения образа жизни пациентке рекомендовано

- ацетилсалициловой кислоты в высоких дозах
- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 год, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся потрясающим ознобом, потливость, выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В детстве у врача-ревматолога не наблюдался, в течение всей жизни физические нагрузки переносил хорошо. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт.ст., с этого времени достаточно регулярно принимает энап 10 мг утром и атенолол 25 мг утром, АД на этом фоне в пределах 135-140/90 мм рт.ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью,

ломотой в мышцах и суставах. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через месяц – повторное повышение температуры тела до 39°C максимально. Самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановая кислота в течение 5 дней с эффектом. Через 8 недель вновь повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом на высоте лихорадки, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и суставах. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает, больничный лист не открывался.
- * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный, на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на коже ладоней и стоп безболезненные петехиальные высыпания диаметром 1-4 мм. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, там же выслушивается диастолический шум. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- ацетилсалициловой кислоты в высоких дозах
- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ацетилсалициловой кислоты в высоких дозах
- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

Результаты инструментальных методов обследования

В данном случае наиболее вероятным диагнозом пациента является

- ацетилсалициловой кислоты в высоких дозах
- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах

**По характеру течения у пациента признаки + _____ +
инфекционного эндокардита**

- острого
- рецидива
- ремиссии
- подострого

Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- Lown
- NYHA
- Killip
- Duke

Для подтверждения диагноза инфекционный эндокардит при отсутствии изменений или неинформативности эхокардиографии всем пациентам необходимо провести

- электрокардиографию
- обзорную рентгенографию
- чреспищеводную эхокардиографию
- сцинтиграфию

Всем пациентам перед хирургическим вмешательством и для диагностики «немых» форм церебральных осложнений необходимо провести

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- электроэнцефалографию головного мозга
- внутрисосудистую эхокардиографию

Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите нативного клапана проводится не менее + _____ + недель

- 8-12
- 6-8
- 1-2
- 2-6

Раннее оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с ИЭ при

- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

- уменьшении числа вегетаций
- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- при нормализации температуры тела

Период реабилитации с возможностью возобновления трудовой деятельности составляет минимум

- 1 неделю
- 2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

У пациентов с высоким риском рекомендуется проведение + _____ + для уменьшения риска развития инфекционного эндокардита

- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии
- противовоспалительной терапии

К группе риска по развитию инфекционного эндокардита следует отнести

- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии
- противовоспалительной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в за грудиной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длящуюся более 20 минут.

Анамнез заболевания

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни.
- * Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: курит в течение 40 лет по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности.

Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту.

В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии
- противовоспалительной терапии

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- по Лиану
- по Нэбу
- V3R и V4R
- V7-V9

Больного необходимо

- направить на консультацию врача-кардиолога
- вести в амбулаторных условиях
- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга

Предварительный диагноз пациента

- ОКСбпST
- ОКСпST
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основной диагноз пациента

- ОКСбпСТ
- ОКСпСТ
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

- TIMI
- SCORE
- CHA2DS2-VASc
- GRACE

Пациент относится к группе высокого риска неблагоприятного исхода. Пациенту показано/показана

- коронароангиография с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда
- консервативная терапия
- коронарное шунтирование
- тромболитическая терапия

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 250 мг + прасугрел 60 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- бета-адреноблокатор
- триметазидин
- мельдоний
- ивабрадин

Пациенту показано назначение гиполипидемической терапии ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы или его сочетания с эзетимибом/алирокумабом или эволокумабом для достижения целевого уровня ХС ЛНП < + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 2,8
- 2,4
- 1,4

Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациенту в течение + _____ + месяцев

- 12
- 1
- 24
- 6

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациенту следует рекомендовать

- 12
- 1
- 24
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 65 лет

Жалобы

- на периодические подъемы АД (по результатам самостоятельного измерения) до 175/100 мм рт. ст. в течение последних 2 месяцев на фоне постоянной антигипертензивной терапии, сопровождающиеся головной болью, головокружением, шумом в ушах.
- на общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез заболевания

- В 36 лет во время второй беременности была нефропатия (повышение АД до 140/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей). Лечение не проводилось.
- С 45 лет эпизодически стало повышаться АД до 140/90 мм рт. ст. Максимальное АД - 175/100 мм рт. ст. (по данным дневника пациентки).
- В 2014 г. в связи с частыми подъемами АД начала принимать лозартан в дозе 50 мг/сут.
- В последние годы лечилась нерегулярно. 2 месяца назад вновь стала отмечать появление головной боли и подъемы АД при перемене погоды, стрессах, при которых ситуационно принимала валокордин, валидол, анальгетики без выраженного эффекта.
- Постоянно у врача не наблюдается, госпитализаций не было.
- Кроме того, отметила увеличение массы тела за последние 3 года.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.

- Работала бухгалтером, в настоящее время - пенсионерка.
- Перенесённые заболевания: хронический гастрит вне обострения.
- Беременности – 2, роды – 2.
- Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, умерла от инсульта. Отец - страдал ИБС, перенес 2 острых инфаркта миокарда.
- Аллергоanamнез: не отягощен.
- Вредные привычки: нет.
- Диету с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров не соблюдает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Абдоминальное ожирение (окружность талии - 95 см), вес - 95 кг, рост – 165 см. Индекс массы тела (ИМТ) = $34,89 \text{ кг/м}^2$, Т тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечается пастозность голени. Больная эмоционально лабильна. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД - 170/100 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 12
- 1
- 24
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые инструментальные методы обследования для данной пациентки

- 12
- 1
- 24
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз

- 12
- 1
- 24
- 6

Диагноз

Сопутствующая патология, которая присутствует у пациентки, следующая

- дислипидемия; ожирение II степени
- ожирение II степени
- дислипидемия; избыточная масса тела
- дислипидемия; ожирение I степени

Критерием постановки диагноза АГ являются уровни САД (мм рт. ст.) \geq

- 135 и/или ДАД \geq 90
- 140 и/или ДАД \geq 100
- 150 и/или ДАД \geq 100
- 140 и/или ДАД \geq 90

Критериями 2-й степени АГ являются повышение САД и ДАД в диапазонах (мм рт. ст.)

- САД: 160-179, ДАД: 100-109
- САД: 160-180, ДАД: 90-105
- САД: 170-179, ДАД: 100-105
- САД: 160-170, ДАД: 90-100

Критериями 3-й степени АГ являются повышение САД (мм рт. ст.) \geq

- 170 и/или ДАД \geq 100
- 180 и/или ДАД \geq 110
- 190 и/или ДАД \geq 110
- 175 и/или ДАД \geq 115

II-я стадия ГБ определяется

- отсутствием изменений со стороны «органов-мишеней»
- наличием ассоциированных клинических состояний
- отсутствием изменений со стороны «органов-мишеней» и ассоциированных клинических состояний
- наличием одного или более признаков поражения «органов-мишеней»

К признакам гипертрофии левого желудочка сердца на ЭКГ относят индекс Соколова-Лайона _____ мм

- > 35
- < 30
- > 25
- > 30

Данной пациентке показаны

- петлевые диуретики; альфа-блокаторы
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ); дигидропиридиновые антагонисты кальция
- агонисты имидазолиновых рецепторов; бета-блокаторы
- нитраты; альфа-блокаторы

Немедикаментозные методы лечения АГ включают нормализацию массы тела (индекса массы тела, ИМТ) < \underline{\hspace{1cm}} кг/м²

- 35
- 25
- 40
- 30

Диагноз ожирения 1-й степени ставится на основании ИМТ \underline{\hspace{1cm}} кг/м²

- 35
- 25
- 40
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 40 лет.

Жалобы

- На эпизод внезапно развившегося удушья, потемнения в глазах и последующей потери сознания, после чего появилась одышка при привычных нагрузках

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым человеком, не обследовался и за медицинской помощью не обращался. Эпизод удушья и потери сознания развился на фоне привычной дневной активности. За неделю до возникновения жалоб пациент занимался в спортивном зале со штангой (непривычная для него нагрузка)

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает автослесарем.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, рецидивирующий тромбофлебит 1 год назад
- Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, отец – перенесенный тромбоз глубоких вен правого бедра.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, вес - 84 кг, рост – 187 см. Индекс массы тела (ИМТ) = 24,7 кг/м², Т тела 36,6°С. Кожные

покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. SpO₂ 95% при дыхании атмосферным воздухом. ЧСС 72 в мин. АД - 115/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- 35
- 25
- 40
- 30

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 35
- 25
- 40
- 30

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- 35
- 25
- 40
- 30

**Вероятность ТЭЛА у пациента по клиническим данным:
модифицированный индекс Geneva**

- низкая
- очень высокая
- средняя
- высокая

Патогномоничным изменением ЭКГ при ТЭЛА является паттерн

- дельта-волна на восходящем колене зубца R
- rSR в отведении V1
- депрессия сегмента PQ

- S1Q3

Оценка вероятности ТЭЛА у пациента по клиническим данным: индекс Wells

- очень высокая
- средняя
- высокая
- низкая

Проведение тромболитической терапии при острой ТЭЛА показано при

- илиофemorальном тромбозе
- повторной ТЭЛА
- кардиогенном шоке
- двусторонней ТЭЛА

Для продленной тромбопрофилактики используют _____ в сутки

- апиксабан 2,5 мг два раза
- аспирин 100 мг
- ривароксабан 15 мг два раза
- дабигатран 110 мг два раза

Продленная тромбопрофилактика показана при

- вторичной легочной гипертензии
- остром венозном тромбозе
- повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА
- известной генетической тромбофилии

Длительность антикоагулянтной терапии после первого эпизода венозной тромбоэмболии составляет не менее _____ месяцев

- 12
- 9
- 6
- 3

Анализ на D-димер проводят для

- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- оценки риска смерти в период госпитализации
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений

Магнитно-резонансная томография для диагностики ТЭЛА

- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- оценки риска смерти в период госпитализации
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет.

Жалобы

* На одышку при минимальной физической нагрузке, ощущения неритмичного учащенного сердцебиения, отеки нижних конечностей

Анамнез заболевания

* К врачу не обращался

* В течение последних 2х месяцев стали беспокоить перебои в работе сердца, появилась одышка и отеки нижних конечностей

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Пенсионер

* Перенесённые заболевания: холецистэктомия 5 лет назад, более 12 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 190/100 мм рт.ст., регулярно принимает Престариум 5 мг утром и Амлодипин 5 мг вечером.

* Наследственность: неотягощена.

* Аллергоанамнез: анальгин - крапивница.

* Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёки нижних конечностей до средней трети голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 90-115 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Для назначения терапии из лабораторных методов обследования необходимо провести

- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- оценки риска смерти в период госпитализации
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений

Результаты лабораторных методов обследования

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется определение уровня

- натрийуретических гормонов
- С-реактивного белка
- КФК МВ
- тропонина I

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования

- натрийуретических гормонов
- С-реактивного белка
- КФК МВ
- тропонина I

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз пациента

- натрийуретических гормонов
- С-реактивного белка
- КФК МВ
- тропонина I

Сопутствующая патология у пациента следующая

- Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь I стадии, 3 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени повышения АД

Шкала CHA₂DS₂-VASc используется для оценки

- риска кровотечения
- смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
- риска тромбоэмболических осложнений
- клинического состояния при ХСН

Шкала ШОКС используется для оценки

- риска инсульта
- смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
- риска кровотечения
- клинического состояния при ХСН

Терапия, рекомендованная всем больным симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка, включает

- антагонисты кальция, антиаритмики I A класса

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторы и антагонисты альдостерона
- ингибиторы I_Fканалов в синусовом узле, гормоны щитовидной железы и триметазидин
- антагонисты кальция, антиаритмики IС класса

Для больных хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса и сниженной фракцией выброса левого желудочка применение + _____ + может быть опасно, и не рекомендовано

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- статинов
- непрямых антикоагулянтов
- ингибиторов протонной помпы

Наличие тромба в ушке левого предсердия предусматривает

- восстановление синусового ритма введением кордарона
- назначение антикоагулянтной терапии
- назначение ацетилсалициловой кислоты
- восстановление синусового ритма электроимпульсной терапией

При лечении антагонистами витамина К необходимо оценивать

- международное нормализованное отношение (МНО)
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- антитромбин III

В плановое обследование пациентов с фибрилляцией предсердий в рамках диспансерных осмотров рекомендуется включать ЭКГ в 12 отведениях не реже + _____ + раз/раза в год

- международное нормализованное отношение (МНО)
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- антитромбин III

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратился мужчина 36 лет

Жалобы

* На постоянное повышение артериального давления, максимально до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к 150/90 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, покраснением лица

- * На спонтанно возникающее ощущение жжения, покалывания, ползания мурашек в области верхних и нижних конечностей
- * На ощущение недомогания, слабости
- * Учащенное мочеиспускание, преимущественно в ночные часы

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит около полугода, впервые было выявлено случайно, при прохождении диспансеризации. Периодически возникавшие головные боли с гипертонией не связывал, однако в дальнейшем при самостоятельном измерении АД прослеживалась четкая взаимосвязь с повышением САД более 170 мм рт.ст. Точное время возникновения симптоматики парестезий и слабости указать не может, однако отмечает, что за последние три месяца произошло значительное снижение трудоспособности. В связи с этим обратился на консультацию к терапевту поликлиники. До обращения постоянную гипотензивную терапию не получал, при повышении артериального давления, сопровождавшемся головной, болью самостоятельно принимал капотен 25 мг под язык с умеренным положительным эффектом. На руках у пациента имеются данные общего анализа крови (без отклонений) и биохимического анализа крови (обращает на себя внимание снижение уровня калия крови до 2.5 ммоль/л).

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает врачом-травматологом в травмпункте.
- * Перенесённые заболевания, операции: отрицает.
- * Наследственность: отец умер от инсульта в возрасте 37 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит в течение 20 лет, выкуривает до 10 сигарет в день

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 1,82 м, вес 82 кг, индекс массы тела 24.76 кг/м^2 , t тела 36.6°C . Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета, отёков нет.

При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, ЧСС 72 уд/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Для постановки диагноза необходимо определить уровень

- международное нормализованное отношение (МНО)
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- антитромбин III

Результаты определения уровня

Для определения варианта первичного гиперальдостеронизма необходимо провести

- международное нормализованное отношение (МНО)
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- антитромбин III

Результаты обследования

Основной диагноз пациента

- международное нормализованное отношение (МНО)
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- антитромбин III

Методом выбора в лечении подтипов первичного гиперальдостеронизма с односторонней гиперпродукцией альдостерона является

- двусторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая тотальная адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая односторонняя адреналэктомия

При выявлении увеличения альдостерон/ренинового соотношения, если имеются противопоказания или пациент отказывается от дальнейших необходимых исследований, показано лечение

- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- альфа и бета-адреноблокаторами
- петлевыми диуретиками
- антагонистами минералокортикоидных рецепторов

Основными препаратами, используемыми в качестве предоперационной подготовки, а также у пациентов имеющих противопоказания к хирургическому лечению, являются

- тиазидные и тиазидоподобные диуретики
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- блокаторы медленных кальциевых каналов

К основным неблагоприятным побочным эффектам спиронолактона не относится

- снижение остроты зрения
- болезненная гинекомастия
- ulcerогенное действие
- снижение либидо у мужчин

Основным преимуществом использования эплеренона, в особенности у пациентов молодого возраста, является

- отсутствие антиандрогенного эффекта
- более короткий период полувыведения
- отсутствие диуретического эффекта
- более высокая эффективность

Сохранение артериальной гипертонии после хирургического лечения не наблюдается при

- необратимых сосудистых осложнениях и поражениях почек, развившихся на фоне существовавшего гиперальдостеронизма
- сопутствующей эссенциальной артериальной гипертензии
- обратимых сосудистых изменениях, развившихся на фоне существовавшего гиперальдостеронизма
- наличии симптоматической артериальной гипертензии иного генеза

Противопоказанием к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов является + _____ + степень хронической болезни почек

- IV
- III А
- III Б
- II

Нормализация АД или максимальное улучшение течения АГ в типичных случаях наступает через + _____ + после односторонней адреналэктомии

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1–3 часа

Больные с резидуальной АГ после удаления альдостеромы наблюдаются врачом-кардиологом в соответствии со

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1–3 часа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратилась женщина 39 лет

Жалобы

- * На постоянное повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., адаптирована к 160/90 мм рт.ст., сопровождающееся недомоганием, общей слабостью
- * На увеличение массы тела с 75 до 96 кг за последние 3-5 месяцев
- * Нерегулярность менструального цикла, отсутствие менструальных кровотечений на протяжении последних трех месяцев, беременность отрицает
- * Периодически возникающие гнойничковые высыпания преимущественно на коже спины
- * Постоянно пониженный фон настроения, снижение трудоспособности

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит последние 3-5 месяцев, впервые выявлено при самостоятельном измерении, когда на фоне быстрого набора веса стала регулярно ощущать недомогание и слабость. Набор массы тела ни с чем связать не может, режим питания и физической активности за указанный промежуток времени не менялся. Нарушения менструального цикла возникли впервые, по этому поводу обратилась к гинекологу. Для исключения аменореи центрального генеза была направлена к терапевту поликлиники. Гипотензивную терапию никогда не получала.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает менеджером в банке.
- * Перенесённые заболевания, операции: миопия высокой степени обоих глаз, операция кесарево сечение от 2004 года.
- * Гинекологический анамнез: беременностей - 1, родов - 1, дата последней менструации – 15.05.18, оральные контрацептивы и иные гормональные препараты не принимает.
- * Наследственность: неотягощена
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,65 м, вес 96 кг, индекс массы тела 35,26 кг/м², отложение жира преимущественно в верхней части тела (лицо, шея, живот), в области 7 шейного позвонка определяется «климактерический горбик», t тела 36.6°C.

Кожные покровы нормальной окраски, кожа щек гиперемирована, на коже передней брюшной стенки определяются широкие стрии багрового цвета, видимые слизистые розового цвета, отёков нет.

При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования необходимо выполнить определение

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1-3 часа

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить определение в крови уровня

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1-3 часа

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1-3 часа

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить пациентке на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных?

- 1–3 месяца
- 1–6 часов
- 1–6 месяцев
- 1-3 часа

Диагноз

Методом выбора в лечении АКТГ - независимого эндогенного гиперкортицизма является

- односторонняя адреналэктомия открытым доступом
- двусторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая односторонняя адреналэктомия
- лапароскопическая тотальная адреналэктомия

В послеоперационном периоде у пациентки может развиваться

- надпочечниковая недостаточность

- гиперкальциемический криз
- гипертонический криз
- гиперпролактинемия

Заместительная терапия в послеоперационном периоде проводится

- преднизолоном
- флудрокортизоном
- гидрокортизоном
- метипредом

Пероральная форма гидрокортизона назначается на + ____ + сутки после адреналэктомии

- 3
- 1
- 5
- 2

Снижение дозы гидрокортизона после выписки из стационара проводят на + _____ + мг каждые + ____ + дней до полной отмены

- 2,5-5; 7-10
- 7,5-10; 7-10
- 2,5-5; 2-3
- 5-10; 2-3

Дополнительное введение глюкокортикоидов в течение года после их полной отмены может потребоваться при

- повышении АД
- оперативных вмешательствах
- нарушении сна
- головной боли

Внутривенная терапия препаратами калия при эндогенном гиперкортицизме назначается при уровне калия + _____ + ммоль/л

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Гипокалиемия при эндогенном гиперкортицизме будет относительным противопоказанием к назначению + _____ + для лечения артериальной гипертонии

- 2,8

- 2,9
- 3,0
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 68 лет обратился в поликлинику

Жалобы

* на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие при быстрой ходьбе более чем на 250-300, проходящие после ее прекращения и/или приема нитратов в течение 2-5 мин.

Анамнез заболевания

- с 47 лет отмечает повышение АД до 160 и 100 мм рт ст , нерегулярно принимал капотен;
- в течение года отмечает эпизодически возникновение давящих, сжимающих болей за грудиной при интенсивных и длительных нагрузках, быстро проходящих в покое;
- в течение последних 3 месяцев отмечает небольшое ограничение повседневной активности: возникновение давящих, сжимающих болей за грудиной при быстрой ходьбе более чем на 250-300 м, проходящих в покое и/или после приема нитратов в течение 2- 5 мин.

Анамнез жизни

- * рос и развивался нормально
- * отец умер в возрасте 76 лет от ОНМК
- * курит по 18 сигарет в день в течение 30 лет, алкоголем не злоупотребляет
- * в анамнезе язвенная болезнь 12 перстной кишки

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 178 см, вес - 90 кг. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. ЧД – 20 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС – 80 ударов в мин. АД – 170 и 100 мм. рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациента является

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Стратификация риска у пациента со стабильным течением ИБС определяется

- степенью тяжести стенокардии по CCS (Канадское сердечно-сосудистое общество)
- совокупностью факторов риска, оценкой функции ЛЖ, индексом Дьюка, коронарной анатомией
- фракцией выброса ЛЖ
- оценкой трансмитрального кровотока

Исходя из результатов лабораторной диагностики, в качестве дополнительного исследования показаны

- анализ кала на скрытую кровь
- рентгенография органов брюшной полости
- внутрижелудочная рН-метрия
- УЗИ органов брюшной полости

**По результатам нагрузочного тредмил теста индекс Дьюка равен 1.
Риск коронарных событий**

- высокий
- очень высокий
- промежуточный
- низкий

Препаратами первой линии для облегчения симптомов стенокардии являются

- короткодействующие нитраты плюс ивабрадин

- никорандил
- короткодействующие нитраты плюс b-блокаторы или блокаторы кальциевых каналов
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов плюс триметазидин

Для первичной профилактики инфаркта миокарда у пациента необходимо назначить

- антикоагулянты, статины
- антиагреганты, статины
- двойная антитромбоцитарная терапия
- b-адреноблокаторы

Целевой уровень ЛПНП на фоне лечения статинами у пациента должен быть + _____ + ммоль/л

- < 1,4
- < 3,5
- < 2,6
- ≤ 4

Обострение язвенной болезни 12-перстной кишки

- является абсолютным противопоказанием к назначению аспирина
- не является абсолютным противопоказанием к назначению аспирина
- допускает назначение аспирина в малых дозах
- допускает назначение аспирина под прикрытием ингибитора протонной помпы

Модификация образа жизни пациента с коронарной патологией включает

- контроль АД, отказ от курения, снижение ИМТ
- ограничение физической активности
- соблюдение диеты с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов
- дыхательную гимнастику

При исходно нормальных значениях ЛПНП у пациента с хронической ИБС, статины

- контроль АД, отказ от курения, снижение ИМТ
- ограничение физической активности
- соблюдение диеты с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов
- дыхательную гимнастику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46 лет вызвал участкового врача на дом.

Жалобы

- * На стойкое повышение температуры тела до 37,6°C, 39-39,5°C в вечерние часы, сопровождающееся потрясающим ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и суставах, выраженной общей слабостью, при снижении температуры – профузная потливость;
- * На одышку при умеренной, повседневной нагрузке (поход в магазин, прогулка), усугубление одышки в положении лежа на спине;
- * На выраженное похудение, на 8 кг за 1 месяц;
- * Высыпания на коже груди и ног, не сопровождающиеся зудом и шелушением.

Анамнез заболевания

Повышение температуры тела, высыпания беспокоят около 4 недель. Заболевание переносил на ногах, пробовал лечиться самостоятельно, принимал антибиотики (левомецетин), обезболивающие/жаропонижающие препараты (анальгин, парацетамол). На фоне приема препаратов отмечал незначительное улучшение состояния. Последние две недели в связи с присоединением и прогрессированием симптоматики одышки, выраженным снижением переносимости физических нагрузок, вызвал участкового врача поликлиники. При более детальном расспросе указывает, что за неделю до появления симптоматики перенес экстирпацию зуба.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает слесарем.
- * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия в возрасте 6 лет, при прохождении медкомиссии во время призыва в армию со слов пациента был выявлен шум в области сердца, в дальнейшем по этому поводу не обследовался
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курил с 19 до 40 лет, на данный момент не курит.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Пониженного питания, рост 1,85 м, вес 59 кг, индекс массы тела 17.24 кг/м², t тела 38.3°C.

Кожные покровы бледные с землистым оттенком, видимые слизистые бледно-розового цвета, отёков нет, на коже передней поверхности грудной клетки и нижних конечностей (голени, в большей степени стопы) определяются петехиальные высыпания размером от 1 до 2 мм.

По данным пальпации и перкуссии: верхушечный толчок разлитой, смещен влево и усилен, левая границы относительной сердечной тупости выступает на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

При аускультации определяется ослабление I и II тона сердца, во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина выслушивается тихий диастолический шум, начинающийся сразу за II тоном. Преимущественно в области верхушки сердца выслушивается умеренный мягкий систолический шум. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, ЧСС 110 уд/мин, АД – 160/60 мм.рт.ст.

При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы и крепитация.

При пальпации и перкуссии определяется увеличение печени: при пальпации – болезненная, выступает из под края реберной дуги на 1,5 см, размеры по Курлову: 13,11 и 10 см.

Селезенка при перкуссии: длина – 14 см, поперечный размер – 9 см.

Необходимым методом исследования для постановки диагноза в данном случае является

- контроль АД, отказ от курения, снижение ИМТ
- ограничение физической активности
- соблюдение диеты с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов
- дыхательную гимнастику

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- контроль АД, отказ от курения, снижение ИМТ
- ограничение физической активности
- соблюдение диеты с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов
- дыхательную гимнастику

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациента в данном случае является

- контроль АД, отказ от курения, снижение ИМТ
- ограничение физической активности
- соблюдение диеты с преобладанием жиров и легкоусвояемых углеводов
- дыхательную гимнастику

Оптимальной техникой забора крови на бактериологическое исследование является

- двукратное взятие образцов крови из периферической вены (20 мл) с интервалом в 30 минут
- двукратное взятие образцов крови из центральной вены (10 мл) с интервалом в 30 минут
- трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10 мл) с интервалом в 90 минут
- трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10 мл) с интервалом в 30 минут

Вы прибыли на повторный визит к пациенту, по данным ЭХО-КГ исследования, диагностировано наличие вегетаций, пролабирующих в выводной отдел левого желудочка в диастолу. Ваша дальнейшая тактика заключается в

- неотложной госпитализации пациента в кардиологический/терапевтический стационар, консультации пациента у сердечно-сосудистого хирурга, для решения вопроса о хирургическом лечении
- неотложная госпитализация пациента в инфекционное отделение
- осуществлении амбулаторного наблюдения, назначении консервативной терапии
- плановой госпитализации пациента в кардиологический/терапевтический стационар, консультации пациента у сердечно-сосудистого хирурга, для решения вопроса о возможном хирургическом лечении

Эффект от антибиотикотерапии, назначенной эмпирически (до получения результатов посева крови), оценивается в течение + _____ + часа/ов

- 48
- 24
- 72
- 12

Для лечения данного пациента НЕ может быть использована следующая комбинация антибиотиков

- амоксициллин+гентамицин
- пенициллин G+ гентамицин
- офлоксацин + гентамицин
- цефтриаксон+ гентамицин

Основным критерием выбора антибиотика для лечения инфекционного эндокардита у данного пациента являются

- более низкая стоимость препарата
- предпочтения пациента
- результат пробы на чувствительность к антибиотикам
- предпочтения врача, основанные на личном опыте

Продолжительность антибактериальной терапии инфекционного эндокардита нативного клапана составляет

- от 2 до 6 недель
- до полугода
- от 6 недель и более
- до 2 недель

К основным критериям эффективности антибиотикотерапии относят

- нормализацию аускультативных показателей, исчезновение мелкопузырчатых хрипов и крепитации
- нормализацию температуры, отсутствие роста бактерий при повторном посеве крови, положительную динамику данных ЭХО-КГ
- снижение уровня неспецифических воспалительных показателей (лейкоциты, СОЭ, фибрин и т.д.)
- регрессию проявлений гепатоспленомегалии, нормализацию уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ)

Антибиотикопрофилактика перед выполнением стоматологических процедур повышенного риска назначается пациентам + _____ + риска

- низкого
- высокого
- любой группы
- промежуточного

Антибиотикопрофилактика проводится при

- низкого
- высокого
- любой группы
- промежуточного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

* Ноющие боли в левой половине грудной клетки продолжительностью несколько часов, без четкой связи с физической нагрузкой,

* Перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

* В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, 8 лет назад на фоне гипертонического криза перенесла транзиторную ишемическую атаку. На протяжении 3 лет относительно регулярно принимает комбинированный препарат, содержащий индапамид 2,5 мг и периндоприл 8 мг, а также розувастатин 10 мг.

* Пять лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, регулярно принимает метформин 2000 мг в сутки.

* Год назад в анализе крови отмечено повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/д

* При самоконтроле АД (по дневнику) значения АД находятся в пределах 160-170/90-100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

- * Мать умерла от инсульта в 70 лет.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Пенсионер, не работает, инвалид 2 группы по общему заболеванию.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 173 см (ИМТ=32,7 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы (1-2 в мин). ЧСС 78 уд./мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- низкого
- высокого
- любой группы
- промежуточного

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- низкого
- высокого
- любой группы
- промежуточного

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- низкого
- высокого
- любой группы
- промежуточного

Для оценки величины сердечно сосудистого риска у данной пациентки

- следует использовать шкалу SCORE
- применение специальных шкал не требуется
- следует использовать шкалу GRACE
- следует использовать шкалу CHA₂-DS₂-VASc

В анализах выявлено: скорость клубочковой фильтрации = 40,5 мл/мин, микроальбуминурия = 250 мг/г, следовательно, диагноз почечной патологии следует сформулировать как

- острое почечное повреждение
- хроническая болезнь почек 1, A2
- хроническая болезнь почек 3b, A2
- нефропатия смешанного генеза

У пациентки на фоне терапии розувастатином 10 мг уровень липопротеидов низкой плотности составляет 4,5 ммоль/л. правильной тактикой лечения является

- увеличение дозы розувастатина до 20 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <1,5 ммоль/л
- рекомендация антиатерогенной диеты на 1-2 месяца, при её неэффективности решить вопрос об увеличении дозы статинов
- продолжение терапии в прежнем объеме, так как целевой уровень ЛНП достигнут
- замена розувастатина на аторвастатин 10 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <3,0 ммоль/л

При коррекции антигипертензивной терапии у пациентки показано(а)

- дополнительное назначение препарата из группы антагониста кальция (амлодипин)
- добавить к ингибитору АПФ блокатор ангиотензиновых рецепторов (телмисартан)
- дополнительное назначение препарата из группы антагониста минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)
- дополнительное назначение препарата из группы альфа-блокаторов (доксазозин)

Целевым уровнем АД для пациентки с артериальной гипертензией и сахарным диабетом является < + _____ + мм рт. ст.

- 130/80
- 150/90
- 140/80
- 120/70

У пациентки на фоне терапии метформином 2000 мг уровень гликозилированного гемоглобина составляет 6,0%. правильной тактикой лечения является

- добавление препарата сульфанилмочевины (глимепирид)
- добавление ингибитора SGLT-2 (эмпаглифлозин)

- добавление агониста GPR-1 (лираглутид)
- продолжение терапии в прежнем объеме, поскольку пациентка компенсирована

Правильными рекомендациями по нефропротекции для этой пациентки являются

- замена ингибиторов АПФ на блокаторы ангиотензиновых рецепторов, назначение статинов в минимальной дозе
- отмена ингибитора АПФ из-за возможности нарастания почечной недостаточности
- прием ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия
- назначение комбинации ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов, ограничение терапии диуретиками

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентки выявлено 4780 желудочковых экстрасистол. Правильной тактикой лечения является

- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе

У пациентки с транзиторной ишемической атакой в анамнезе выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%. Правильной тактикой лечения является

- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Г. 57 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

* На головные боли преимущественно в затылочной области, периодическое повышение АД.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 13 лет, когда стал отмечать

периодическое повышение АД до максимальных цифр 170/100 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. ИМ, ОНМК, СД, снижение толерантности к физической нагрузке за счет одышки или болей за грудиной отрицает. За медицинской помощью не обращался, эпизодически самостоятельно по совету знакомых принимал каптоприл в таблетках.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работает менеджером
- Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа
- Наличие хронических заболеваний отрицает
- Наследственность: отец страдает артериальной гипертензией, перенес ИМ в 45 лет.
- Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца смещена на 2 см латеральнее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. АД 165/90 мм рт. ст, пульсовое давление 75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Необходимым для диагностики лабораторным методом обследования является

- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для диагностики инструментальными методами обследования являются

- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе

Предположительно к физикальным признакам поражения органов-мишеней у данного больного можно отнести

- высокое пульсовое давление
- микроальбуминурию
- сужение артериол сетчатки
- утолщение комплекса интима-медиа

Дифференциальную диагностику эссенциальной артериальной гипертензии следует проводить с

- ИБС: острым инфарктом миокарда
- вторичными артериальными гипертензиями
- ИБС: стенокардией напряжения
- инфекционным эндокардитом

Препаратами первой линии для лечения эссенциальной артериальной гипертензии являются

- антиагреганты
- ингибиторы АПФ
- ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы
- антикоагулянты

Тактика ведения данного больного включает

- изменение образа жизни (отказ от курения, ограничение потребления поваренной соли, динамические физические нагрузки) вместе с одновременным назначением комбинированной АГТ
- назначение курсового приема β -адреноблокаторов на срок 7 дней
- экстренную госпитализацию пациента в блок кардиореанимации
- направление на коронароангиографию для решения вопроса о проведении чрескожного коронарного вмешательства

К запрещенным комбинациям относят

- иАПФ и блокаторы кальциевых каналов

- иАПФ и β -адреноблокаторы
- иАПФ и тиазидные диуретики
- иАПФ и сартаны

Критерием эффективности антигипертензивной терапии служит

- появление эпизодов слабости и головокружения
- снижение АД до значений 120 и 80 мм рт.ст.
- прекращение головных болей
- достижение целевых значений АД ниже 140 и 90 мм рт.ст.

К цереброваскулярным заболеваниям, которые учитываются при стратификации риска, относят

- инфекционный эндокардит
- ишемический инсульт
- незрелая катаракта
- острый гломерулонефрит

К факторам сердечно-сосудистого риска относится курение и

- кахексия
- женский пол
- дислипидемия
- избыточное потребление кофе

Степень артериальной гипертензии определяется

- кахексия
- женский пол
- дислипидемия
- избыточное потребление кофе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная К. 66 лет, библиотекарь, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при подъеме по лестнице до 3-го этажа, ходьбе ускоренным темпом более 500 м, проходящие в покое в течение 5-7 минут.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 15 лет, когда при эмоциональном перенапряжении стали беспокоить головные боли, впервые было зафиксировано повышение АД до 150/90 мм рт.ст. По этому поводу к врачам не обращалась, не обследовалась, АД систематически не контролировала, по совету подруг принимала папазол,

редко капотен. В последующем эпизоды повышения АД участились, стали достигать значений 170/100 мм рт.ст., что стало причиной обращения к врачу-терапевту участковому, которым после обследования больной (ЭКГ, биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи) был установлен диагноз «гипертоническая болезнь», назначено лечение эналаприлом по 5 мг 2 раза в день, которое пациентка продолжает до настоящего времени. АД контролирует редко, считает, что адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст. Боли в грудной клетке, провоцирующиеся физической нагрузкой, беспокоят около 2-х лет.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции.

* Наследственность: отец умер от инфаркта в возрасте 50 лет, мать 86-ти лет жива, перенесла ишемический инсульт в возрасте 80 лет, родной брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 58 лет.

* Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Масса тела – 78 кг, рост – 165 см. При перкуссии легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 20 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- кахексия
- женский пол
- дислипидемия
- избыточное потребление кофе

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- кахексия
- женский пол
- дислипидемия
- избыточное потребление кофе

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- кахексия
- женский пол
- дислипидемия
- избыточное потребление кофе

Основным дифференциально-диагностическим критерием стабильной стенокардии является

- связь с физической нагрузкой
- связь с положением тела
- воспроизводимость при пальпации грудной клетки
- связь с приемом пищи

Тактика ведения данной больной включает

- амбулаторное лечение комбинированной антиишемической терапией
- экстренную госпитализацию в кардиохирургическое отделение стационара
- экстренную госпитализацию в терапевтическое отделение стационара
- отмену принимаемых препаратов в связи со стабильным состоянием больной

Препаратом выбора для купирования приступа стабильной стенокардии является

- сальбутамол
- нитроглицерин
- валидол
- промедол

Терапия стабильной стенокардии включает назначение

- антикоагулянтов
- кардоселективных бета-адреноблокаторов
- бета-адреномиметиков
- миотропных спазмолитиков

К основному классу липид-снижающих препаратов, используемых у больных ИБС, относятся

- пролонгированные нитраты
- аспирин и клопидогрел
- статины
- ингибиторы протонной помпы

Противопоказанием к назначению кардоселективных бета-адреноблокаторов является

- артериальная гипертензия
- блокада левой ножки пучка Гиса
- сахарный диабет 2 типа
- АВ-блокада II-III ст

Медикаментозная схема, используемая в лечении больных стабильной стенокардией, включает

- ингибиторы АПФ + диуретики + сердечные гликозиды
- фибринолитики + наркотические анальгетики + нитраты
- антиагреганты + бета-адреноблокаторы + статины
- НПВС + антагонисты кальция + диуретики

Немодифицируемым фактором риска ИБС у данной больной является

- гиперхолестеринемия
- артериальная гипертензия
- курение
- возраст

Целевым уровнем холестерина ЛПНП у больного ИБС является значение + _____ + ммоль/л

- гиперхолестеринемия
- артериальная гипертензия
- курение
- возраст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратилась женщина 46 лет

Жалобы

* На периодически возникающие эпизоды повышения артериального давления, максимально до 250/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах, тошнотой, возникающие после умеренной и чрезмерной физической нагрузки и нервного перенапряжения;

* На ощущение учащенного сердцебиения, при самостоятельном измерении частота пульса – 105 уд/мин;

* На снижение работоспособности, ощущение беспокойства и беспричинной тревоги;

* На выраженную потливость.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы беспокоят около двух месяцев. Приступы, как правило, проходили самостоятельно, к врачу не обращалась, не обследовалась.

Кардиотропную терапию никогда не применяла. Последние две недели стала

отмечать учащение кризовых эпизодов до нескольких раз в день, повышение уровня тревожности. В связи с этим обратилась на консультацию к врачу поликлиники.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает бухгалтером.
- * Перенесённые заболевания, операции: язвенная болезнь желудка в возрасте 20 лет, лапароскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита в возрасте 43 лет.
- * Наследственность: мать пациентки страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.
- * Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, менопауза с 44 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отсутствуют.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 1,75 м, вес 68 кг, индекс массы тела 22.20 кг/м^2 , t тела 36.6°C .

Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета, отёков нет.

При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 95 уд/мин, ритмичный, ЧСС 95 уд/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- гиперхолестеринемия
- артериальная гипертензия
- курение
- возраст

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- гиперхолестеринемия
- артериальная гипертензия
- курение
- возраст

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- гиперхолестеринемия

- артериальная гипертензия
- курение
- возраст

У пациентов с феохромоцитомой в качестве консервативной терапии и предоперационной подготовки предпочтительно назначение

- α - и β -адреноблокаторов
- тиазидных диуретиков
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- блокаторов медленных кальциевых каналов

Необходимо соблюдать следующую последовательность назначения препаратов

- назначение β -блокаторов только после достижения α -адреноблокирующего действия
- одномоментное назначение α - и β -адреноблокаторов для достижения максимального эффекта
- назначение α -блокаторов только после достижения β -адреноблокирующего действия
- замена β -адреноблокаторов на α -адреноблокаторы при их неэффективности

У данной пациентки может быть использована следующая комбинация гипотензивных препаратов

- доксазозин + пророксан
- доксазозин + атенолол
- празозин + доксазозин
- празозин + пророксан

При назначении α -адреноблокатора (доксазозина), в начале терапии пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации

- строгий постельный режим в течение 5-7 дней
- строгий постельный режим в течение 2-3 дней
- ограничение употребления поваренной соли до 2 г в сутки
- ограничение употребления поваренной соли до 3-5 г в сутки

Альфа-адреноблокаторы должны быть назначены минимум за + _____ + дня/дней до операции

- 10
- 7
- 14
- 3

Критерием эффективности терапии адреноблокаторами является

- изолированное снижение показателей диастолического артериального давления
- изолированное снижение показателей систолического артериального давления
- уменьшение размеров опухолевого образования
- уменьшение количества кризов и амплитуды повышения артериального давления

Оптимальным методом лечения феохромоцитомы в данном случае является

- терапевтический – лучевая терапия
- терапевтический – химиотерапия
- хирургический – правосторонняя адреналэктомия
- хирургический – тотальная адреналэктомия

Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через + _____ + недели/недель после операции

- 2-4
- 4-8
- 12-24
- 1-3

Лабораторное обследование пациентов после перенесенной операции адреналэктомии проводится

- 2-4
- 4-8
- 12-24
- 1-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 78 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

* Приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой.

* Продолжительность несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Анамнез заболевания

* С 72 лет артериальная гипертензия и ИБС: стенокардия, получает

антиангинальную терапию и гипотензивную терапию (аспирин, статины, БАБ, иАПФ, мочегонные), может подняться на 3 этаж, после отмечает боли за грудиной сжимающего характера, проходящие в покое через 3-5 мин.

* Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, не обследовался, терапии не получает.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально в соответствии с возрастом.

* Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

* Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии.

* Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

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 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Необходимыми методами лабораторной диагностики в данном случае являются

- 2-4
- 4-8
- 12-24
- 1-3

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами исследования для постановки диагноза являются

- 2-4
- 4-8
- 12-24
- 1-3

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз в данном случае

- 2-4
- 4-8
- 12-24

- 1-3

Осложнением основного заболевания является

- персистирующая форма фибрилляции предсердий
- пароксизмальная форма фибрилляции предсердий
- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений необходимо использовать шкалу

- HAS-BLED
- SCORE2
- CAPRINI
- CHA₂-DS₂-VASc

У данного пациента риск развития инсульта по шкале CHA₂-DS₂-VASc равен + _____ + баллам

- 4
- 2
- 3
- 5

Данному пациенту необходимо провести следующую корректировку принимаемой терапии

- оставить аспирин, антигипертензивные препараты, добавить блокаторы протонной помпы
- отменить аспирин, назначить антикоагулянты, антиаритмики
- оставить аспирин, назначить статины, антиаритмики и антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- к получаемому аспирину добавить статины, антиоксиданты

Антигипертензивная терапия у данного пациента

- в корректировке не нуждается
- включает необходимость увеличения дозы бета-блокаторов
- включает необходимость увеличения дозы ингибиторов АПФ
- должна быть отменена

Для профилактики инсульта пациенту показано назначение

- дабигатрана
- тикагрелора
- аспирина
- клопидогреля

Для оценки риска кровотечений необходимо использовать шкалу

- SCORE2
- CHA₂-DS₂-VASc
- CAPRINI
- HAS-BLED

К частично модифицируемым факторам риска геморрагических осложнений можно отнести

- инсульт в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению
- большое кровотечение в анамнезе
- возраст

Целевое значение МНО на терапии варфарином должно быть в диапазоне между

- инсульт в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению
- большое кровотечение в анамнезе
- возраст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

- * Учащенное неритмичное сердцебиение,
- * ноющие боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой,
- * одышку, в том числе при минимальной физической нагрузке,
- * дрожь в руках,
- * потливость,
- * слабость, быструю утомляемость

Анамнез заболевания

- * Считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб.
- * Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически.
- * При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает.
- * За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита.
- * Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C

Анамнез жизни

* Наследственность неотягощена.

* Курит по 0,5 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36.9° С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- инсульт в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению
- большое кровотечение в анамнезе
- возраст

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- инсульт в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению
- большое кровотечение в анамнезе
- возраст

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке можно поставить диагноз

- инсульт в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению
- большое кровотечение в анамнезе
- возраст

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий следует использовать шкалу

- HAS-BLED
- GRACE
- SCORE
- CHA₂-DS₂-VASc

У больных с фибрилляцией предсердий при отсутствии антикоагуляции наиболее частым осложнением является

- тромбоэмболия легочной артерии
- внезапная коронарная смерть
- тромбоз глубоких вен голеней
- кардиоэмболический инсульт

У пациентки риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂-DS₂-VASc составляет 2 балла. Предпочтительным вариантом антитромботической терапии является назначение

- тромболитической терапии (альтеплаза или стрептокиназа)
- антиагрегантов (ацетилсалициловой кислоты или клопидогрела)
- двойной антитромботической терапии (варфарин в сочетании с ацетилсалициловой кислотой)
- прямых пероральных антикоагулянтов или варфарина под контролем МНО

Правильной тактикой лечения фибрилляции предсердий у этой пациентки является

- плановая электрическая кардиоверсия после 3-недельной подготовки антикоагулянтами
- экстренная электрическая кардиоверсия
- плановая медикаментозная кардиоверсия амиодароном
- отказ от восстановления ритма, назначение ритм-урежающей и антикоагулянтной терапии

Лечение сердечной недостаточности у пациентки подразумевает назначение

- комбинации ингибиторов АПФ, антагонистов кальция, петлевых диуретиков, препаратов метаболического действия
- комбинации бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, ивабрадина, триметазидина
- комбинации ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов и петлевых диуретиков
- комбинации ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, верапамила и петлевых диуретиков

На фоне назначения спиронолактона пациентам с сердечной недостаточностью возможно развитие

- гипогликемии
- гипокалиемии
- гиперкалиемии
- гипергликемии

Для лечения основного заболевания щитовидной железы, которое привело к развитию осложнений, показано назначение

- левотироксина (L-тироксин)
- тиамазола (мерказолол)
- амиодарона (кордарон)
- препаратов йода (йодомарин)

Радикальными методами лечения диффузного токсического зоба являются

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

С целью профилактики эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации по

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 73 лет осматривается врачом-терапевтом в стационаре

Жалобы

на слабость, утомляемость, тошноту без связи с приемом пищи, ухудшение аппетита, зрения, памяти

Анамнез заболевания

С 54 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области. При

обращении к врачу регистрировались повышенные цифры АД (систолического до 150-160 и диастолического до 90-100 мм рт.ст.). Больному назначались антигипертензивные препараты, которые он принимал нерегулярно. С 60 лет АД стабилизировалось на цифрах 160 и 100 мм рт.ст. Постепенно стало нарастать ухудшение зрения. К врачам не обращался и не лечился. Использовал нетрадиционные методы лечения. В 68 лет уровень АД составлял 180-190 и 100-120 мм рт.ст, выявлялась протеинурия, отмечалось прогрессивное ухудшение памяти. За последний год появились жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- * рос и развивался нормально,
- * перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит,
- * наследственность: отец имел артериальную гипертензию с 35 лет, перенес ОНМК в возрасте 53 лет,
- * вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 20-летнего возраста,
- * двигательная активность: малоподвижный образ жизни,
- * отдает предпочтение соленой пище.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 18 кг/м². Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Размеры относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии в 5 межреберье, верхняя - по верхнему краю 3 ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, приглушены, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины. Пульс ритмичный, 88 ударов в минуту, напряженный. АД 170/115 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x6 см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

Результаты скрининговых лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- длительное лечение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить следующий диагноз

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- длительное лечение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного, относят

- диффузный пневмосклероз
- стеатоз печени
- гипертрофию левого желудочка
- пульсовое артериальное давление 55 мм рт.ст.

У больного имеется метаболическое нарушение в виде

- гиперлипидемии
- метаболического ацидоза
- сахарного диабета
- подагры

Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

- КТ головного мозга
- экскреторная урография
- УЗИ сонных артерий
- биопсия почки

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

- сочетании с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов

- течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов
- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+ирбесартан
- амлодипин+бисопролол
- лизиноприл + фуросемид
- лизиноприл+ бисопролол

Немедикаментозный компонент лечения данного пациента должен включать

- бальнеологическое лечение
- отказ от курения
- снижение массы тела
- физиотерапевтическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки + _____ + мм рт.ст

- <120/80
- <150/90
- 130-139/70-79
- 120-130/70-79

Диета для данного пациента должна включать

- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления растительной пищи

Данному пациенту следует воздержаться от назначения препаратов из группы

- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления растительной пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение

Жалобы

на дискомфорт, появление давящих болей за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше 2 -3 -го этажа, или при ходьбе более 500 м. Боли периодически отдают в левую руку, проходят после прекращения нагрузки в течение 5 минут или купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Снижение толерантности к нагрузкам.

Анамнез заболевания

Впервые дискомфорт в груди заметил около года назад при быстрой ходьбе в гору, боль прошла после прекращения нагрузки. Стал ограничивать нагрузку, ходил медленнее. В последующем стал отмечать появление давящих болей за грудиной при подъеме по лестнице выше 3 этажа, ходьбе более 500 м.

Предположил, что это связано с курением и бронхами, уменьшил число выкуриваемых сигарет. К врачу не обращался. При медленной ходьбе и в покое болей не было, но при увеличении темпа возникал дискомфорт. За последние полгода частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. По рекомендации знакомого стал использовать нитроглицерин для купирования приступов с хорошим эффектом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. Служил в армии.

* Образование высшее.

* Работает.

* Перенесенные заболевания и операции: отрицает

* Наследственность: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет от острого инфаркта миокарда.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: курит 25 лет, по 5-7 сигарет в день, алкоголь употребляет редко в малых дозах.

* Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м². Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления растительной пищи

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления растительной пищи

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления растительной пищи

Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является

- возраст старше 45 лет
- мужской пол
- курение
- малоподвижный образ жизни

Пациента следует направить на коронароангиографию при

- недостижении целевых уровней холестерина
- неэффективности оптимальной медикаментозной терапии
- выявлении утолщения комплекса интимы-медиа или атеросклеротической бляшки при ультразвуковом исследовании сонных артерий
- отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения

Для купирования приступов стенокардии пациенту следует назначить

- валидол под язык
- диклофенак в таблетках
- нитраты короткого действия под язык
- триметазидин пролонгированный в капсулах

В качестве антиангинальной терапии в первую очередь пациенту необходимо назначить

- бета-адреноблокаторы
- нифедипин
- торасемид

- дигоксин

При лечении больного со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС +_____+ в минуту

- 35-40
- 76-90
- 55-60
- 70-75

Для профилактики атеротромботических осложнений пациенту следует назначить

- клопидогрель+аспирин
- варфарин + аспирин
- варфарин
- ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низких дозах 75-150 мг/сут

При недостижении целевых уровней холестерина больному стабильной стенокардией, получающему статины, следует добавить

- милдронат
- эзетимиб
- никотиновую кислоту
- атероклефит

Для определения показаний к назначению статинов у больного со стабильной стенокардией использование шкалы SCORE

- возможно
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- возможно, при условии, если пациент не курит
- невозможно

Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС на первом году лечения рекомендуется проводить

- возможно
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- возможно, при условии, если пациент не курит
- невозможно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 57 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на одышку и сердцебиение при физической нагрузке (подъем на 1 этаж), отеки голеней, перебои в работе сердца, возникающие без видимых причин

Анамнез заболевания

* С 30 лет страдает АГ

* Настоящее ухудшение состояния в течение 2 лет, когда после повторного инфаркта миокарда с Q зубцом стал отмечать появление одышки и сердцебиения при физической нагрузке, отеки голеней и перебои в работе сердца

Анамнез жизни

* Вредные привычки: курит в течение 40 лет по 20 сигарет в день

* Перенесенные заболевания и операции:

** Холецистэктомия в 35 лет

** Перенес инфаркты миокарда в 45 и в 55 лет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 100 кг, рост 170 см, ИМТ= 34,6 кг/м².

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 64 в мин., АД 140/85 мм рт.ст. Дефицит пульса 4-6 уд в минуту Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см ниже края реберной дуги. Отеки нижних конечностей (голеней и стопы). Тест 6-и минутной ходьбы: 200 метров.

Для оценки типа нарушений ритма сердца следует провести

- возможно
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- возможно, при условии, если пациент не курит
- невозможно

Результаты обследования

На представленной ЭКГ имеется

- Синдром WPW, АВ-блокада II степени, трепетание желудочков
- АВ-блокада I степени, полная блокада ПНПГ, желудочковая экстрасистолия 2-х морфологий
- Фибрилляция предсердий, АВ-блокада III степени, мономорфная желудочковая экстрасистолия
- Желудочковая тахикардия, инфаркт миокарда с Q-зубцом, суправентрикулярная экстрасистолия

Для верификации диагноза ХСН необходимо провести

- Синдром WPW, АВ-блокада II степени, трепетание желудочков

- АВ-блокада I степени, полная блокада ПНПГ, желудочковая экстрасистолия 2-х морфологий
- Фибрилляция предсердий, АВ-блокада III степени, мономорфная желудочковая экстрасистолия
- Желудочковая тахикардия, инфаркт миокарда с Q-зубцом, суправентрикулярная экстрасистолия

Результаты обследования

Снижение толерантности к физической нагрузке у данного пациента обусловлено

- хронической сердечной недостаточностью
- постхолестерэктомическим синдромом
- курением
- избыточным весом

Исключить ХОБЛ у пациента с длительным анамнезом курильщика можно посредством

- оценки парциального напряжения кислорода в артериальной крови
- оценки ЖЕЛ
- оценки ОФВ₁
- оценки модифицированного индекса Тиффно

В связи с наличием ХСН пациенту необходимо назначить

- органические нитраты
- непрямые антикоагулянты
- прямые антикоагулянты
- бета-адреноблокаторы

Кроме бета-адреноблокаторов пациенту показаны

- бета₂-адреномиметики
- ингибиторы АПФ
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- бета₁-адреномиметики

Желудочковые нарушения ритма сердца, выявленные у пациента являются

- потенциально злокачественными
- доброкачественными
- неклассифицируемыми
- злокачественными

Данному пациенту с желудочковой экстрасистолией, ИБС и ХСН в качестве антиаритмических препаратов показано назначение

- бисопролола
- амиодарона
- этацизина
- аллапинина

Модификация диеты пациента должна включать ограничение

- поваренной соли
- белков животного происхождения
- белков растительного происхождения
- легкоусвояемых (быстрых) углеводов

Мероприятия по изменению образа жизни у данного больного должны включать

- регулярные дозированные физические нагрузки
- занятие в спортивной группе по легкой атлетике
- ограничение/исключение физических нагрузок
- постельный режим

Показатель ФВ для ХСН с промежуточной фракцией выброса соответствует + _____ +%

- регулярные дозированные физические нагрузки
- занятие в спортивной группе по легкой атлетике
- ограничение/исключение физических нагрузок
- постельный режим

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит

* Наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.

* Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста

* Двигательная активность: малоподвижный образ жизни

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см. ИМТ - 33,52 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во второй межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- регулярные дозированные физические нагрузки
- занятие в спортивной группе по легкой атлетике
- ограничение/исключение физических нагрузок
- постельный режим

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- регулярные дозированные физические нагрузки
- занятие в спортивной группе по легкой атлетике
- ограничение/исключение физических нагрузок
- постельный режим

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному, является

- регулярные дозированные физические нагрузки
- занятие в спортивной группе по легкой атлетике
- ограничение/исключение физических нагрузок
- постельный режим

К поражениям органов-мишеней, связанных с артериальной гипертензией у больного, относят

- гипертрофию левого желудочка
- сахарный диабет
- стеатоз печени
- ожирение

К метаболическим нарушениям, имеющимся у больного, относятся

- ожирение
- гемохроматоз
- сахарный диабет
- подагра

К дополнительным инструментальным методам обследования больных артериальной гипертензией относят

- экскреторную урографию
- эхокардиографию
- КТ головного мозга
- перфузионную сцинтиграфию миокарда

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
- сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
- течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+амлодипин
- лизиноприл+бисопролол
- лизиноприл+ирбесартан
- амлодипин+бисопролол

Немедикаментозные методы лечения данного пациента должны включать

- аппаратный массаж воротниковой зоны
- регулярные физические аэробные нагрузки
- бальнеологическое лечение
- физиотерапевтическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки + ____ + мм рт.ст

- 130-139/70-79

- <150/90
- <120/80
- 120-130/70-79

Диета для данного пациента должна включать

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли

Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Большой Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту.
- * Последний год не работает, пенсионер.
- * 5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Семейный анамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли

К осложнениям у пациента относится

- ХПН I степени
- Анемия легкой степени
- ХСН 2Б стадии
- ДН II степени

У пациента диагностирована аритмия

- частая желудочковая экстрасистолия
- трепетание предсердий неправильной формы
- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- постоянная форма ФП

Для лечения ХСН больному показано назначение

- иАПФ
- антагонистов кальция
- сердечных гликозидов
- нитратов

Для лечения желудочковой экстрасистолии этому больному показано назначение

- сердечных гликозидов
- бета-блокаторов +амиодарона
- препаратов калия
- антагонистов кальция

Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

- атриовентрикулярная блокада 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- бифасцикулярная блокада
- блокада правой ножки пучка Гиса

Сочетанной патологией, которая выявлена у пациента, является

- хронический холецистит
- язвенная болезнь желудка
- сахарный диабет 2 типа
- пневмония

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- уровня железа
- альбуминов плазмы крови
- АлТ, АсТ
- креатинина

Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является

- фибриноген
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- С-реактивный белок

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

- фибриноген
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- С-реактивный белок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 67 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при выполнении физической нагрузки (прохождение более 500 метров по ровной поверхности), продолжительностью до 5 минут, которые пациент купирует приемом нитроглицерина, чувство неритмичного сердцебиения, одышку при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента, пастозность голеней в вечернее время.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление болей за грудиной. При обследовании был рекомендован прием аспирина, бисопролола, аторвастатина. При возникновении болей использовал нитроглицерин. Эпизодически появляются приступы неритмичного сердцебиения, со слов пациента были эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью до 2 часов, которые проходили самостоятельно или при приеме седативной терапии. В течении последнего года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков нижних конечностей.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту.
- * Последние 5 лет не работает, пенсионер.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * В 20-летнем возрасте была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было 10 лет назад.
- * Семейный анамнез: отец пациента умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Незначительный цианоз губ, акроцианоз. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- фибриноген

- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- С-реактивный белок

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- фибриноген
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- С-реактивный белок

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- фибриноген
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- С-реактивный белок

К осложнениям основного заболевания у пациента относится

- ХПН I степени
- ДН II степени
- ХСН II ф.к. по NYHA
- Отечно-асцитический синдром

У пациента имеется нарушение ритма сердца

- трепетание предсердий неправильной формы
- пароксизмальная форма ФП
- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- постоянная форма ФП

Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является

- бета-блокатор, антикоагулянты статины
- метилксантины, бета-адреномиметик
- диуретик, сердечные гликозиды
- антагонист кальция, нитраты

Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение

- верапамила

- хинидина
- соталола
- дигоксина

К новым оральным антикоагулянтам, используемым для профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП, относят

- варфарин
- аспирин
- дабигатран
- гепарин

Для лечения ХСН больному показано назначение

- нитратов
- ингибиторов АПФ
- сердечных гликозидов
- глюкокортикоидов

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- креатинина
- уровня железа
- АлТ, АсТ
- альбуминов плазмы крови

При назначении варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ФП необходимо определять уровень

- МНО
- С-реактивного белка
- фибриногена
- протромбинового индекса

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

- МНО
- С-реактивного белка
- фибриногена
- протромбинового индекса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет вызвала участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

На повышение артериального давления до 220/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, головокружением.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит в течение последних 20-30 лет. неоднократно госпитализировалась по данному поводу, проводилось обследование и лечение. Со слов больной была диагностирована гипертоническая болезнь. Принимала различные комбинации антигипертензивных препаратов с положительным эффектом. Однако, при стабилизации цифр артериального давления дальнейший прием лекарственных препаратов прекращался. Последние 2 месяца в качестве антигипертензивной терапии принимала различные настойки без эффекта. Около 14 дней артериальное давление колеблется в пределах 170-200/100 мм рт.ст.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

* В настоящее время не работает, около 40 лет работала няней в детском саду.

* Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, в 2015 году был эпизод транзиторной ишемической атаки (ТИА)

* Наследственность: мать пациентки умерла от инсульта в возрасте 70 лет, отмечала повышение артериального давления. Отец погиб, однако гипертоническая болезнь была диагностирована за год до смерти.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,50 м, вес 115кг, индекс массы тела 51 кг/м².

Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются.

При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно.

Хрипы не выслушиваются. Пульс 89 уд/мин, ритмичный, ЧСС 89 уд/мин, АД – 180/90 мм рт.ст. Живот при осмотре увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- МНО
- С-реактивного белка
- фибриногена
- протромбинового индекса

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- МНО
- С-реактивного белка
- фибриногена
- протромбинового индекса

Результаты инструментальных методов обследования

Данной больной можно поставить диагноз

- МНО
- С-реактивного белка
- фибриногена
- протромбинового индекса

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки относят

- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП
- ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность
- метаболический синдром
- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа

Какое сопутствующее заболевание можно заподозрить у данной пациентки, согласно МКБ -10

- R73.0 – Нарушение толерантности к глюкозе
- E11 – Сахарный диабет II типа
- E14 – Сахарный диабет неуточненный
- E12 – Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

Тактика ведения пациента заключается в

- изменении образа жизни без назначения медикаментозной терапии
- изменении образа жизни и назначении медикаментозной терапии
- назначении медикаментозной терапии без изменения образа жизни
- изменении образа жизни в течение нескольких недель, при сохранении артериальной гипертензии – назначение медикаментозной терапии

Целевыми значениями артериального давления, для пациентов, страдающих сахарным диабетом, являются + _____ + мм рт.ст

- 145/95
- 110/75
- 140/110
- 130/70

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- бета-адреноблокаторы
- диуретики
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- альфа-адреноблокаторы

Пациентке с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения могут быть рекомендованы

- бисопролол
- фуросемид
- индапамид
- периндоприл

У больных с очень высокими цифрами АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения + _____ + препарата/препаратов

- 3
- 1
- 4
- 6

Вы назначили пациентке антигипертензивную терапию, визиты пациентки с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем + _____ + недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 4-8
- 1-2
- 8-12
- 3-4

У пациентов с гипертонической болезнью и низким риском ССО рекомендуем достижение целевого уровня ХС ЛНП \leq + _____ + ммоль/л

- 4-8
- 1-2
- 8-12
- 3-4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/110 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 190/110 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимания на уровень глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает юристом в строительной компании.
- * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия.
- * Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, длительный стаж курения, умер в возрасте 68 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6.
- * Имеются поражения сетчатки глаза, ангиопатия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14 кг/м^2 .

Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы

не выслушиваются.

При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования, которые проводятся в первую очередь, являются

- 4-8
- 1-2
- 8-12
- 3-4

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 4-8
- 1-2
- 8-12
- 3-4

Результаты инструментальных методов обследования

Вероятнее всего у данного пациента

- 4-8
- 1-2
- 8-12
- 3-4

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа
- ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение
- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП
- метаболический синдром

Сопутствующим заболеванием у данного пациента является

- Саркоидоз сердца
- Хроническая обструктивная легочная болезнь
- Амилоидоз легких

- Эмфизема легких

Тактика ведения пациента заключается в

- назначении медикаментозной терапии без изменения образа жизни
- изменении образа жизни, назначении медикаментозной терапии
- изменении образа жизни в течение нескольких недель, при сохранении артериальной гипертензии – назначении медикаментозной терапии
- изменении образа жизни без назначения медикаментозной терапии

Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются < + _____ + мм рт.ст

- 130/90
- 130/85
- 140/80
- 130/80

Пациенту к рекомендованным мероприятиям по изменению образа жизни, относятся

- ограничение физической активности
- повышение потребления растительных жиров
- снижение потребления белковой пищи
- увеличение физической активности

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- диуретики
- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- бета-адреноблокаторы

Пациенту с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения может быть рекомендован

- хлоргексидин
- бисопролол
- индапамид
- периндоприл

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения + _____ + препарата/препаратов

- 1
- 3

- 4
- 2

Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию. Визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем + _____ + недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 1
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 40 лет

Жалобы

* На головные боли, мелькание «мушек» перед глазами при физической нагрузке

* При медицинском освидетельствовании для оформления справки в ГИБДД зарегистрировано АД 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последних 2-х лет, эпизодически при измерениях АД на работе – 150-160/90 мм рт.ст. К врачу по этому поводу не обращался, лекарства не принимал. После прохождения водительской комиссии решил обратиться в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

* Работает, слесарь МУП Лифтремонт.

* Перенесённые заболевания: около 10 лет болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, старается соблюдать диету. В настоящий момент вне обострения, при ЭГДС 6 месяцев назад патологии не выявлено.

* Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 70 лет, мать – гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий.

* Аллергоанамнез: новокаин – анафилаксия.

* Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 65 кг, индекс массы тела $20,52 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД

справа 150/90 мм рт.ст., АД слева 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента основным диагнозом является

- 1
- 3
- 4
- 2

Сопутствующим заболеванием является

- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии ремиссии, хроническое течение
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; рефлюкс-эзофагит стадия 3
- хронический гастрит; эрозивный эзофагит
- язвенная болезнь желудка, вне обострения

Фоновым заболеванием является

- гиперлипидемия 4 типа
- атеросклероз аорты
- нарушение толерантности к глюкозе
- гиперлипидемия 2а типа

Тактика врача первичного звена заключается в

- рекомендациях по здоровому образу жизни, отправлении пациента на санаторно-курортное лечение
- рекомендациях по отказу от курения, регулярному измерению АД, повторному визиту через 6 месяцев
- плановой госпитализации пациента в кардиологическое отделение
- рекомендациях по коррекции образа жизни и назначении лекарственной терапии

Данному пациенту лечение артериальной гипертонии следует начать с

- комбинации ингибитора АПФ, статина, аспирина
- коррекции факторов риска, при сохранении АГ терапия одним лекарственным препаратом
- комбинации из минимум двух препаратов
- монотерапии на старте лечения

Рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов является сочетание

- ингибитора АПФ и антагониста кальция
- антагониста кальция и спиронолактона
- ингибитора АПФ с блокатором рецепторов ангиотензина II
- пролонгированного нитрата и петлевого диуретика

Учитывая наличие гипертрофии левого желудочка у пациента, предпочтительным является назначение препаратов из группы

- высокоселективных β -адреноблокаторов
- блокаторов имадозалиновых рецепторов
- ингибиторов АПФ
- диуретиков

Целевые значения АД у пациента менее + _____ + мм рт.ст.

- 130/80
- 120/80
- 110/70
- 150/95

Для коррекции гиперлипидемии пациенту следует

- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

К немедикаментозным методам лечения АГ у данного пациента относятся

- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет.

Жалобы

- * На интенсивные давящие боли за грудиной накануне ночью, приступ длился около 2-х часов, приём ибупрофена без эффекта.
- * На давящие и сжимающие боли за грудиной и одышку по дороге в поликлинику, боли проходили в покое; из-за частых остановок дорога в поликлинику вместо 10 минут заняла полчаса.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-х лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт.ст., по этому поводу обращался к врачу, однако рекомендованные препараты не принимает. При нерегулярных измерениях АД 140-150/80-90 мм рт.ст. Тогда же при обследовании выявлено повышение уровня общего холестерина до 7,4 ммоль/л и ЛПНП до 4,0 ммоль/л, лечение по этому поводу не назначалось – соблюдает диету.

В течение 4-х лет страдает сахарным диабетом 2 типа, наблюдается у эндокринолога, принимает метформин 500 мг * 2 раза в день. На фоне терапии гликемия натощак 6,0-7,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 6,7%.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

- * Работает продавцом в магазине мужской одежды.
- * Перенесённые заболевания: миокардит в детстве; хронический гастрит, обострения весной/осенью не чаще 1 раза в год; аппендэктомия в 18 лет.
- * Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 52 года, мать – СД 2 типа.
- * Аллергоанамнез: аллергических реакций не было.
- * Вредные привычки: курит с 15 лет (20-30 сигарет в день).

Объективный статус

Состояние тяжелое. Нормального питания, рост 1,89 м, вес 112 кг, индекс массы тела 31,35 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в небольшом количестве в нижних отделах обоих лёгких (ниже угла лопатки), частота

дыханий – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 50 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Осложнением основного заболевания является

- синдром ранней реполяризации левого желудочка
- острая левожелудочковая недостаточность Kilip II
- острое повреждение миокарда
- нарушение проводимости сердца: атриовентрикулярная блокада I степени

К сопутствующим патологиям у пациента относятся

- гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1 <7%

- гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск 3; Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень HbA1 <6,5%
- гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 4; Нарушение толерантности к глюкозе
- гипертоническая болезнь I стадии, 3 степени, риск 2; Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1 <7,5%

Тактика врача первичного звена заключается в

- экстренной госпитализации пациента в кардиологическое отделение
- плановой госпитализации после дообследования (проведения нагрузочного теста амбулаторно)
- плановой госпитализации пациента в кардиологическое отделение
- экстренной госпитализации пациента в сосудистый центр

Антиагрегантная терапия на первом (догоспитальном) этапе лечения этого пациента включает в себя приём

- 250 мг ацетилсалициловой кислоты и 600 мг клопидогреля
- 75 мг ацетилсалициловой кислоты и 75 мг клопидогреля
- 180 мг тикагрелора
- инфузию нефракционированного гепарина

Продолжительность приёма двойной антиагрегантной терапии в этой ситуации должна составлять не менее + _____ + месяцев

- 2
- 12
- 18
- 6

Помимо антитромботических препаратов в схему лечения пациента должны входить препараты из групп

- блокаторы кальциевых каналов, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, фибраты
- дигоксин, прямой ингибитор ренина, никотиновая кислота
- бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины
- блокаторы минералокортикоидных рецепторов, диуретики, ингибитор неприлизина

Целевые значения ЛПНП у данного пациента составляют менее + _____ + ммоль/л

- 2,5
- 3,0
- 1,2

- 1,4

В течение острого периода заболевания уровень гликемии у пациента должен быть не более + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 5,0
- 9,0
- 10,0

В плане вторичной профилактики пациент должен изменить свой образ жизни, а именно

- 8,0
- 5,0
- 9,0
- 10,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на

- * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- * тяжесть в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Работал токарем.

* С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил.

* Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на вершухе выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 8,0
- 5,0
- 9,0
- 10,0

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 8,0
- 5,0
- 9,0
- 10,0

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 8,0

- 5,0
- 9,0
- 10,0

С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

- альдостерона
- мозгового натрийуретического пептида (МНУП)
- гликозилированной гемоглобина
- мочевой кислоты

Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение

- спирометрии в пробе с бронходилататором
- радиоизотопной вентрикулографии в пробе с нитроглицерином
- ортостатической пробы
- теста 6-минутной ходьбы

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы
- сердечные гликозиды
- непрямые антикоагулянты

Диетические рекомендации для данного больного должны включать

- ограничение потребления соли и жидкости
- ограничение легкоусваиваемых углеводов
- увеличение доли белков животного происхождения (красное мясо, печень)
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

- диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов
- бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью

- бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

- фибрилляция предсердий
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- артериальная гипертензия
- тяжелая декомпенсация ХСН

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- ингибиторов карбоангидразы (диакарб)
- тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)
- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
- тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина
- частоты сердечных сокращений

При уменьшении явлений декомпенсации ХСН, но при сохраняющейся синусовой тахикардии данному пациенту со сниженной ФВ ЛЖ с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение

- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина
- частоты сердечных сокращений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

* На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при минимальной физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону, часто в покое.

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи). Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувостатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купированных нитроглицерином в течение 3-5 мин., а также боли и судороги в икроножных мышцах. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбидадинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетке возникают ежедневно, часто в покое, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет.
- * Наследственность: сведений нет
- * Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.
- * Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост 162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м². Т тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аускультации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Ослабление пульсации на артериях тыла стопы, подколенных артериях на обеих нижних конечностях. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- продолжительности регистрированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина
- частоты сердечных сокращений

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина
- частоты сердечных сокращений

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина
- частоты сердечных сокращений

Диагноз

Изменением на ЭКГ, выявленным у данного больного, является

- полная блокада правой ножки пучка Гиса
- фибрилляция предсердий, нормосистолический вариант
- атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются

- абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперурикемия
- курение, абдоминальное ожирение, сахарный диабет 2 типа
- малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем
- мужской пол, возраст

Наряду с устранением симптомов заболевания, основной целью медикаментозной терапии у данного больного является

- достижение идеального веса больного
- полное излечение пациента
- регресс коронарного атеросклероза
- профилактика сердечно-сосудистых событий

С учетом сохранения приступов стенокардии малых нагрузок, несмотря на адекватную антиангинальную терапию, пациенту показано

- проведение диагностической коронарографии
- проведение проб с дозированной физической нагрузкой
- увеличение дозы нитратов до максимально переносимых
- соблюдение больным постельного режима сроком до 1 месяца

Диетические рекомендации больного должны включать ограничение

- полиненасыщенных жирных кислот, в том числе из природных источников
- жирных сортов мяса
- клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей
- соли до 2 г/сут. и жидкости до 1200-1500 мл

Основным средством коррекции дислипидемии у больного является прием

- статинов
- холестирамина
- омега-3 ненасыщенных жирных кислот
- небольших доз алкоголя (до 1 дринка/сутки)

Целевым уровнем ХсЛНП у больного, страдающего стабильной ИБС и принимающего статины, является

- < 3 ммоль/л
- < 1,8 ммоль/л
- < 1 ммоль/л
- < 1,4 ммоль/л

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии являются

- короткодействующие нитраты
- препараты метаболического действия (триметазидин)
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

При невозможности назначения бета-адреноблокаторов (в связи с наличием противопоказаний) препаратами выбора для профилактики приступов стенокардии у больных ИБС являются

- короткодействующие нитраты
- препараты метаболического действия (триметазидин)
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

- * на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- * сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- * перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 мм рт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугодия приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала директором фабрики до 65 лет.
- * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет.
- * Замужем. Имеет 2 взрослых детей.
- * В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы.
- * Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м². На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передней-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- короткодействующие нитраты
- препараты метаболического действия (триметазидин)
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- короткодействующие нитраты
- препараты метаболического действия (триметазидин)
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз

- короткодействующие нитраты
- препараты метаболического действия (триметазидин)
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

На ЭКГ у данной больной выявляется

- атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха. Наджелудочковая экстрасистолия по типу бигеминии
- синоатриальная блокада 2 степени. Частая наджелудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- миграция водителя ритма по предсердиям. Гипертрофия правого желудочка и неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

- антитромбоцитарные препараты (аспирин)
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- неселективные бета-адреноблокаторы

Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

- заместительную гормональную терапию
- антагонисты рецепторов альдостерона
- ингибиторы АПФ
- пролонгированные нитраты

Диетические рекомендации у данной больной, страдающей ИБС и сахарным диабетом, должны содержать

- ограничение насыщенных жирных кислот и легкоусваиваемых углеводов
- ограничение потребления поваренной соли до 2 г в сутки и жидкости до 1200-1500 мл в сутки
- ограничение полиненасыщенных жирных кислот, в том числе из природных источников, и увеличение легкоусваиваемых углеводов
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей и увеличение насыщенных жирных кислот

Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют

- более 5 ммоль/л
- менее 1 ммоль/л
- менее 1,4 ммоль/л
- менее 3 ммоль/л

У данной больной при назначении ей бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

- отеки голеней
- артериальная гипертензия
- гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии
- желудочковая экстрасистолия

При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

- радиочастотной аблации очага эктопической активности
- транскатетерной имплантации аортального клапана
- чрезкожного коронарного вмешательства
- фибринолитической терапии тканевым активатором плазминогена

Для максимальной профилактики рестеноза на месте чрезкожного коронарного вмешательства у больной целесообразно использование

- стентов с лекарственным покрытием
- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямыми антикоагулянтами сроком до 12 месяцев
- комбинированной терапии статинами и фибратами
- голометаллических (непокрытых) стентов

Неблагоприятным побочным эффектом коронароангиографии со стороны почек у больной с сахарным диабетом и гипертонической болезнью может стать

- стентов с лекарственным покрытием
- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямыми антикоагулянтами сроком до 12 месяцев
- комбинированной терапии статинами и фибратами
- голометаллических (непокрытых) стентов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- * на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
- * Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.
- * Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ,

акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- стентов с лекарственным покрытием
- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямые антикоагулянтами сроком до 12 месяцев
- комбинированной терапии статинами и фибратами
- голометаллических (непокрытых) стентов

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- стентов с лекарственным покрытием
- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямые антикоагулянтами сроком до 12 месяцев
- комбинированной терапии статинами и фибратами
- голометаллических (непокрытых) стентов

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- стентов с лекарственным покрытием
- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямые антикоагулянтами сроком до 12 месяцев
- комбинированной терапии статинами и фибратами
- голометаллических (непокрытых) стентов

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

- подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка
- признаки ГЛЖ
- фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

- блокаторы рецепторов ангиотензина II
- комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

- блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии
- ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

- ограничение потребления соли и жидкости
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей
- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

- дилтиазем
- верапамил
- амлодипин
- короткодействующий нифедипин

Побочный эффект, возникновение которого ожидается у данного больного на фоне терапии бета-адреноблокаторами

- импотенция
- ощущение «приливов»
- гинекомастия
- синусовая тахикардия

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

- несоблюдение питьевого режима и нарушение диетических рекомендаций
- присоединение анемии или интеркуррентных инфекций
- самопроизвольное снижение дозы препаратов или отказ от назначенной терапии
- физические тренировки

Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

- TIMI
- SCORE
- ШОКС
- CHA₂-DS₂-VASc

Мероприятие по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного пациента

- TIMI
- SCORE
- ШОКС
- CHA₂-DS₂-VASc

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

* Боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,

* одышку при бытовых физических нагрузках, слабость, повышенную утомляемость,

* сердцебиение

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась

«аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
- * Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от онкологических заболеваний
- * Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания отрицает.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах с двух сторон. Хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- TIMI
- SCORE
- ШОКС
- CHA₂-DS₂-VASc

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- TIMI
- SCORE
- ШОКС

- CHA₂-DS₂-VASc

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- TIMI
- SCORE
- ШОКС
- CHA₂-DS₂-VASc

На ЭКГ у больной наблюдается такое изменение как

- наджелудочковая реэнтри-тахикардия. Гипертрофия правого предсердия
- фибрилляция предсердий, нормосистолический вариант. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в задне-диафрагмальной стенке левого желудочка
- трепетание предсердий с правильным проведением. Гипертрофия левого желудочка

Основной патогенетической терапии ХСН у больной являются

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- антикоагулянты
- сердечные гликозиды

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

- HEMORR2HAGES
- EuroSCORE II
- CHA₂DS₂-VASc
- Фрамингемская шкала риска (АТР-III)

Ежедневный прием пациенткой бисопролола представляет собой реализацию такой стратегии терапии нарушения ритма сердца, как

- восстановление и удержание синусового ритма
- медикаментозная кардиоверсия
- контроль частоты желудочковых сокращений
- первичная профилактика инфаркта миокарда

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

- ингибитор I₁-каналов синусового узла (ивабрадин)
- сердечные гликозиды (дигоксин)
- антагонисты ангиотензиновых рецепторов (валсартан)
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)

Больной показана терапия дигоксином в низких дозах, так именно такой режим сопряжен с наилучшими показателями

- средства “лиганд-рецептор”
- контроля артериального давления
- эффективности и безопасности препарата
- фармакоэкономической эффективности

Диетические рекомендации для больной включают

- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержания полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- ограничение легкоусваиваемых рафинированных углеводов

Наиболее вероятным механизмом появления систолического шума на митральном клапане у данной больной является

- относительная недостаточность митрального клапана
- дегенеративный сочетанный порок митрального клапана
- спонтанный отрыв хорды или одной из папиллярных мышц митрального клапана
- первичный инфекционный эндокардит митрального клапана

Больной противопоказан такой препарат, обладающий пульсурежающим действием, как

- относительная недостаточность митрального клапана
- дегенеративный сочетанный порок митрального клапана
- спонтанный отрыв хорды или одной из папиллярных мышц митрального клапана
- первичный инфекционный эндокардит митрального клапана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н. 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200

метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии. В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС.

Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Домохозяйка.
- * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет.
- * Замужем. Имеет 4 взрослых детей.
- * В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки.
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 60 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является

- относительная недостаточность митрального клапана

- дегенеративный сочетанный порок митрального клапана
- спонтанный отрыв хорды или одной из папиллярных мышц митрального клапана
- первичный инфекционный эндокардит митрального клапана

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- относительная недостаточность митрального клапана
- дегенеративный сочетанный порок митрального клапана
- спонтанный отрыв хорды или одной из папиллярных мышц митрального клапана
- первичный инфекционный эндокардит митрального клапана

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, наиболее вероятным диагнозом больной является

- относительная недостаточность митрального клапана
- дегенеративный сочетанный порок митрального клапана
- спонтанный отрыв хорды или одной из папиллярных мышц митрального клапана
- первичный инфекционный эндокардит митрального клапана

На ЭКГ у данной больной выявляется

- признаки гипертрофии левого желудочка
- трепетание предсердий с правильным проведением. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- фибрилляция предсердий. Гипертрофия правого желудочка
- синоатриальная блокада 3 степени. Замещающий АВ-узловой ритм

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии являются

- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

- комплексных поливитаминных препаратов
- заместительной гормональной терапии

- ингибитора АПФ
- метаболических препаратов (триметазидин)

В пищевом рационе больной целесообразно увеличить содержание

- жирных сортов мяса
- сладких газированных напитков
- поваренной соли
- свежих фруктов и овощей

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови с определением

- уровня креатинина и расчетом СКФ
- уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции
- уровня гликозилированного гемоглобина
- уровня печеночных трансаминаз и ГГТП

Побочным эффектом, возникновение которого возможно у данной больной на фоне терапии бета-адреноблокаторами, является

- покраснение лица, чувство приливов и головная боль
- брадикардия
- пароксизмы фибрилляции предсердий
- развитие гастропатии и симптоматических язв желудка

Для уточнения диагноза ИБС, при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение

- биохимических анализов крови для определения уровня кардиоспецифических ферментов (тропонинов)
- трансэзофагеального эхокардиографического исследования
- проб с дозированной физической нагрузкой
- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

В качестве дополнительного фактора риска неблагоприятного прогноза ИБС у данной больной следует рассматривать

- сохраненную фракцию выброса левого желудочка
- признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ
- отягощенный семейный анамнез
- сахарный диабет

В случае непереносимости бета-блокаторов в качестве антиангинальных препаратов у данной больной могут быть использованы

- сохраненную фракцию выброса левого желудочка

- признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ
- отягощенный семейный анамнез
- сахарный диабет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 53 лет обратился к врачу-кардиологу поликлиники

Жалобы

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предьявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит.
- * Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет
- * работает водителем-дальнобойщиком,
- * 32 года курит по 20 сигарет в день.
- * Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сохраненную фракцию выброса левого желудочка
- признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ
- отягощенный семейный анамнез
- сахарный диабет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- сохраненную фракцию выброса левого желудочка
- признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ
- отягощенный семейный анамнез
- сахарный диабет

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- сохраненную фракцию выброса левого желудочка
- признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ
- отягощенный семейный анамнез
- сахарный диабет

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

- биохимических анализов крови для определения уровня тропонинов
- проб с дозированной физической нагрузкой
- диагностической обзорной коронароангиографии
- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

Тактика лечения данного больного должна включать

- комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами
- экстренную госпитализацию в кардиохирургический стационар для проведения диагностической коронароангиографии
- увеличение дозы короткодействующих нитратов до максимально переносимой в комбинации с НПВС для профилактики и лечения головной боли
- только коррекцию модифицируемых факторов риска без назначения медикаментозной терапии

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет
+ _____ + мг/сут

- 25-50

- 500-1000
- 75-100
- 5-10

Для уменьшения ulcerогенного эффекта аспирина, назначаемого пациенту с хроническим гастритом, рекомендуется

- использовать ингибиторы протонной помпы
- принимать препарат натошак
- использовать «шипучие» растворимые формы
- использовать его в комбинации с энтеросорбентами

Коррекция рациона больного должна заключаться в

- увеличении говяжьего красного мяса и говяжьей печени
- полном отказе от употребления животных жиров
- уменьшении потребления соли до 7 г/сути жидкости до 2000 мл
- увеличении количества пищевых волокон

Препаратами выбора для коррекции дислипидемии у больного являются

- статины
- препараты полиненасыщенных жирных кислот
- холестирамин
- фибраты

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

- симптомная артериальная гипотензия и/или брадикардия
- бронхиальная обструкция со снижением ОФВ1 менее 60%
- увеличение продолжительности интервала скорректированного QT
- повышение активности печеночных трансаминаз

Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза у больного, является

- МРТ-ангиография коронарных артерий
- внутрисосудистое УЗИ коронарных артерий
- трансэзофагеальная эхокардиография
- обзорная и селективная коронароангиография

Основным диагностическим ЭКГ-признаком ишемии во время выполнения нагрузочных проб является появление

- МРТ-ангиография коронарных артерий
- внутрисосудистое УЗИ коронарных артерий

- трансэзофагеальная эхокардиография
- обзорная и селективная коронароангиография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23 лет обратилась к кардиологу по месту жительства

Жалобы

- * на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения, возникающие внезапно, сопровождающиеся дискомфортом в прекардиальной области, вне связи с физической нагрузкой, купирующиеся самостоятельно
- * на одышку, ощущение нехватки воздуха при средних физических нагрузках
- * на слабость, быструю утомляемость

Анамнез заболевания

Последние несколько лет на фоне стрессовой ситуации и переутомления стала отмечать вышеперечисленные жалобы, которые участились до 1 - 2-х раз в неделю (продолжительностью до 10-15 мин) за последний месяц.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работает секретарем-референтом
- * Перенесённые заболевания: пневмония
- * Наследственность: мать – АГ, отец - ИБС.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: нет.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное, вес - 57 кг, рост – 172 см. Т тела 36,5°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, нормальной влажности; пальпируемые группы лимфоузлов не изменены. Форма грудной клетки - коническая, ассиметрии нет. Тип дыхания - смешанный, частота дыханий в покое – 14 в минуту. При аускультации в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сосуды шеи не изменены. Тоны сердца: акцент 1-го тона на верхушке, шумов нет, ритм правильный. ЧСС 58 уд. в мин. АД - 110/75 мм рт. ст. Пульсация на периферических сосудах не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурии нет. Грубой очаговой неврологической симптоматики нет.

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациентки лабораторные методы обследования

- МРТ-ангиография коронарных артерий
- внутрисосудистое УЗИ коронарных артерий
- трансэзофагеальная эхокардиография
- обзорная и селективная коронароангиография

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациентки инструментальные методы обследования

- МРТ-ангиография коронарных артерий
- внутрисосудистое УЗИ коронарных артерий
- трансэзофагеальная эхокардиография
- обзорная и селективная коронароангиография

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у данной пациентки является

- МРТ-ангиография коронарных артерий
- внутрисосудистое УЗИ коронарных артерий
- трансэзофагеальная эхокардиография
- обзорная и селективная коронароангиография

Синдром WPW включает

- увеличение интервала PQ/PR более 120 мсек; отсутствие нормальной синусовой волны P
- увеличение интервала QT более 120 мсек ; смещение сегмента ST ниже изолинии
- мономорфные волны F менее 340 в минуту; отрицательную волну T
- укорочение интервала PQ/PR менее 120 мсек; регистрацию на начальном отклонении зубца R дельта-волны

Наиболее часто встречающейся формой наджелудочковой тахикардии при синдроме WPW является пароксизмальная

- трепетание предсердий
- ортодромная реципрокная тахикардия
- антидромная реципрокная тахикардия
- фибрилляция предсердий

Для профилактики повторных приступов наджелудочковых тахикардий при синдроме WPW данной пациентке показано назначение

- дигоксина
- нормодипина
- амиодарона
- нитроглицерина

Для оценки эффективного рефрактерного периода дополнительного пути проведения и определения дальнейшей тактики лечения пациентам с синдромом WPW показано проведение

- метода Вальсальвы
- компьютерной томографии
- чреспищеводной электростимуляции сердца
- магнитно-резонансной томографии

В основе пароксизмальной ортодромной реципрокной тахикардии (ПОРТ) лежит циркуляция импульсов между предсердиями и желудочками

- антероградно по АВ-узлу и пучку Кента
- ретроградно по АВ-узлу и пучку Кента
- антероградно по АВ-узлу и ретроградно по пучку Кента
- ретроградно по АВ-узлу и антеградно по пучку Кента

Одной из причин высокого риска осложнений и/или ранней/внезапной смерти у больных с дисплазией соединительной ткани и выраженными морфофункциональными нарушениями являются

- астенический, псевдоконстриктивный варианты торакодиафрагмального сердца
- пролапсы клапанов без миксоматозной дегенерации, с регургитацией 1-й степени или без таковой
- пролапсы клапанов с миксоматозной дегенерацией (толщина створок 3 мм и более) и/или регургитацией 2-4-й степени
- нарушения ритма: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, миграция водителя ритма

Хирургическим методом лечения синдрома WPW является катетерная абляция

- синусового узла с постановкой постоянного электрокардиостимулятора
- «медленного» пути AV-узла
- предсердного узла
- дополнительного пути проведения (ДПП)

Начальная самопомощь при пароксизме наджелудочковой тахикардии у больных с синдромом WPW включает в себя

- приведение больного в позу анти-Тренделенбурга
- пробу Вальсальвы
- массаж области сердца
- теплые ножные ванны

После проведения радиочастотной катетерной абляции рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение + _____ + недели/недель

- приведение больного в позу анти-Тренделенбурга
- пробу Вальсальвы
- массаж области сердца
- теплые ножные ванны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А., 67 лет, поступила в клинику для обследования и лечения

Жалобы

- * на головные боли, преимущественно в затылочной области,
- * мелькание «мушек» перед глазами,
- * ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 220/120 мм рт. ст.,
- * перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

- * головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось максимальное повышение АД до 180/100 мм. рт. ст.
- * не обследовалась, нерегулярно принимала каптоприл под язык с неполным эффектом.
- * ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев, когда стали возникать ощущения перебоев в работе сердца, что пациентка связывает со значительным эмоциональным перенапряжением.

Анамнез жизни

- * мать пациентки страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения.
- * отец умер в возрасте 45 лет от обширного инфаркта миокарда.
- * менопауза с 52 лет.
- * курит до пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела 34,2 кг/м. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. АД 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- приведение больного в позу анти-Тренделенбурга
- пробу Вальсальвы
- массаж области сердца

- теплые ножные ванны

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- приведение больного в позу анти-Тренделенбурга
- пробу Вальсальвы
- массаж области сердца
- теплые ножные ванны

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз следует сформулировать как

- приведение больного в позу анти-Тренделенбурга
- пробу Вальсальвы
- массаж области сердца
- теплые ножные ванны

У пациентки на ЭКГ регистрируется

- наджелудочковая экстрасистолия
- фибрилляция предсердий
- желудочковая экстрасистолия
- АВ-блокада 2 ст

У пациентки отсутствует

- метаболический синдром
- аритмический синдром
- синдром артериальной гипертензии
- нефротический синдром

Заболеванием, которое необходимо исключить у данной пациентки, с учетом имеющихся факторов риска, является

- ишемическая болезнь сердца
- бронхиальная астма
- хроническая сердечная недостаточность
- идиопатическая желудочковая экстрасистолия

Пациентке необходимо рекомендовать ограничение употребления

- поваренной соли
- щавеля, шпината
- рыбы жирных сортов

- продуктов, богатых пуринами

Пациентке следует рекомендовать

- увеличение потребления жидкости до 2 литров в сутки
- отказ от курения
- ограничение занятий спортом
- ограничение продуктов, богатых пуринами

Оптимальной продолжительностью физических упражнений умеренной интенсивности при гипертонии является аэробная нагрузка не менее + _____ + мин на протяжении + _____ + дней в неделю

- 20; 5-7
- 30; 5-7
- 30; 2-3
- 20; 3-5

Наиболее рациональной фиксированной комбинацией для данной пациентки является

- альфа-адреномиметик + ингибитор АПФ
- петлевой диуретик + блокатор рецепторов к ангиотензину
- ингибитор АПФ + блокатор кальциевых каналов
- препарат центрального действия + тиазидоподобный диуретик

При бессимптомных эпизодах повышения АД до 170/90 на фоне антигипертензивной терапии следует

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи в/в введения р-ра магния сульфата
- продолжить подбор антигипертензивной терапии согласно классической схеме
- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи нифедипина и/или каптоприла
- в связи с гипертоническим кризом однократно назначить моксонидин в дополнение к основной схеме

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи в/в введения р-ра магния сульфата
- продолжить подбор антигипертензивной терапии согласно классической схеме
- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи нифедипина и/или каптоприла

- в связи с гипертоническим кризом однократно назначить моксонидин в дополнение к основной схеме

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 43-х лет госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы

- * на учащенное ритмичное сердцебиение,
- * чувство нехватки воздуха,
- * тошноту,
- * слабость.

Анамнез заболевания

- * подобные приступы возникали у пациентки с 15 лет один раз в 3-4 года, начинались внезапно, длились 5-10 минут и купировались также внезапно самостоятельно или после глубокого вдоха с задержкой дыхания, после приступа, как правило, отмечала обильное мочеиспускание. К врачам не обращалась, не обследовалась.
- * в течение последних двух лет приступы участились и возникали каждые полгода,
- * данный приступ развился без очевидных провоцирующих факторов около двух часов назад, купировать его задержкой дыхания не удалось.

Анамнез жизни

- * мать пациентки страдает гипертонической болезнью, перенесла острое нарушение мозгового кровообращения,
- * отец умер в возрасте 45 лет от рака желудка,
- * менструации с 13 лет, регулярные, 2 беременности, 2 родов,
- * курит по 5 сигарет в день в течение 15 лет, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Конституция нормостеническая, рост 173 см, вес 68 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД 85/55 мм рт. ст. ЧСС - 185 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи в/в введения р-ра магния сульфата
- продолжить подбор антигипертензивной терапии согласно классической схеме

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи нифедипина и/или каптоприла
- в связи с гипертоническим кризом однократно назначить моксонидин в дополнение к основной схеме

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи в/в введения р-ра магния сульфата
- продолжить подбор антигипертензивной терапии согласно классической схеме
- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи нифедипина и/или каптоприла
- в связи с гипертоническим кризом однократно назначить моксонидин в дополнение к основной схеме

Результаты лабораторного метода обследования

Диагноз следует сформулировать как

- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи в/в введения р-ра магния сульфата
- продолжить подбор антигипертензивной терапии согласно классической схеме
- в связи с гипертоническим кризом экстренно начать снижение АД при помощи нифедипина и/или каптоприла
- в связи с гипертоническим кризом однократно назначить моксонидин в дополнение к основной схеме

Нарушениями ритма, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, являются

- синдромом Фредерика
- желудочковая тахикардия
- синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW)
- наджелудочковая экстрасистолия

Зарегистрированный на ЭКГ приступ НЕ является желудочковой тахикардией, т.к.

- комплекс QRS узкий
- отсутствуют зубцы Р
- ЧСС 185 уд/мин
- ритм правильный

К вагусным пробам относится

- рефлекс Оппенгейма
- рефлекс Китаев
- рефлекс Бейнбриджа
- проба Вальсальвы

Причиной обильного мочеиспускания после приступов у пациентки является

- повышение продукции предсердного натрийуретического пептида
- перегрузка левого желудочка в связи с гиперволемией
- нарушение перфузии почек
- относительная недостаточность кровообращения

Купировать приступ тахикардии у данной пациентки возможно при помощи

- внутривенного введения поляризующей смеси
- внутривенного введения эналаприла
- перорального приема бисопролола
- внутривенного введения АТФ или верапамила

Показанием для проведения электроимпульсной терапии для купирования наджелудочковой тахикардии является

- выраженная вегетативная симптоматика
- артериальное давление более 160/100 мм рт.ст.
- ЧСС более 180 уд/мин
- острая левожелудочковая недостаточность

Оптимальным антиаритмическим препаратом для медикаментозной профилактики приступов тахикардии является

- дигоксин
- верапамил
- эналаприл
- аденозин (АТФ)

При неэффективности медикаментозной антиаритмической терапии целесообразно

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- выполнение радиочастотной катетерной абляции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А., 63 лет, доставлена машиной «скорой медицинской помощи» в кардиореанимацию больницы, оснащенной круглосуточной рентген-операционной и опытными эндоваскулярными хирургами

Жалобы

- * на интенсивные давящие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку
- * на чувство страха, озноб

Анамнез заболевания

- * в течение последнего года беспокоили жгучие боли, тяжесть за грудиной при подъеме на третий этаж с тяжелой сумкой в руках. Боли длились 3-5 минут, купировались в покое.
- * около недели назад отметила ухудшение самочувствия: описанные выше боли стали возникать ежедневно при подъеме на 1 этаж или при непрерывной ходьбе на 300 м
- * около 40 минут назад во время уборки квартиры появились интенсивные давящие боли в груди, иррадиирующие в левую руку, которые не прошли в покое, холодный пот, озноб, чувство страха, в связи с чем пациентка вызвала бригаду «скорой медицинской помощи».

Анамнез жизни

- * мать умерла в 78 лет от инсульта, страдала гипертонической болезнью.
- * отец умер в возрасте 45 лет от обширного инфаркта миокарда.
- * курила до пачки сигарет в день в течение 20 лет, последние 10 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 32,3 кг/м². Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 95/мин. АД - 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- выполнение радиочастотной катетерной абляции

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Результаты инструментального обследования

На основании полученных результатов обследования данной пациентке можно поставить диагноз

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

На ЭКГ, снятой при поступлении в стационар, помимо подъема сегмента ST, отмечается нарушение проводимости

- АВ-блокада 2 степени, I типа
- АВ-блокада 3 степени
- АВ-блокада 2 степени, II типа
- АВ-блокада 1 степени

Локализация ишемических изменений на ЭКГ соответствует бассейну

- артерии тупого края
- легочной артерии
- огибающей артерии
- правой коронарной артерии

За неделю до развития приступа, послужившего причиной госпитализации, у пациентки развилась нестабильная стенокардия, которая относится к клиническому варианту

- прогрессирующая стенокардия напряжения
- стенокардия покоя
- впервые возникшая стенокардия
- ранняя постинфарктная стенокардия

Пациентке показано выполнение

- мультиспиральной компьютерной томографии сердца с контрастом для оценки состояния коронарного русла
- коронароангиографии и баллонной ангиопластики инфаркт-связанной коронарной артерии без стентирования

- коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной коронарной артерии
- коронароангиографии для оценки состояния коронарного русла без последующей баллонной ангиопластики

В случае выполнения стентирования данной пациентке целесообразно предпочесть

- голометаллические стенты
- стенты, выделяющие лекарство, первого поколения
- пластиковые стенты
- стенты, выделяющие лекарство, второго поколения

Оптимальная для данной больной двойная антитромбоцитарная терапия включает в себя

- клопидогрел и тикагрелор
- ацетилсалициловую кислоту и тикагрелор
- ацетилсалициловую кислоту и варфарин
- клопидогрел и варфарин

Пациентке показано назначение

- петлевых диуретиков
- статинов
- аллапинина
- бета-блокаторов

У данной пациентки можно воздействовать на следующий модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Пациентка относится к + ____ + группе состояния здоровья

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача мужчина, 75 лет, увлекается бегом

Жалобы

Слабость при нагрузке, одышка при быстрой ходьбе, ощущение дискомфорта в груди

Анамнез заболевания

Ранее жалоб не возникало, указанного характера боли появились неделю назад без видимой причины.

С детства отмечается тенденция к брадикардии. Указал, что частота пульса часто была в пределах 50-60 в минуту.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Не работает.

* Перенесённые заболевания: ОРВИ, ХОБЛ.

* Наследственность: родителей не помнит, брат умер внезапно в возрасте 70 лет.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: нет.

Последние полгода часто пользуется снотворными и седативными препаратами

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения, рост 1,72 м, вес 76 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца не приглушены, ритмичные, ЧСС 58 в минуту. АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными и инструментальными методами обследования, которые следует провести незамедлительно, являются

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Результаты обследования

Инструментальным методом обследования, который следует провести для постановки диагноза, является

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Результаты инструментального обследования

Диагноз, который можно поставить данному больному, следующий

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Для уточнения причины блокады требуется выполнить

- семейный анамнез
- ожирение
- возраст
- курение

Результаты дополнительного обследования

Показания к госпитализации у пациента

- есть, в случае наличия в анамнезе обмороков
- есть, в случае неэффективности консервативной терапии в течение 2 недель
- однозначно есть
- однозначно нет

Пациенту показаны

- общий режим и не ограничение физических нагрузок
- анаэробные физические нагрузки
- аэробные физические нагрузки
- исключение физической нагрузки и палатный режим

Тактика ведения пациента заключается в

- подборе оптимальной терапии, включая агонисты бета-адрено рецепторов
- назначении терапии, выписке пациента, проведении реабилитации
- немедленной имплантации ЭКС
- динамическом наблюдении, проведении повторного мониторинга ЭКГ

Пациенту рекомендовано

- воздержаться от назначения антиаритмических препаратов
- назначить кордарон
- назначить бета-адреноблокаторы
- назначить сотагексал

Среди антигипертензивных препаратов следует отдать предпочтение

- фелодипину с достижением целевого уровня АД – 120/80 мм рт.ст
- эпизодическому приему каптоприла при повышении уровня АД выше 150/90 мм рт.ст
- бета-адреноблокаторам и/или мочегонным препаратам
- постоянному приёму стартеров с целевым уровнем АД 130/80 мм рт.ст

Наиболее предпочтительным вариантом ЭКС является

- однокамерный стимулятор
- однокамерный стимулятор с режимом частот адаптации
- кардиовертер-дефибриллятор
- двухкамерный стимулятор

Снотворные / седативные препараты следует

- не отменять: следует повысить дозу седативных препаратов
- не отменять: препараты не влияют на внутрисердечную проводимость
- не отменять: их следует сочетать с атропином
- отменить до имплантации ЭКС

Занятия бегом следует

- не отменять: следует повысить дозу седативных препаратов
- не отменять: препараты не влияют на внутрисердечную проводимость
- не отменять: их следует сочетать с атропином
- отменить до имплантации ЭКС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача мужчина, 55 лет.

Жалобы

Периодическая боль в груди давящего характера после физической нагрузки, сопровождается онемением левой руки. В день консультации утром – очередной эпизод болей длительностью 10 минут во время поездки в транспорте.

Анамнез заболевания

Ранее жалоб не возникало, указанного характера боли появились неделю назад без видимой причины.

С детства отмечается тенденция к гипотонии. Уровень артериального давления часто 90-100/60-70 мм рт.ст.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Работает водителем.

* Перенесённые заболевания: сезонный аллергический ринит (в период

цветения деревьев).

* Наследственность: отец умер внезапно в возрасте 48 лет.

* Аллергоanamнез: цитрусовые, пенициллин - явления крапивницы.

* Вредные привычки: курит с 18 лет (до 20 сигарет в день).

Часто употребляет копчености, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Гипертеник, рост 1,77 м, вес 68 кг, t тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца не приглушены, ритмичные, ЧСС 62 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- не отменять: следует повысить дозу седативных препаратов
- не отменять: препараты не влияют на внутрисердечную проводимость
- не отменять: их следует сочетать с атропином
- отменить до имплантации ЭКС

Результаты лабораторного обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- не отменять: следует повысить дозу седативных препаратов
- не отменять: препараты не влияют на внутрисердечную проводимость
- не отменять: их следует сочетать с атропином
- отменить до имплантации ЭКС

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом данного пациента является

- не отменять: следует повысить дозу седативных препаратов
- не отменять: препараты не влияют на внутрисердечную проводимость
- не отменять: их следует сочетать с атропином
- отменить до имплантации ЭКС

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться

- в стационаре
- в стационаре, в случае неэффективности консервативной терапии в течение 2 недель

- в стационаре, в случае неэффективности консервативной терапии в течение недели
- амбулаторно

**Пациенту следует рекомендовать антитромботическую терапию:
ацетилсалициловая кислота {plus}**

- надропарин кальций
- клопидогрель в нагрузочной дозе
- клопидогрель в стандартной дозе
- клопидогрель + надропарин кальций

План ведения пациента предусматривает

- немедленное проведение коронароангиографии и реваскуляризации миокарда
- проведение реваскуляризации миокарда через месяц после купирования остроты процесса
- проведение подбора оптимальной терапии, включая бета-адреноблокаторы и нитраты, реваскуляризацию миокарда при неэффективности лечения
- назначение терапии, выписку из стационара, проведение курса реабилитации

**Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения
необходим через**

- 1 месяц и далее раз в год
- каждые 2-3 часа в течение первых 1-3 суток
- 1 неделю
- 2 недели, при условии отсутствия жалоб

Пациенту показаны

- анаэробные физические нагрузки
- общий режим и не ограничение нагрузок
- аэробные физические нагрузки
- исключение физической нагрузки и палатный режим

Перевод в общее отделение из палаты интенсивной терапии возможен

- не раньше, чем через неделю
- при неосложненном течении ОКС через 3 дня от начала болей
- в конце первых суток после поступления
- через 2-3 недели

**В качестве дополнительной терапии данному пациенту показано
назначение + _____ + препаратов**

- антигистаминных
- спазмолитических
- антацидных
- противокашлевых

Тактика кардиологической реабилитации включает

- первый этап, который проводится до проведения реваскуляризации миокарда
- реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев от развития острого коронарного синдрома
- первый этап реабилитации, который следует начать в стационаре, как можно раньше после реваскуляризации
- первый этап, который должен проводиться сразу после выписки пациента, желательно в санатории кардиологического профиля

Повторное обследование требуется один раз в

- первый этап, который проводится до проведения реваскуляризации миокарда
- реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев от развития острого коронарного синдрома
- первый этап реабилитации, который следует начать в стационаре, как можно раньше после реваскуляризации
- первый этап, который должен проводиться сразу после выписки пациента, желательно в санатории кардиологического профиля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Т., 75 лет, пенсионерка, обратилась к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку и боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при обычной физической нагрузке, проходящие в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * боли в эпигастрии после еды, уменьшающиеся после приема антацидных препаратов,
- * повышение АД несмотря на медикаментозную терапию

Анамнез заболевания

Около 30 лет отмечает повышение АД максимально до 170/90 мм рт.ст., по поводу чего был назначен капотен, от приема которого пациентка в последующем вынуждена была отказаться в связи с развившимся отеком Квинке. Около 20 лет назад впервые появились эпизоды сжимающих болей за грудиной в ответ на нагрузку. Наблюдалась у кардиолога, выполняла рекомендации, однако постепенно снизилась толерантность к нагрузке. В настоящее время получает валсартан 80 мг 2 р/д, бисопролол 2,5 мг утром,

розувастатин 20 мг вечером, аспирин 75 мг вечером. Также в течение длительного времени отмечает появление болей в области эпигастрия, возникающих через 30-50 мин после приема пищи, особенно острой, уменьшающихся после приема альмагеля. Со слов больной, полгода назад было рекомендовано обследование: серологическая диагностика на *Helicobacter pylori* с последующим решением вопроса о проведении стандартной трехкомпонентной эрадикационной терапии. От обследования и дальнейшего лечения пациентка отказалась, принимала только антациды «по требованию». Настоящее ухудшение около 2-х недель, когда участились боли в эпигастрии, усилилась изжога.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работала стоматологом, в настоящее время на пенсии
- * Вредные привычки отрицает
- * Аллергологический анамнез: отек Квинке на прием капотена
- * Семейный анамнез: Отец больной умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, умерла в 60 лет от ОССН.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 94 кг, ИМТ 32,5 кг/м². Кожные покровы бледные. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,2⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с притуплением с двух сторон ниже углов лопаток. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 160/85 мм рт.ст. Пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии, там же – положительный симптом Менделя. Живот умеренно вздут по ходу толстого кишечника. Размеры печени: 10x9x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Диурез в норме. Отмечает склонность к запорам.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- первый этап, который проводится до проведения реваскуляризации миокарда
- реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев от развития острого коронарного синдрома
- первый этап реабилитации, который следует начать в стационаре, как можно раньше после реваскуляризации
- первый этап, который должен проводиться сразу после выписки пациента, желательно в санатории кардиологического профиля

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- первый этап, который проводится до проведения реваскуляризации миокарда
- реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев от развития острого коронарного синдрома
- первый этап реабилитации, который следует начать в стационаре, как можно раньше после реваскуляризации
- первый этап, который должен проводиться сразу после выписки пациента, желательно в санатории кардиологического профиля

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- первый этап, который проводится до проведения реваскуляризации миокарда
- реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев от развития острого коронарного синдрома
- первый этап реабилитации, который следует начать в стационаре, как можно раньше после реваскуляризации
- первый этап, который должен проводиться сразу после выписки пациента, желательно в санатории кардиологического профиля

По результатам эхокардиографии пациентка имеет ФВ ЛЖ 45%, что соответствует

- СН-кФВ (СН с компенсированной ФВ)
- СН-сФВ (СН с сохраненной ФВ)
- СН-пФВ (СН с промежуточной ФВ)
- СН-нФВ (СН с низкой ФВ)

В схему первой линии эрадикации *H. pylori* входят

- амоксициллин, кларитромицин, омепразол
- Де-Нол, кларитромицин, амоксициллин
- омепразол, препарат висмута, цефиксим
- левофлоксацин, омепразол, метронидазол

У пациентки с основным диагнозом ишемической болезни сердца обязательными для приема препаратами, наряду с бета-адреноблокаторами и антиагрегантами, являются

- ингибиторы АПФ
- статины
- диуретики

- блокаторы рецепторов ангиотензина

Необходимость назначения блокатора ангиотензиновых рецепторов вместо ИАПФ в качестве терапии «первой линии» у больной с ХСН могла быть обусловлена наличием

- хронического *H. pylori*-ассоциированного гастрита
- ангионевротического отека в анамнезе
- отягощенного по заболеваниям сердечно-сосудистой системы семейного анамнеза
- глаукомы с повышением внутриглазного давления более 24 мм рт.ст.

Стратегия снижения веса у больной с ожирением 1 ст. (ИМТ 32,5 кг/м²) должна заключаться в рекомендации

- использования методов бариатрической хирургии
- дозированных, тщательно спланированных физических аэробных нагрузок и диеты с ограничением животных жиров
- использования диеты Аткинса при сохранении малоподвижного образа жизни
- соблюдения разгрузочных дней, регулярных физических нагрузок (4 раза в неделю по 1,5 часа)

Целевым показателем липидограммы при применении статинов у больной с ИБС является + _____ + ммоль/л

- ХС-ЛНП менее 1,8
- ХС-ЛВП менее 1,8
- ХС-ЛВП более 2,5
- ХС-ЛНП менее 1,4

Основными целями медикаментозного лечения ИБС являются

- регрессирование явлений хронической болезни почек (целевая СКФ >60 мл/мин/1,73м²) и уменьшение отечного синдрома
- устранение симптомов стенокардии и предотвращение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий
- снижение и удержание веса и нормализация уровня липидов крови для уменьшения размеров атеросклеротических бляшек
- поддержание артериального давления в пределах целевых значений, профилактика тромбоэмболических осложнений

Независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС у больной является наличие

- ожирения 1 ст.
- *H. pylori*

- отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза
- артериальной гипертензии

Для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений больной, принимающей препараты ацетилсалициловой кислоты, рекомендуется

- ожирения 1 ст.
- *H. pylori*
- отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза
- артериальной гипертензии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сухость во рту, жажду,
- * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работал мастером по металлу
- * Вредные привычки отрицает
- * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные

покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела $36,9^{\circ}\text{C}$. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ожирения 1 ст.
- *H. pylori*
- отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза
- артериальной гипертензии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ожирения 1 ст.
- *H. pylori*
- отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза
- артериальной гипертензии

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый диагноз?

- ожирения 1 ст.
- *H. pylori*
- отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза
- артериальной гипертензии

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

- СКФ по СКД-ЕПІ= 66,46 мл/мин/1,73 м²
- осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н₂О
- HbA_{1c} = 7,8%
- тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

- глибенкламид
- ингибитор альфа-гликозидазы
- метформин
- инсулин короткого действия

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- ингибитор АПФ
- тиазидных диуретиков
- дигидропиридиновых антагонистов кальция

Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

- замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)
- отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете
- продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)
- замене метопролола на карведилол или небиволол

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

- синусовая тахикардия
- артериальная гипертензия
- гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии
- прогрессирование гипертрофии левого желудочка

Целевым показателем липидного обмена при сочетании сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний является достижение _____ ммоль/л

- ХС-ЛНП менее 2,0
- ХС-ЛНП менее 1,4
- ХС-ЛВП более 3,0
- общего холестерина менее 7,5

К препаратам, применяемым у данного больного в качестве дополнения к ингибиторам АПФ с целью снижения риска госпитализации и смерти, относятся

- бета-блокаторы
- блокаторы ангиотензиновых рецепторов
- непрямые антикоагулянты
- тиазидные диуретики

Острый инфаркт миокарда в анамнезе, протекавший без «интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью», может быть связан с наличием у больного

- отягощенного семейного анамнеза
- низкого порога болевой чувствительности
- артериальной гипертензии
- сахарного диабета

У данного пациента с ИБС, ХСН и сахарным диабетом, имеющего признаки повреждения печени (повышение сывороточных трансаминаз, дискомфорт и чувствительность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов, в первую очередь необходимо обследование пациента для уточнения наличия

- отягощенного семейного анамнеза
- низкого порога болевой чувствительности
- артериальной гипертензии
- сахарного диабета

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной И., 60 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологическое отделение многопрофильного стационара

Жалобы

- * на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, в т.ч. приступы пароксизмальной ночной одышки
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * массивные отеки нижних конечностей с мацерацией кожных покровов и лимфореями, отек мошонки, передней брюшной стенки
- * увеличение размеров живота, дискомфорт в правом подреберье,
- * учащенное сердцебиение,
- * уменьшение количества выделяемой мочи

Анамнез заболевания

Около 18 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным АД 170/110 мм рт.ст. Чувствует себя удовлетворительно при АД 130/80 мм рт.ст. Два года

назад впервые возник приступ интенсивных загрудинных болей, продолжавшихся более 6 ч. и сопровождавшихся нарастающей одышкой. Пациент, находившийся в это время за городом, не мог обратиться за медицинской помощью, самостоятельно принимал нитроглицерин, несколько уменьшавший интенсивность болевого синдрома, но полностью его не купирующий. Лишь на 2-е сутки заболевания был доставлен в стационар, где был диагностирован острый передне-распространенный инфаркт миокарда, получал консервативное лечение. Постинфарктный период осложнился формированием постинфарктной аневризмы со снижением ФВ ЛЖ до 25%. После выписки наблюдался кардиологом, назначенные в стационаре препараты (периндоприл 5 мг, бисопролол 10 мг/сут., верошпирон 25 мг/сут., торасемид 5 мг, аторвастатин 20 мг/сут., аспирин 75 мг) принимал регулярно, несмотря на это периодически возникали эпизоды усиления одышки и нарастания отека синдрома, требовавшие повторных госпитализаций и усиления диуретической терапии за счет внутривенного введения препаратов. Последняя госпитализация 2 месяца назад. Первое время после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последнего месяца стала постепенно нарастать одышка, снизилась толерантность к нагрузкам, увеличились явления отека-асцитического синдрома. Причиной вызова бригады СМП стал продолжительный приступ инспираторной одышки, возникший в ночное время.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, в юности занимался спортом, к.м.с. по футболу.
- * Работал тренером в спортивной школе. После инфаркта - на пенсии по инвалидности II гр.
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Семейный анамнез: точно неизвестен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 80 кг, ИМТ= 25,8 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. Симметричные массивные отеки стоп, голеней, задней поверхности бедер, передней брюшной стенки (феномен апельсиновой корки), поясницы. На коже передней поверхности нижней и средней трети голеней мацерации и лимфорея. Т тела 36,6⁰С. Грудная клетка бочкообразной формы, симметричная. ЧДД 26 в минуту, Sat 88%. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется коробочный звук, в нижних отделах обоих легких притупление перкуторного звука, справа ниже уровня VIII ребра – тупой звук. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах на фоне ослабленного дыхания – влажные мелкопузырчатые хрипы. При пальпации области сердца определяется сердечный толчок, определяется парадоксальное систолическое выбухание в области верхушки левого желудочка. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 1 см кнаружи от передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке и протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет асцита,

мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см, ее плотноватый край пальпируется на 5 см ниже края реберной дуги. Почки не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- отягощенного семейного анамнеза
- низкого порога болевой чувствительности
- артериальной гипертензии
- сахарного диабета

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- отягощенного семейного анамнеза
- низкого порога болевой чувствительности
- артериальной гипертензии
- сахарного диабета

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый диагноз - это

- отягощенного семейного анамнеза
- низкого порога болевой чувствительности
- артериальной гипертензии
- сахарного диабета

Скрининговым методом, проводимым для уточнения патологического процесса в легких, клинически проявляющегося притуплением перкуторного звука и появлением незвонких влажных хрипов, является

- спирометрия в пробе с бронходилататором
- катетеризация правых отделов сердца через легочную артерию
- рентгенография легких
- ангиопульмонография

Больному с тяжелой декомпенсацией ХСН в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)
- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
- ингибиторов карбоангидразы (диакарб)
- тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

Лечение железодефицитной анемии у больного должно заключаться в назначении

- стимулятора синтеза эритропоэтина
- железа карбоксимальтозата
- диетотерапии с повышенным содержанием говяжьего мяса и говяжьей печени
- сульфата железа с аскорбиновой кислотой

Помимо лекарственной терапии в условиях стационара больной с декомпенсацией ХСН и признаками гипоксии должен получать

- респираторную поддержку
- терапию в условиях реанимационного отделения
- консультацию психотерапевта
- ингаляционную терапию бронхолитиками через небулайзер

Профилактика тромбоэмболических осложнений у больного с ХСН с низкой ФВ ЛЖ и тромбозом аневризмы должна заключаться в

- назначении двойной антиагрегантной терапии
- назначении антикоагулянтов
- эндоваскулярной установке кава-фильтра
- эластичном бинтовании нижних конечностей

Для устранения синусовой тахикардии, сохраняющейся, несмотря на прием оптимальных (максимальных) доз бета-адреноблокаторов, к проводимой терапии, следует добавить

- верапамил
- кандесартан
- эплеренон
- дигоксин

Если у данного больного на фоне приема ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов и внутривенного введения диуретиков значительно уменьшилась выраженность декомпенсации ХСН (одышка, отечный синдром), однако возникло снижение АД до 90/60 мм рт.ст., коррекция медикаментозной терапии должна заключаться в

- уменьшении дозы диуретиков
- отмене бета-адреноблокаторов
- назначении негликозидных препаратов с положительным инотропным действием
- замене ингибиторов АПФ на блокатор рецепторов ангиотензина II

Для уменьшения давления в малом круге кровообращения у пациента с симптомами сердечной астмы наряду с диуретиками целесообразно внутривенное введение

- тромболитиков
- коллоидных плазмозаменителей
- нитратов
- сердечных гликозидов

Радикальным способом лечения больного с тяжелой ХСН, рефрактерной к консервативной терапии, является

- тромболитиков
- коллоидных плазмозаменителей
- нитратов
- сердечных гликозидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое,
- * боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке,
- * усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение,
- * дискомфорт в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота,
- * перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение,
- * слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работал слесарем.
- * Вредные привычки отрицает

* Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела $36,5^{\circ}\text{C}$. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 180/112 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными исследованиями являются

- тромболитиков
- коллоидных плазмозаменителей
- нитратов
- сердечных гликозидов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- тромболитиков
- коллоидных плазмозаменителей
- нитратов
- сердечных гликозидов

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- тромболитиков
- коллоидных плазмозаменителей
- нитратов

- сердечных гликозидов

Для оценки симптомов ФП целесообразно использовать шкалу + _____ + с дальнейшим указанием в диагнозе

- Глазго
- ШОКС
- EHRA
- CHA2DS-VASc

При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать

- антиаритмические препараты
- сердечные гликозиды
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- диуретики

Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента + _____ + , которые отсутствуют в ранее назначенной терапии

- блокаторы кальциевых каналов
- ингибиторы АПФ
- М-холиноблокаторы
- антагонисты витамина К

Основной целью приема дабигатрана у данного больного является профилактика

- тромбоемболических осложнений
- прогрессирования хронической болезни почек
- снижения сократительной способности левого желудочка и прогрессирования явлений ХСН
- развития первичного инфаркта миокарда

Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в

- использовании торасемида или фуросемида во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг
- замене верошпирона на фуросемид в таблетированной форме в дозе 60 мг/сут и увеличении дозы торасемида в два раза
- продолжении приема торасемида и верошпирона в привычной для пациента дозировке
- замене принимаемых диуретиков на фуросемид, вводимый внутривенно, вплоть до выписки больного из стационара

Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является

- бисопролол
- дилтиазем
- эналаприл
- амиодарон

Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в

- отказе от проведения профилактических прививок от гриппа
- регулярных дозированных физических нагрузках
- употреблении пищи, богатой калориями
- ограничении любой физической активности

К диетическим рекомендациям, выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится

- ограничение употребления поваренной соли
- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- обильное теплое питье
- ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является

- ограничение употребления поваренной соли
- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- обильное теплое питье
- ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной П. 76 лет поступил в кардиологическое отделение

Жалобы

- На боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 метров и подъеме на один лестничный пролет, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- эпизоды одышки, возникающие при тех же условиях

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что более 20 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/100 мм рт. ст., эпизодически принимал капотен, АД не контролировал.

Боли за грудиной беспокоят в течение 6 лет, не обследовался, лечение назначено не было. Однако больной самостоятельно начал прием нитроглицерина с эффектом. Около 3 лет при измерении АД обратил внимание на неритмичность пульса, но значения этому не придал, посчитав «возрастными

изменениями», с этого же времени отметил снижение толерантности к физическим нагрузкам. В настоящее время боли за грудиной сжимающего характера возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 метров и подъеме на один лестничный пролет, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Ежедневная потребность в нитратах 5-6 таблеток. Одышка при физической нагрузке появилась в течение года.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции
- * Наследственность: отец больного умер от инфаркта в возрасте 58 лет
- * Курит с 16 лет по пачке папирос в день.
- * Алкоголем не злоупотребляет.
- * Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.
- * Сопутствующие заболевания: доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 185 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз губ. На коже век – ксантелазмы. Липоидная дуга роговицы. Грудная клетка бочкообразной формы, симметричная. ЧДД 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется коробочный звук. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие хрипы, а в нижних отделах – единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту. Дефицит пульса – около 40 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Печень пальпируется у края реберной дуги. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Стул в норме. Отмечает трудности при мочеиспускании.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- ограничение употребления поваренной соли
- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- обильное теплое питье
- ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- ограничение употребления поваренной соли

- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- обильное теплое питье
- ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз, который можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, -это

- ограничение употребления поваренной соли
- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- обильное теплое питье
- ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

К изменениям на ЭКГ, выявленным у данного больного, относятся

- фибрилляция предсердий; неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха; наджелудочковая экстрасистолия
- синусовая дыхательная аритмия; полная блокада правой ножки пучка Гиса
- трепетание предсердий; признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка

Препаратом выбора для купирования приступов стенокардии у больного является

- нитроглицерин
- метопрололсукцинат
- ипратропия бромид
- гидрохлортиазид

Для профилактики тромбоэмболических осложнений данному больному показано назначение

- тканевого активатора плазминогена
- оральных антикоагулянтов
- двойной антитромбоцитарной терапии
- блокаторов Пв-Ша-рецепторов тромбоцитов

К препаратам выбора для коррекции дислипидемии у больного ИБС относят

- холестирамин
- статины
- препараты полиненасыщенных жирных кислот
- фибраты

Целевые значения уровня ХС ЛПНП при терапии статинами должны составлять менее + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 3,5
- 1,8
- 1,2

Частым и ожидаемым у данного больного побочным эффектом нитратов является

- сухой кашель
- симптомная брадикардия
- артериальная гипертензия
- головная боль

модифицируемым фактором риска ИБС у данного больного является

- внутривенное употребление наркотических препаратов
- пожилой возраст
- артериальная гипертензия
- мужской пол

Инвазивным методом, который целесообразно использовать для визуализации коронарного русла у данного больного, выступает

- коронароангиография
- КТ-ангиография коронарных артерий
- мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
- МРТ-ангиография коронарных артерий

Для оценки риска кардиоэмболических инсультов у данного больного с неклапанной фибрилляцией предсердий следует использовать

- коронароангиография
- КТ-ангиография коронарных артерий
- мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
- МРТ-ангиография коронарных артерий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 25 лет обратился к врачу кардиологу

Жалобы

* На возникшую около месяца назад одышку при минимальной физической

нагрузке,

* отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

* Со слов больного, за 10 дней до начала заболевания перенес грипп с высокой температурой.

* Затем состояние стало постепенно ухудшаться, появились одышка и отеки.

* Обратился к врачу, когда уже практически не мог выйти на улицу из-за одышки.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Работает менеджером

* Перенесённые заболевания: детские инфекционные заболевания

* Наследственность: неотягощена.

* Аллергоанамнез: неотягощен.

* Вредные привычки: не курит.

Объективный статус

При осмотре состояние тяжелое, цианоз губ, одышка в покое, ортопноэ. В легких выслушивается большое количество влажных мелкопузырчатых не звонких хрипов с обеих сторон, дыхание справа в нижних отделах легкого ослаблено, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм неправильный, систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в левую подмышечную область, ЧСС 85 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень на 5 см выступает из-под реберного края, край ее закруглен, мягкий, умеренно болезненный. Отеки нижних конечностей до средней трети голени.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- коронароангиография
- КТ-ангиография коронарных артерий
- мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
- МРТ-ангиография коронарных артерий

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- коронароангиография
- КТ-ангиография коронарных артерий
- мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
- МРТ-ангиография коронарных артерий

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно предположить + _____ + у данного пациента

- коронароангиография
- КТ-ангиография коронарных артерий
- мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
- МРТ-ангиография коронарных артерий

Осложнением, развившимся у данного пациента, является

- Хроническая сердечная недостаточность
- Легочное сердце
- Астматический статус
- Острый токсический гепатит

Гепатомегалия и холестааз у данного пациента обусловлены

- токсическим гепатитом
- сердечной недостаточностью
- первичным билиарным циррозом
- аутоиммунным гепатитом

Для определения дальнейшей тактики лечения рекомендовано определение + _____ + в миокарде

- зон фиброза
- эозинофилов
- ДНК вирусов
- амилоида

Патогенетическое лечение при вирус-негативном миокардите включает назначение

- глюкокортикостероидов и азатиоприна
- низкомолекулярных гепаринов
- осельтамивира для лечения гриппа
- нестероидных противовоспалительных средств

Метилпреднизолон назначается у пациентов с вирус-негативным миокардитом в дозе

- 1000 мг в\в в течение 3 дней
- 1 мг/кг
- 20 мг/сут
- 0,5 мг/кг

Лечение сердечной недостаточности у данного пациента включает

- дезагреганты и бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты по требованию и ингибиторы АПФ/блокаторы ангиотензиновых рецепторов

- ингибиторы АПФ/блокаторы ангиотензиновых рецепторов и диуретики
- гиполипидемические препараты и бета-адреноблокаторы

При сохранении ФВ левого желудочка менее 35% и наличии жизнеугрожающих нарушений ритма (эпизоды желудочковой тахикардии) при Холтеровском мониторировании ЭКГ пациенту показано

- наращивание дозы бета-адреноблокаторов
- выполнение трансплантации сердца
- проведение ИКД-терапии
- назначение антиаритмических препаратов 1С класса

У данного пациента иммуносупрессивная терапия назначается по схеме

- метилпреднизолон 6 месяцев и азатиоприн на 1 год, затем отмена
- метилпреднизолон и азатиоприн на 1 месяц, затем отмена
- метилпреднизолон 5 месяцев и азатиоприн на 6 месяцев
- метилпреднизолон - пожизненно, азатиоприн на 1 год

Ограничение физической активности рекомендуется пациентам в острую фазу миокардита и, по крайней мере, в течение последующих + ____ + месяцев

- метилпреднизолон 6 месяцев и азатиоприн на 1 год, затем отмена
- метилпреднизолон и азатиоприн на 1 месяц, затем отмена
- метилпреднизолон 5 месяцев и азатиоприн на 6 месяцев
- метилпреднизолон - пожизненно, азатиоприн на 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на учащённое сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Отмечает периодические «перебои» в работе сердца без видимых причин, купирующиеся самостоятельно

Анамнез заболевания

* впервые ощущения сердцебиения в покое возникли около 1 года назад, появлялись реже 1 раза в месяц, купировались самостоятельно

* в течение текущего месяца эпизоды нарушения ритма участились, стали сопровождаться чувством нехватки воздуха, одышкой, снижением артериального давления

* самостоятельно принимал антиаритмические препараты (анаприлин), за медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Наследственность по сердечно-сосудистой патологии: у матери постоянная форма фибрилляции предсердий.

* Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски, влажности, чистые. Температура тела 36,5°C. Грудная клетка нормостеническая, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации безболезненна, эластична. При сравнительной перкуссии над всеми полями выявляется ясный лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена, верхушечный толчок локализован в V межреберье слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – во II межреберье. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, шумы не выслушиваются. ЧСС 146 уд/мин. Пульс низкого наполнения, ритмичный, 146 в минуту, дефицит пульса – 0. АД 105/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову 10×8×7 см. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не пальпируется. Периферических отёков нет.

Лабораторными методами исследования для постановки диагноза являются

- метилпреднизолон 6 месяцев и азатиоприн на 1 год, затем отмена
- метилпреднизолон и азатиоприн на 1 месяц, затем отмена
- метилпреднизолон 5 месяцев и азатиоприн на 6 месяцев
- метилпреднизолон - пожизненно, азатиоприн на 1 год

Результаты лабораторных методов обследования

Обязательными инструментальными методами исследования для постановки диагноза являются

- метилпреднизолон 6 месяцев и азатиоприн на 1 год, затем отмена
- метилпреднизолон и азатиоприн на 1 месяц, затем отмена
- метилпреднизолон 5 месяцев и азатиоприн на 6 месяцев
- метилпреднизолон - пожизненно, азатиоприн на 1 год

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз, который можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования

- метилпреднизолон 6 месяцев и азатиоприн на 1 год, затем отмена

- метилпреднизолон и азатиоприн на 1 месяц, затем отмена
- метилпреднизолон 5 месяцев и азатиоприн на 6 месяцев
- метилпреднизолон - пожизненно, азатиоприн на 1 год

Электрокардиографическими критериями, подтверждающими вид нарушения ритма в данной ситуации, являются

- отсутствие зубца Р перед комплексом QRS, наличие волн фибрилляции F, нормальная продолжительность комплексов QRS, частота сердечных сокращений 120 – 140 уд/мин
- удлинение интервала PQ, разные интервалы R-R, уширение комплекса QRS, частота сердечных сокращений 90 – 120 уд/мин
- широкие деформированные комплексы QRS во время пароксизма, наличие дельта-волны, укорочение интервала PQ, частота сердечных сокращений 140 – 250 уд/мин
- частота сердечных сокращений 140 – 250 уд/мин, деформированный зубец Р, обычная форма и длительность QRS

Механизмом возникновения пароксизмальной тахикардии является нарушение

- проводимости
- автоматизма
- сократимости
- возбудимости

В данной клинической ситуации купирование тахикардии следует начать с

- вагусных приемов
- назначения селективных бета-адреноблокаторов
- назначения недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов
- электрической дефибрилляции

Препаратами выбора при купировании наджелудочковой тахикардии у данного пациента при стабильной гемодинамике являются

- соталол, кордарон
- аденозин, верапамил
- лидокаин, конкор
- дигоксин, амлодипин

Для уточнения причины аритмии данному пациенту показано проведение

- скintiграфии миокарда с ^{99m}Tc пирофосфатом
- чреспищеводной электрокардиостимуляции
- проб с физической нагрузкой (велэргометрия, тредмил-тест)
- электрокардиографии с регистрацией отведений по Небу

Тактикой ведения данного пациента врачом-терапевтом участковым является

- госпитализация в палату интенсивной терапии кардиологического стационара для уточнения вида аритмии
- проведение радиочастотной катетерной аблации в условиях кардиохирургического отделения
- купирование пароксизма с дальнейшим амбулаторным наблюдением пациента у кардиолога
- наблюдение кардиохирурга для решения вопроса о необходимости хирургического лечения

Наиболее частым механизмом наджелудочковой пароксизмальной тахикардии является

- возвратная волна возбуждения (re-entry)
- нарушение процесса деполяризации и реполяризации миокарда
- нарушение сократительной способности миокарда вследствие изменения структуры сократительных белков
- нарушение регуляции сердечного ритма при участии сосудодвигательного центра

Визиты к врачу больных, получающих профилактическую антиритмическую терапию, должны иметь место

- только при ухудшении состояния
- в случае частых пароксизмов нарушений ритма
- один раз в год или реже
- не реже двух раз в год

При плановых амбулаторных визитах к врачу рекомендованное обследование больных с наджелудочковыми нарушениями ритма сердца должно включать

- только при ухудшении состояния
- в случае частых пароксизмов нарушений ритма
- один раз в год или реже
- не реже двух раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

мужчина 75 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

на одышку при нагрузке, эпизодические боли в сердце, головокружение и предобморочные состояния

Анамнез заболевания

считает себя больным в течение последних пяти месяцев, предобморочные состояния появились около месяца назад. Лечение не получал

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: хронический гастрит
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имел

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. ИМТ= 24,51.

Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы чистые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18/мин. Границы сердца увеличены влево + 1,0, верхушечный толчок смещен влево, второй тон на аорте ослаблен, выслушивается грубый систолический шум во II-м межреберье справа от грудины, проводится на сонные артерии и на верхушку сердца, ЧСС 84/мин, АД 155/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненно. Стул - запоры, мочеиспускание свободное.

Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- только при ухудшении состояния
- в случае частых пароксизмов нарушений ритма
- один раз в год или реже
- не реже двух раз в год

Результаты инструментального метода обследования

Перед эхокардиографией больному рекомендуется провести

- только при ухудшении состояния
- в случае частых пароксизмов нарушений ритма
- один раз в год или реже
- не реже двух раз в год

Результаты обследования

На основании полученных данных больному установлен диагноз

- только при ухудшении состояния
- в случае частых пароксизмов нарушений ритма
- один раз в год или реже
- не реже двух раз в год

Данному пациенту с аортальным стенозом показано лечение

- консервативное общее
- хирургическое (протезирование аортального клапана)

- медикаментозное
- паллиативное

Показанием для протезирования аортального клапана умеренной степени симптомным больным являются градиент давления менее 40 мм рт.ст.,

- сохраненная фракция выброса, артериальная гипертензия
- низкая скорость кровотока, систолическая дисфункция левого желудочка
- низкая скорость кровотока, сохраненная фракция выброса
- низкая скорость кровотока, выраженная гипертрофия левого желудочка

Для лечения артериальной гипертензии пациенту с артериальным пороком умеренной степени рекомендуется

- моксонидин
- нитроглицерин
- бисопролол
- нифедипин

При появлении обморочных состояний средняя выживаемость больных со стенозом аортального клапана без оперативного лечения составляет

- 4 года
- 1 год
- 2 года
- 5 лет

Перед протезированием аортального клапана коронарная ангиография рекомендуется пациентам с риском

- фибрилляции предсердий
- ИБС
- отека легких
- гипертонического криза

Пациенту после протезирования аортального клапана показан пожизненно прием варфарина при

- сердечной недостаточности
- сопутствующем атеросклерозе сосудов
- имплантации биологического клапана
- имплантации механического клапана

После протезирования аортального клапана биологическим протезом рекомендуется прием ацетисалициловой кислоты в дозе 75-100 мг в течение + _____ + месяца/месяцев

- 1

- 6
- 3
- 12

Реабилитационный период больного аортальным стенозом после оперативного лечения для возобновления трудовой деятельности составляет минимум + _____ + месяца/месяцев

- 1
- 3
- 2
- 6

Диспансерное пожизненное наблюдение пациента после неосложненного протезирования аортального клапана проводится

- 1
- 3
- 2
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет вызвала бригаду скорой медицинской помощи

Жалобы

* На внезапно развившееся головокружение, «ватные ноги», однократную рвоту и выраженную слабость, урежение пульса до 35 ударов в минуту

* На эпизоды ритмичного учащенного сердцебиения, проходящие при натуживании или приеме соталола

Анамнез заболевания

В течение 5 лет отмечала повышение АД максимально до 170/90 мм рт. ст., на фоне приема гипотензивной терапии (принимает лозартан 50 мг, амлодипин 10 мг) АД 120-130/80 мм рт. ст. 3 года назад выявлена пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, в связи с чем принимает соталола 40 мг 2 раза/сут. Пароксизмы, повторяющиеся с частотой 1 раз в 2-3 месяца, удается купировать пробой Вальсальвы или дополнительным приемом таблетки соталола. Сегодня утром на работе развился эпизод учащенного сердцебиения до 130 в мин, сопровождавшийся тревогой, пациентка дополнительно приняла 40 мг соталола и по рекомендации коллеги 80 мг пропранолола (2 таблетки обзидана). Спустя 20 минут тахикардия купирована, однако через час после приема препаратов у больной развилось головокружение и выраженная слабость, однократная рвота. При Измерении АД электронным тонометром зарегистрированы показатели: 115/70 мм рт. ст., пульс 35 в мин. Пациентка вызвала бригаду СМП, на ЭКГ атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц 2.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Учитель младших классов
- * Перенесённые заболевания: холецистэктомия 5 лет назад
- * Наследственность: не отягощена
- * Аллергоанамнез: аллергии на лекарственные средства не выявлялась.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 76 кг, рост 168 см. ИМТ 27 кг/м². Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, чистые. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 19/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 38/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1
- 3
- 2
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 1
- 3
- 2
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом, определяющим в настоящее время тяжесть состояния больного, является

- 1
- 3
- 2
- 6

Пароксизмальная предсердная тахикардия, вероятнее всего, является осложнением

- гипертонической болезни II стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска

- гипертонической болезни II стадии, достигнут целевой уровень АД, высокого риска
- гипертонической болезни II стадии, 2 степени повышения АД, среднего риска
- гипертонической болезни I стадии, 2 степени повышения АД, высокого риска

Внешней причиной развития брадиаритмии у пациентки является

- гипотиреоз
- пароксизм наджелудочковой тахикардии
- гиперчувствительность каротидного синуса
- лекарственная токсичность

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- временную отмену антиаритмических препаратов
- имплантацию постоянного электрокардиостимулятора
- постоянную отмену антиаритмических препаратов
- проведение электрической кардиоверсии

Для дифференциальной диагностики предсердной тахикардии рекомендуется выполнять

- электрокардиографию с нагрузкой
- чреспищеводную электрокардиографию
- сцинтиграфию миокарда с нагрузкой
- ортостатическую пробу

В качестве антиаритмического препарата вместо соталола при устранении АВ-блокады могут быть рекомендованы

- антагонисты имидазолиновых рецепторов
- сердечные гликозиды
- недигидропиридиновые антагонисты кальция
- дигидропиридиновые антагонисты кальция

При неэффективности антиаритмической терапии длительных пароксизмов предсердной тахикардии показано

- проведение операции «Лабиринт»
- проведение радиочастотной аблации источника аритмии
- имплантация однокамерного электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Назначение антикоагулянтной терапии с целью профилактики тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

- показано при частых пароксизмах предсердной тахикардии
- показано при неэффективности РЧА
- не показано
- показано при повторных АВ-блокадах

В случае проведения радиочастотной аблации необходимо ограничение физических нагрузок в течение

- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев
- 1-х суток

К немедикаментозным методам лечения артериальной гипертензии и профилактики пароксизмов предсердной тахикардии у данной больной относится

- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев
- 1-х суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Х., 72 лет, поступила в стационар для обследования и лечения

Жалобы

- * на одышку при умеренных физических нагрузках,
- * отеки голеней и стоп,
- * на боли в области сердца, возникающие без четкой связи с физическими нагрузками,
- * на головокружение, усиливающееся при физических нагрузках.

Анамнез заболевания

- * в течение последних трех лет отметила постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление одышки. Ранее физические нагрузки переносила удовлетворительно, занималась лечебной физкультурой, считала себя практически здоровым человеком.
- * Около года назад появились боли в области сердца, которые возникали как в покое, так и во время физических нагрузок, эпизоды головокружений. Однократно на пике эпизода головокружения потеряла сознание на 1-2 минуты.
- * Настоящее ухудшение состояния около 1 месяца назад, когда усилилась одышка, появились отеки голеней и стоп

Анамнез жизни

- * мать умерла в 82 лет от колоректального рака, страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.
- * отец умер в возрасте 55 лет от инсульта.

* Курила в течение 10 лет по ½ пачки сигарет в день, в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 26,3 кг/м². Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 22/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, значительное ослабление 2 тона во всех точках, выслушивается грубый систолический шум, максимально выраженный в точке аускультации аортального клапана. ЧСС - 68/мин. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев
- 1-х суток

Результаты обследования

Данной пациентке на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- 6 месяцев
- 1 недели
- 3 месяцев
- 1-х суток

На ЭКГ регистрируется гипертрофия миокарда

- правого желудочка
- левого желудочка
- левого предсердия
- правого предсердия

На ЭКГ также регистрируется

- атриовентрикулярная блокада 2 степени
- атриовентрикулярная блокада 1 степени
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- синоатриальная блокада 2 степени

Для данного порока сердца характерна артериальная гипотензия, однако у больной регистрируются повышенные цифры АД. Это может быть обусловлено сопутствующей гипертонической болезнью и

- компенсаторными механизмами, ведущими к подавлению ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет снижения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет повышения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет снижения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к подавлению ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет повышения сердечного выброса

Единичный эпизод потери сознания у данной пациентки может быть обусловлен

- желудочковыми нарушениями ритма
- наджелудочковыми нарушениями ритма (тахикардиями)
- синдромом повышенного сердечного выброса
- частой атриовентрикулярной экстрасистолией

Выслушиваемый у пациента систолический шум проводится

- в левую подмышечную область
- в межлопаточную область
- в правую подмышечную область
- на сонные артерии

Тяжелый аортальный стеноз характеризуют средний трансклапанный градиент

- 25-40 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана $1-1,5 \text{ см}^2$
- более 60 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана более $0,5 \text{ см}^2$
- менее 25 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана более $1,5 \text{ см}^2$
- более 40 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана менее 1 см^2

Степень тяжести аортального стеноза у данной больной характеризуется как

- умеренная
- неопределенная
- тяжелая
- мягкая

У пациентки имеются признаки хронической сердечной недостаточности + _____ + стадии по Стражеско-Василенко

- III
- IIА
- IIБ
- I

Пациентке показано

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные.

ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Результаты инструментальных методов обследования

Для выявления (исключения) кардиальных причин развития аритмии следует провести

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Результаты обследования

Для выявления (исключения) внекардиальных причин развития аритмии следует определить содержание в крови

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Содержание в крови

Выявленное нарушение ритма является

- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения и далее повторное обследование для принятия решения о тактике ведения
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

Фибрилляцию предсердий у данного пациента следует рассматривать как

- персистирующую
- постоянную
- длительно персистирующую
- пароксизмальную

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- идиопатической
- следствием заболевания щитовидной железы
- следствием ишемической болезни сердца
- следствием артериальной гипертонии

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу

- CHA₂-DS₂-VASc
- SCORE
- HAS-BLED
- SAMeT₂-R₂

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂-DS₂-VASc равна

- 1
- 3
- 2
- 0

Пациенту показано назначение

- антиагрегантов
- пульсурежающей терапии
- антиаритмических препаратов
- антикоагулянтов

Для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий могут быть назначены антиаритмические препараты + _____ + класса

- I или II
- II или IV
- III или IV
- I или III

Из антиаритмических препаратов III класса пациенту может быть назначен + _____ + раза в день

- амиодарон по 200 мг 3

- пропafenон по 50 мг 3
- соталол по 80 мг 2
- этацизин по 50 мг 3

При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов аритмии следует рассмотреть вопрос о

- амиодарон по 200 мг 3
- пропafenон по 50 мг 3
- соталол по 80 мг 2
- этацизин по 50 мг 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет обратилась к кардиологу

Жалобы

на внезапно возникающее ощущение «замирания сердца», которое сохраняется на протяжении нескольких секунд, сопровождается резкой слабостью и потемнением в глазах

Анамнез заболевания

описанные приступы возникали трижды за последние два дня. Ранее перебоев в работе сердца, синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечала.

Физические нагрузки переносит хорошо.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает, гормональные контрацептивы не использует
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергическая реакция в виде крапивницы на цитрусовые
- * у матери с 40-летнего возраста отмечается повышенное артериальное давление, отец внезапно умер в возрасте 39 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Наиболее вероятной причиной предъявляемых пациенткой жалоб является

- рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- критический артериальный стеноз
- пароксизмальное нарушение сердечного ритма

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- критический артериальный стеноз
- пароксизмальное нарушение сердечного ритма

Результаты инструментальных методов обследования

Для выявления факторов, способствующих развитию желудочковой аритмии, следует провести исследование

- рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- критический артериальный стеноз
- пароксизмальное нарушение сердечного ритма

Результаты исследования

Результаты эхокардиографического исследования позволяют диагностировать

- рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- критический артериальный стеноз
- пароксизмальное нарушение сердечного ритма

Результаты суточного мониторирования ЭКГ позволяют диагностировать

- неустойчивую желудочковую тахикардию
- пароксизмальную наджелудочковую тахикардию
- пароксизмальную фибрилляцию предсердий
- устойчивую желудочковую тахикардию

Прогноз для жизни у данной пациентки определяется риском развития

- сердечной недостаточности
- тромбоэмболии легочной артерии
- мозгового инсульта
- внезапной сердечной смерти

Кроме документированных эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии, фактором риска внезапной сердечной смерти у данной пациентки является

- признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
- молодой возраст

- женский пол
- обструкция выносящего тракта левого желудочка

Кроме документированных эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии и молодого возраста, фактором риска внезапной сердечной смерти у данной пациентки является

- внезапная смерть отца в возрасте 39 лет
- отягощенный семейный анамнез по АГ
- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- курение

Кроме документированных эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии, молодого возраста и внезапной смерти отца в возрасте 39 лет, фактором риска внезапной сердечной смерти у данной пациентки является

- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- отягощенный аллергический анамнез
- употребление алкоголя
- толщина межжелудочковой перегородки более 3,0 см

Для профилактики пароксизмов аритмии рекомендуется назначение

- соталола или бисопролола
- прокаинамида или пропafenона
- амиодарона или соталола
- амиодарона или прокаинамида

Длительный прием амиодарона может привести к

- развитию артериальной гипертензии
- дисфункции щитовидной железы
- полицитемии
- снижению скорости клубочковой фильтрации

Рекомендуется рассмотреть вопрос о целесообразности направления на

- развитию артериальной гипертензии
- дисфункции щитовидной железы
- полицитемии
- снижению скорости клубочковой фильтрации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился к врачу кардиологу на следующий день после эпизода кратковременной потери сознания

Жалобы

на момент визита к врачу жалоб нет.

Анамнез заболевания

До вчерашнего дня синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечалось. Физические нагрузки переносил хорошо. В юношеском возрасте занимался спортом, участвовал в соревнованиях. Однако в последние годы физическая активность была низкой. Вчера принял участие в дружеском футбольном матче и во время игры потерял сознание. Со слов друзей быстро пришел в себя, судорог и непроизвольного мочеотделения не было.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было
- * у матери с 40-летнего возраста отмечается повышенное артериальное давление, отец здоров

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум по левому краю грудины с эпицентром в точке Боткина-Эрба. На сосуды шеи и в левую подмышечную область шум не проводится. ЧСС 84 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Результаты объективного исследования позволяют заподозрить

- митральный стеноз
- обструкцию выносящего тракта левого желудочка
- аортальный стеноз
- аортальную недостаточность

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- митральный стеноз
- обструкцию выносящего тракта левого желудочка
- аортальный стеноз
- аортальную недостаточность

Результаты инструментальных методов обследования

Результаты эхокардиографического исследования позволяют диагностировать

- митральный стеноз
- обструкцию выносящего тракта левого желудочка

- аортальный стеноз
- аортальную недостаточность

Прогноз для жизни при ГКМП определяется риском развития

- тромбоэмболии легочной артерии
- мозгового инсульта
- сердечной недостаточности
- внезапной сердечной смерти

Фактором риска внезапной сердечной смерти у данного пациента является

- наличие признаков гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
- мужской пол
- молодой возраст
- нарушение ритма, выявленное при холтеровском мониторинге

Кроме молодого возраста и синкопе, фактором риска внезапной сердечной смерти у данного пациента является

- обструкция выносящего тракта левого желудочка
- отягощенная наследственность по АГ
- курение
- низкая физическая активность

Кроме молодого возраста и обструкции выносящего тракта левого желудочка, фактором риска внезапной сердечной смерти у данного пациента является

- толщина межжелудочковой перегородки более 3,0 см
- удлинение интервала QT на ЭКГ
- употребление алкоголя
- избыточная масса тела

Для оценки 5-летнего риска внезапной смерти следует воспользоваться шкалой

- толщина межжелудочковой перегородки более 3,0 см
- удлинение интервала QT на ЭКГ
- употребление алкоголя
- избыточная масса тела

Оценки 5-летнего риска внезапной смерти по шкале

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора больному ГКМП должна быть рекомендована при 5-летнем риске внезапной смерти \geq +_____+ %

- 1

- 2
- 4
- 6

Для снижения риска внезапной сердечной смерти пациенту следует

- избегать значительных физических нагрузок
- увеличить повседневную физическую активность
- прекратить курение
- отказаться от употребления алкоголя

Средством выбора для медикаментозного лечения данного пациента служат

- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы
- амиодарон

Следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения

- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы
- амиодарон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На боли за грудиной давяще-сжимающего характера, без связи с физической нагрузкой, возникающие в ранние утренние часы, длительностью 3-5 мин, купируются после пробуждения.

Анамнез заболевания

Ранее о заболевании со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Около 3-4-х месяцев стал отмечать периодически (сначала не чаще 1 раза в 2-3 недели) боли за грудиной давяще-сжимающего характера, без связи с физической нагрузкой, возникающие в ранние утренние часы, длительностью 3-5 мин, купируются мин после пробуждения. В последнее время боли беспокоят ежедневно.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит более 20 лет по пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы
- амиодарон

Приступ вазоспастической стенокардии, как правило, сопровождается появлением на ЭКГ

- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T
- депрессии сегмента ST

В данной ситуации связь болей с ишемией миокарда, вероятнее всего, удастся выявить при

- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T
- депрессии сегмента ST

Результаты обследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T
- депрессии сегмента ST

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T
- депрессии сегмента ST

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

В данной ситуации для решения вопроса о необходимости проведения реваскуляризации требуются результаты

- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T
- депрессии сегмента ST

Результаты обследования

В данной ситуации реваскуляризация миокарда

- не обязательна, но возможна
- необходима
- не показана
- возможна, но не обязательна

У данного пациента важнейшим компонентом немедикаментозного лечения является

- увеличение двигательной активности
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от курения
- отказ от употребления алкоголя

Для купирования приступов стенокардии пациенту следует рекомендовать прием

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- нитратов короткого действия
- антагонистов кальция

Средством выбора для плановой антиангинальной терапии при вазоспастической стенокардии служат

- бета-адреноблокаторы
- ингибиторы АПФ
- антагонисты кальция
- нитраты длительного действия

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП, не выше + ____ + ммоль/л

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить + _____ + мг 1 раз в день

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

Жалобы

нет

Анамнез заболевания

Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Результаты инструментальных методов обследования

Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Результаты обследования

При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гипертензией используются результаты определения в крови уровня

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Результаты обследования

Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

- 2,2
- 3,2
- 2,8
- 1,4

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- постоянную
- длительно персистирующую
- пароксизмальную
- персистирующую

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- следствием артериальной гипертонии
- следствием заболевания щитовидной железы
- идиопатической
- следствием ишемической болезни сердца

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу

- HAS-BLED
- CHA₂-DS₂-VASc

- SCORE
- SAMeT~2~R~2~

Оценка риска тромбэмболических осложнений по шкале CHA~2~DS~2~-VASc равна

- 3
- 0
- 2
- 1

Медикаментозная профилактика тромбэмболических осложнений у данной пациентки

- возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)
- возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)
- не желательна (класс рекомендаций III)
- обязательна (класс рекомендаций I)

Для профилактики тромбэмболических осложнений пациентке можно назначить

- антиагреганты
- только варфарин
- варфарин или новые оральные антикоагулянты
- только новые оральные антикоагулянты

Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать

- бета-блокаторы или дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция
- тиазидные диуретики или антагонисты альдостерона
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Наличие у пациентки гипертрофии левого желудочка делает оправданным назначение комбинации

- бета-блокаторы или дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция
- тиазидные диуретики или антагонисты альдостерона
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был госпитализирован в кардиологическое отделение университетской клинической больницы.

Жалобы

На головную боль (преимущественно в теменной области), тошноту, рвоту, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Мужчина считает себя здоровым человеком. Отмечает редкие приступы головной боли на фоне психоэмоционального перенапряжения. Артериальное давление измеряет нерегулярно. Однажды отмечалось повышение артериального давления до 180/90 мм рт. ст., на фоне стресса. К врачам не обращался, обследование не проводил. Самостоятельно принял 40 капель валокардина с эффектом. Настоящие жалобы возникли на фоне психоэмоционального напряжения. Принял валокардин без эффекта. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг.

Также известно, что в последние 2-3 года имеются жалобы на ухудшения зрения. Обратился к офтальмологу – диагностирована ангиопатия сетчатки, вероятнее всего сосудистого генеза.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Работает экономистом в строительной компании.

* Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия.

* Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, умер в возрасте 68 лет.

* Аллергоанамнез: неотягощен.

* Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 10 сигарет в день. Имеется кашель, преимущественно в утренние часы в течение последних 9 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 170 см, вес 110 кг, индекс массы тела 39 кг/м^2 . +

Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Частота дыхательных движений 17 в минуту. SpO_2 – 98%. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, ЧСС 83 уд/мин, АД – 190/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- бета-блокаторы или дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция
- тиазидные диуретики или антагонисты альдостерона

- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным исследованием для постановки диагноза является

- бета-блокаторы или дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция
- тиазидные диуретики или антагонисты альдостерона
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз - гипертоническая болезнь + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений

- бета-блокаторы или дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция
- тиазидные диуретики или антагонисты альдостерона
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Диагноз

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента, относят

- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП
- ожирение, гипертоническую болезнь, сахарный диабет 1 типа
- ожирение 2 степени, сахарный диабет 2 типа, наследственность, курение
- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа

Учитывая анамнез больного можно предположить сопутствующее заболевание органов дыхания согласно МКБ 10

- J44.9 – Хроническая обструктивная легочная болезнь, неуточненная
- J43.0. – Эмфизема легких
- J40 – Бронхит, неуточненный как острый или хронический
- J93 – Пневмоторакс

Тактика ведения пациента состоит в

- изменении образа жизни, назначении медикаментозной терапии
- изменении образа жизни без назначения медикаментозной терапии
- назначении медикаментозной терапии без изменения образа жизни
- изменении образа жизни в течение нескольких недель при сохранении артериальной гипертензии – назначение медикаментозной терапии

Целевыми значениями артериального давления для пациентов, страдающих сахарным диабетом, являются < + _____ + мм рт. ст.

- 140/70
- 130/80
- 140/90
- 150/90

Рекомендованным мероприятием по изменению образа жизни является

- увеличение физической активности
- повышение потребления растительных жиров
- ограничение физической активности
- пассивный образ жизни

Для лечения артериальной гипертензии в качестве препаратов первого выбора не рекомендуется использовать

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- альфа-адреноблокаторы
- бета-адреноблокаторы
- диуретики

Пациенту с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения может быть рекомендован

- Периндоприл
- Индапамид
- Бисопролол
- Лазикс

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск рекомендуется начинать антигипертензивную терапию, состоящую из + _____ + препарата/препаратов

- 3
- 4
- 2
- 1

Если пациенту назначили антигипертензивную терапию, его визиты с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем + _____ + недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 3
- 4
- 2

- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 лет в воскресное утро вызвал бригаду скорой медицинской помощи

Жалобы

На впервые возникший приступ удушья, одышки, чувство страха

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым человеком, не обследовался и за медицинской помощью не обращался. Вышеуказанный эпизод является первым в жизни. Единственное, пациент вспомнил, что около трех дней назад при беге в гору на руках с двумя детьми вдруг стало тяжело дышать (данная нагрузка является сверхпривычной)

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает пиар-менеджером.
- * Перенесённые заболевания: ОРВИ
- * Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, отец – перенесенный тромбоз глубоких вен правого бедра.
- * Аллергоанамнез: отрицает.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение нормостеническое, вес - 80 кг, рост – 180 см. Индекс массы тела (ИМТ) = 25 кг/м^2 , Т тела $36,6^\circ\text{C}$.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. SpO₂ 96% при дыхании атмосферным воздухом. ЧСС 70 в мин. АД - 115/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 3
- 4
- 2
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами исследования являются

- 3
- 4

- 2
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным диагнозом у пациента является

- 3
- 4
- 2
- 1

Вероятность ТЭЛА у пациента по клиническим данным: модифицированный индекс Geneva

- низкая
- очень высокая
- высокая
- средняя

К характерным для ТЭЛА изменениям на ЭКГ относят

- появление в I отведении глубокого зубца S, в III отведении зубца Q
- атриовентрикулярную блокаду 2 ст.
- резкое отклонение электрической оси сердца влево
- косовосходящую депрессию сегмента ST в V3-V6

Вероятность ТЭЛА у пациента по клиническим данным: индекс Wells

- высокая
- низкая
- промежуточная
- очень высокая

Проведение тромболитической терапии при острой ТЭЛА рекомендовано при

- илеофemorальном тромбозе
- массивной ТЭЛА
- тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- кардиогенном шоке

Из препаратов для продленной тромбопрофилактики используют + _____ + мг 2 раза/сут

- Апиксабан 2,5
- Ривароксабан 20
- Дабигатран 110

- Аспирин 100

Показанием для продленной тромбопрофилактики является

- доказанная вторичная легочная гипертензия
- повторный эпизод неспровоцированной ТЭЛА
- инфаркт миокарда в анамнезе
- известная тромбофилия

Длительность антикоагулянтной терапии после первого эпизода ВТЭ составляет не менее + ____ + месяца/месяцев

- 1
- 3
- 2
- 6

Определение D-димера проводится для

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- только подтверждения ВТЭО
- исключения ВТЭО
- оценки риска смерти в период госпитализации

Магнитно-резонансную томографию для диагностики ТЭЛА

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- только подтверждения ВТЭО
- исключения ВТЭО
- оценки риска смерти в период госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Пульс ритмичный, 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. При аускультации сердца в области верхушки выслушивается очень громкий первый тон и третий тон, следующий сразу за вторым. При аускультации в положении пациента на левом боку в области верхушки выслушивается негромкий диастолический шум, начинающийся сразу за третьим тоном и усиливающийся непосредственно перед первым тоном. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Описанная аускультативная картина характерна для

- аортального стеноза
- аортальной недостаточности
- митрального стеноза
- митральной недостаточности

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- аортального стеноза
- аортальной недостаточности
- митрального стеноза
- митральной недостаточности

Результаты инструментальных методов обследования

При эхокардиографическом исследовании выявлен ревматический митральный порок сердца

- небольшой стеноз и небольшая недостаточность
- умеренный стеноз и небольшая недостаточность
- умеренный стеноз и умеренная недостаточность
- тяжелый стеноз и небольшая недостаточность

На ЭКГ имеются признаки гипертрофии

- левого желудочка
- левого предсердия
- правого предсердий
- правого желудочка

Выявленное при холтеровском мониторировании нарушение ритма является

- наджелудочковой тахикардией
- фибрилляцией желудочков

- трепетанием предсердий
- фибрилляцией предсердий

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- персистирующую
- длительно персистирующую
- постоянную
- пароксизмальную

Результаты проведенного обследования позволяют считать аритмию

- клапанной
- идиопатической
- полигенной
- моногенной

В данной ситуации риск тромбоэмболических осложнений следует

- считать высоким
- считать невысоким
- оценивать по шкале HAS-BLEED
- оценивать по шкале SCORE

Для профилактики тромбоэмболических осложнений в данном случае следует использовать

- низкомолекулярные гепарины
- новые оральные антикоагулянты
- антиагреганты
- варфарин

Для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий у пациентов без структурной патологии сердца могут быть назначены антиаритмические препараты + _____ + класса

- I или II
- II или IV
- I или III
- III или IV

Из антиаритмических препаратов III класса пациенту может быть назначен

- пропafenон по 50 мг 3 раза в день
- лидокаин по 200 мг 2 раза в день
- соталол по 80 мг 2 раза в день

- этацизин по 50 мг 3 раза в день

Больному показано

- пропафенон по 50 мг 3 раза в день
- лидокаин по 200 мг 2 раза в день
- соталол по 80 мг 2 раза в день
- этацизин по 50 мг 3 раза в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице).

Анамнез заболевания

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

Анамнез жизни

- * более 20 лет отмечается повышенное артериальное давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили.
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не было
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Для выявления угрожающих жизни заболеваний в первую очередь следует провести

- пропафенон по 50 мг 3 раза в день
- лидокаин по 200 мг 2 раза в день
- соталол по 80 мг 2 раза в день
- этацизин по 50 мг 3 раза в день

Результаты обследования

На ЭКГ имеются признаки + _____ + инфаркта миокарда

- пропafenон по 50 мг 3 раза в день
- лидокаин по 200 мг 2 раза в день
- соталол по 80 мг 2 раза в день
- этализин по 50 мг 3 раза в день

Время, прошедшее от начала заболевания, позволяет считать инфаркт миокарда

- зажившим
- острым
- развивающимся
- заживающим

Состояние гемодинамики соответствует + ____ + классу по Killip

- III
- II
- IV
- I

Реперфузионная терапия в данном случае

- возможна, но только путем тромболизиса
- абсолютно необходима
- возможна, но только путем ЧКВ
- не рекомендована

В случае имплантации стента с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать комбинацию

- клопидогрела и тикагрелора
- АСК и ривароксабана
- АСК и клопидогрела
- АСК и тикагрелора

При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию рекомендуется проводить

- неопределенно долго
- в течение полугода
- в течение месяца
- в течение года

Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии АСК и тикагрелором следует отменить

- любой из этих препаратов

- тикагрелор
- АСК
- оба препарата

Высокодозовая терапия статинами показана при

- отсутствии противопоказаний
- уровне ХС ЛПНП выше 3,0 ммоль
- уровне общего ХС выше 5,0 ммоль/л
- уровне ХС ЛПВП ниже 1,0 ммоль/л

При отсутствии противопоказаний, назначение ингибиторов АПФ данной пациентке является

- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- допустимым (IIb)
- обязательным (I)

Для уточнения показаний к назначению бета-адреноблокаторов следует выполнить

- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- допустимым (IIb)
- обязательным (I)

Результаты обследования

При отсутствии противопоказаний, назначение бета-адреноблокаторов данной пациентке является

- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- допустимым (IIb)
- обязательным (I)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет госпитализирована по направлению участкового терапевта

Жалобы

на одышку при бытовых физических нагрузках, перебои и сердцебиения, отеки на ногах

Анамнез заболевания

Одышка и сердцебиение, нарушающие привычную физическую активность,

беспокоят на протяжении нескольких месяцев. На протяжении последней недели появились и выросли отеки, одышка усилилась, стала возникать в покое, что послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 156 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы сухие, гиперемия щек, выраженный цианоз губ и кистей рук. Симметричные отеки стоп и голеней до верхних третей. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в 1 мин. Пальпация области сердца: верхушечный толчок - в V межреберье по среднеключичной линии, на верхушке определяется «кошачье мурлыканье». Перкуторно границы относительной сердечной тупости: левая – по среднеключичной линии, верхняя – нижний край II ребра, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца аритмичные, на верхушке выслушивается хлопающий I тон и дополнительный тон открытия митрального клапана. ЧСС 118 в 1 мин, пульс 102 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Размеры печени по Курлову: 12x10x10 см. Никтурия. Стул – склонность к запорам.

Описанная аускультативная картина характерна для

- аортального стеноза
- аортальной недостаточности
- митрального стеноза
- митральной недостаточности

Предъявляемые пациенткой жалобы соответствуют + _____ + функциональному классу ХСН

- II
- I
- III
- IV

Результаты проведенного физикального обследования позволяют диагностировать + _____ + стадию ХСН по Н.Д. Стражеско-В.Х.Василенко

- II Б
- I
- III
- II А

К необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методам исследования относятся

- II Б
- I
- III
- II А

Результаты инструментальных методов обследования

Результаты эхокардиографического исследования позволяют оценить степень тяжести митрального стеноза как

- выраженный
- незначительный
- критический
- умеренный

На ЭКГ имеются признаки

- блокады левой ножки пучка Гиса
- перенесенного инфаркта миокарда передне-распространенной локализации
- гипертрофии левого желудочка
- фибрилляции предсердий

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- впервые выявленную
- персистирующую
- постоянную
- пароксизмальную

В данной ситуации риск тромбэмболических осложнений следует

- оценивать по шкале CHA₂-DS₂-VASc
- считать высоким
- считать невысоким
- оценивать по шкале SCORE

Для профилактики тромбэмболических осложнений следует использовать

- варфарин
- низкомолекулярные гепарины
- прямые пероральные антикоагулянты
- антиагреганты

Для контроля ЧСС пациентке в качестве терапии «первой линии» предпочтительно использовать

- дигидропиридиновые антагонисты кальция

- амиодарон
- ивабрадин
- бета-адреноблокаторы

Для уменьшения застойных явлений можно использовать

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Стратегией лечения данной больной является

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 54 лет обратился к кардиологу

Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. ст. отрицает.

Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

* Работает начальником отдела кадров

* Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке.

* Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС

около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- антагонисты рецепторов ангиотензина II

Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

- наличия Р зубцов перед QRS, $PR < RP$
- наличия зубца Р после комплекса QRS, $PR > RP$, RP менее 70 мсек
- нерегулярных волн f различной морфологии
- регулярных волн f «пилообразной» формы

У данного пациента вариант трепетания предсердий

- редкий
- типичный
- инцизионный
- атипичный

Для купирования приступа аритмии возможно

- применение чреспищеводной электростимуляции предсердий

- пероральное назначение амиодарона
- назначение дигоксина
- назначение лапаконитина гидробромида

Для купирования приступа аритмии при невозможности применения чреспищеводной электростимуляции предсердий следует рекомендовать

- внутривенное введение добутамина
- внутривенное введение амиодарона
- пероральный прием дигоксина
- пероральный прием амиодарона

При неэффективности попыток медикаментозного восстановления ритма показано

- выполнение имплантации ЭКС
- выполнение имплантации ресинхронизирующего устройства
- проведение электрической кардиоверсии
- проведение катетерной аблации АВ-узла

При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов аритмии у данного пациента можно рекомендовать

- катетерную аблацию кавотрикуспидального истмуса
- имплантацию двухкамерного ЭКС
- имплантацию кардиовертера-дефибриллятора
- аблацию АВ-соединения и имплантацию однокамерного ЭКС

Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании значений

- протромбина
- МНО
- фибриногена
- АЧТВ

Для оценки рисков крупных кровотечений при назначении антикоагулянтов используется шкала

- CHA₂DS₂-VASc
- GRACE
- HAS-BLED
- SINTAX

Профилактика тромбоэмболических осложнений при клапанном трепетании предсердий возможна только

- CHA₂DS₂-VASc

- GRACE
- HAS-BLED
- SINTAX

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара (по предварительному звонку о тяжести состояния)

Жалобы

На лихорадку до 37—38,5°C с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в крупных суставах конечностей, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Два месяца назад проводилась экстракция зуба. Лихорадку с подъемами температуры до 37,5°C стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты, без положительного эффекта. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°C, появились одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи

Анамнез жизни

- * иные хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * семейный анамнез: у матери пациентки артериальная гипертензия 2 степени, у отца ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, функциональный класс II, известно, что бабушка по материнской линии умерла в возрасте 50 лет от прогрессирующего порока сердца.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5°C. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм.

Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м^2 . Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO_2 — 90% без респираторной поддержки. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. По тяжести состояния с предварительным диагнозом «Инфекционный эндокардит? Инфекционно-токсический шок I степени» пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- CHA₂DS₂-VASc
- GRACE
- HAS-BLED
- SINTAX

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- CHA₂DS₂-VASc
- GRACE
- HAS-BLED
- SINTAX

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит является

- CHA2DS2-VASc
- GRACE
- HAS-BLED
- SINTAX

Диагноз

Выявленные при осмотре кожных покровов пациента пятна являются пятнами

- Лукина-Лимбмана
- Джейнуэя
- Рота
- Ослера

Выявленные при осмотре слизистых оболочек пациента пятна являются пятнами

- Лукина-Лимбмана
- Джейнуэя
- Ослера
- Рота

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке в качестве этиотропной терапии следует назначить

- ципрофлоксацин
- азитромицин
- гентамицин
- оксациллин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит не менее чем +__+ недели/недель

- 6
- 4
- 3
- 2

Доза антибактериального препарата у данной пациентки, согласно современным рекомендациям, составит

- 4 г/сут в/в или в/м однократно

- 2 г/сут в/в или в/м однократно
- 2 г/сут в/в или в/м 2 раза в сутки
- 4 г/сут в/в или в/м 2 раза в сутки

Риск тромботических осложнений у пациентки в течение 6 мес обусловлен наличием

- сниженной ФВ
- гипертермии выше 38°C
- вегетации на клапане
- пиогенного стрептококка

«Команда эндокардита» кроме кардиолога, кардиохирурга, клинического фармаколога и бактериолога должна включать

- ревматолога
- окулиста
- инфекциониста
- терапевта

Согласно современным рекомендациям, кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии + _____ + температуры тела

- дважды при подъеме и снижении
- в период подъема
- при снижении
- без ожидания пиков

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

- дважды при подъеме и снижении
- в период подъема
- при снижении
- без ожидания пиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 49 лет, доставлен машиной «скорой медицинской помощи» в кардиореанимацию больницы, оснащенной круглосуточной рентген-операционной и опытными эндоваскулярными хирургами

Жалобы

на

* интенсивные давящие боли в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, левую кисть

* чувство страха, озноб

* ощущение неритмичного сердцебиения

Анамнез заболевания

* в течение года беспокоили жгучие боли, дискомфорт в левой половине грудной клетки при значительной физической нагрузке (занятие в тренажерном зале на беговой дорожке, подъем по лестнице на 5 этаж). Боли длились 4-5 минут, купировались при прекращении нагрузки.

* самочувствие ухудшилось в течение шести дней: боли в области сердца стали беспокоить практически ежедневно при подъеме на 1 этаж или при непрерывной ходьбе на 300 м.

* около 30 минут назад по дороге на работу появились интенсивные давящие боли в груди, иррадиирующие в левое плечо и левую кисть, которые не прошли в покое, появились озноб, потемнение в глазах, в связи с чем, коллеги пациента вызвали бригаду «скорой медицинской помощи». На ЭКГ, снятой бригадой СМП, регистрировалась депрессия сегмента ST в грудных отведениях

Анамнез жизни

* матери 75 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, в возрасте 69 лет перенесла ишемический инсульт. +

* отец умер в возрасте 47 лет от обширного инфаркта миокарда. +

* курит до 1,5 пачек сигарет в день в течение 25 лет, эпизодически употребляет алкоголь

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 24,4 кг/м². Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 19/мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС - 95/мин. АД - 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- дважды при подъеме и снижении
- в период подъема
- при снижении
- без ожидания пиков

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- дважды при подъеме и снижении
- в период подъема
- при снижении
- без ожидания пиков

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз следует сформулировать как

- дважды при подъеме и снижении
- в период подъема
- при снижении
- без ожидания пиков

На ЭКГ, снятой при поступлении в стационар, помимо депрессии сегмента ST, регистрируется нарушение ритма в виде

- предсердной экстрасистолии
- трепетания предсердий
- суправентрикулярной тахикардии
- синусовой тахикардии

Локализация ишемических изменений на ЭКГ соответствует бассейну

- легочной артерии
- артерии тупого края
- передней межжелудочковой артерии
- правой коронарной артерии

За неделю до развития приступа, послужившего причиной госпитализации, у пациента развилась нестабильная стенокардия, которая относится к клиническому варианту

- впервые возникшая стенокардия
- прогрессирующая стенокардия напряжения
- ранняя постинфарктная стенокардия
- стенокардия покоя

Пациенту показано выполнение

- коронароангиографии и баллонной ангиопластики инфаркт-связанной коронарной артерии при наличии гемодинамически-значимых стенозов без стентирования
- мультиспиральной компьютерной томографии сердца с контрастом для оценки состояния коронарного русла с последующим решением вопроса о выполнении стентирования
- коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной коронарной артерии при наличии гемодинамически-значимых стенозов
- коронароангиографии для оценки состояния коронарного русла без последующей баллонной ангиопластики при наличии гемодинамически-значимых стенозов

В случае выполнения стентирования данному больному целесообразно предпочесть

- голометаллические стенты
- пластиковые стенты
- стенты, выделяющие лекарство, первого поколения
- стенты, выделяющие лекарство, нового (второго) поколения

Оптимальная для данного больного (риск кровотечения по шкале HAS-BLED 1 балл) антитромботическая терапия в соответствии с «Клиническими рекомендациями МЗ РФ: Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы у взрослых» от 2016 г включает в себя

- тройную терапию на протяжении 3 мес.
- тройную терапию на протяжении 6 мес.
- клопидогрел и варфарин
- клопидогрел и тикагрелор

Пациенту показано назначение

- петлевых диуретиков
- аллапинина
- статинов
- хинидина

У данного пациента можно воздействовать на следующий модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

- семейный анамнез
- возраст
- курение
- ожирение

Пациент относится к + ____ + группе состояния здоровья

- семейный анамнез
- возраст
- курение
- ожирение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 72 лет, доставлена машиной «скорой медицинской помощи» в

кардиореанимацию больницы, оснащенной круглосуточной рентген-операционной и с опытными эндоваскулярными хирургами.

Жалобы

на

- * интенсивные жгучие боли за грудиной, иррадиирующие под левую лопатку и в нижнюю челюсть
- * чувство страха, ощущение внутренней дрожи

Анамнез заболевания

- * в течение последних трех лет беспокоили давящие боли, тяжесть в левой половине грудной клетки при подъеме на 3 этаж. Боли длились около трех минут, купировались в покое или после приема нитроглицерина.
- * около трех дней назад самочувствие ухудшилось: боли в области сердца стали возникать несколько раз в день при подъеме на 1 лестничный пролет или при ходьбе на расстояние 200-300 м по ровной местности.
- * около часа назад во время похода в магазин появились интенсивные жгучие боли за грудиной, под левую лопатку и в нижнюю челюсть, которые не прошли ни в покое, ни после приема нитроглицерина. Выступил холодный пот, появились ощущение внутренней дрожи и чувство страха, в связи с чем, очевидцами была вызвана бригада «скорой медицинской помощи».

Анамнез жизни

- * мать умерла в 63 лет от обширного инфаркта миокарда, страдала гипертонической болезнью.
- * отец умер в возрасте 55 лет от рака сигмовидной кишки.
- * курила до пачки сигарет в день в течение 20 лет, последние 10 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 34,2 кг/м². Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 22/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 85/мин. АД - 110/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- семейный анамнез
- возраст
- курение
- ожирение

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- семейный анамнез
- возраст
- курение
- ожирение

Результаты инструментального метода обследования

На основании предоставленных результатов лабораторных и инструментальных исследований следует поставить диагноз

- семейный анамнез
- возраст
- курение
- ожирение

На ЭКГ, снятой при поступлении в стационар, помимо подъема сегмента ST, отмечается нарушение проводимости: АВ-блокада

- 2 степени, II типа
- 3 степени
- 2 степени, I типа
- 1 степени

Локализация ишемических изменений на ЭКГ соответствует бассейну

- огибающей артерии
- легочной артерии
- правой коронарной артерии
- артерии тупого края

За неделю до развития приступа, послужившего причиной госпитализации, у пациентки развилась нестабильная стенокардия, которая относится к такому клиническому варианту как

- стенокардия покоя
- прогрессирующая стенокардия напряжения
- ранняя постинфарктная стенокардия
- впервые возникшая стенокардия

Методом выбора в лечении данной пациентки является проведение

- коронароангиографии и баллонной ангиопластики инфаркт-связанной коронарной артерии без стентирования
- мультиспиральной компьютерной томографии сердца с контрастом для оценки состояния коронарного русла
- коронароангиографии для оценки состояния коронарного русла без последующей баллонной ангиопластики
- коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной коронарной артерии

В случае выполнения стентирования данной пациентке целесообразно предпочесть

- стенты, выделяющие лекарство, первого поколения
- стенты, выделяющие лекарство, второго поколения
- пластиковые стенты
- голометаллические стенты

Оптимальная для данной больной двойная антитромбоцитарная терапия включает в себя

- клопидогрел и тикагрелор
- ацетилсалициловую кислоту и тикагрелор
- клопидогрел и варфарин
- ацетилсалициловую кислоту и варфарин

Пациентке показано назначение

- статинов
- аллапинина
- петлевых диуретиков
- бета-блокаторов

Оптимальной продолжительностью двойной антитромбоцитарной терапии для пациентки является срок +___+ (в месяцах)

- 12
- 3
- 6
- 1

К осложнениям инфаркта миокарда не относится

- 12
- 3
- 6
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М.48 лет обратилась самостоятельно в приемное отделение больницы

Жалобы

на

- * лихорадку до 38°C-39°C с потрясающими ознобами,
- * выраженную потливость в ночное время
- * общую слабость, утомляемость, снижение аппетита
- * боли в коленных и локтевых суставах

Анамнез заболевания

- * 9 месяцев назад пациентке было успешно выполнено протезирование митрального клапана по поводу митрального стеноза ревматической этиологии.
- * Послеоперационный период протекал гладко.
- * Около 3 недель назад появились общая слабость, утомляемость, лихорадка, которая вначале носила субфебрильный характер в течение всего дня, а затем появились подъемы до фебрильных цифр по вечерам и в ночное время, сопровождающиеся потрясающими ознобами.
- * Эпизоды повышения температуры в ночное время сопровождаются профузным потом, меняет по 2-3 ночные рубашки за ночь.
- * Пробовала самостоятельно принимать ципрофлоксацин – без эффекта.
- * За прошедший месяц потеряла в весе 3 кг.

Анамнез жизни

- * матери пациентки 74 года, страдает гипертонической болезнью.
- * отцу 75 лет, страдает гипертонической болезнью, нейросенсорной тугоухостью.
- * менструации с 11 лет, регулярные, 1 беременность: 1 роды (кесарево сечение в связи с митральным пороком).
- * не курит, алкоголь не употребляет.
- * аллергия на бета-лактамы антибиотики (кожный зуд, крапивница).

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы цвета «кофе с молоком», повышенной влажности. Петехиальные гемorragии на переходной складке конъюнктивы нижнего века. Конституция астеническая, рост 171 см, вес 50 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мелодия протеза митрального клапана. АД 110/65 мм рт. ст. ЧСС - 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 12
- 3
- 6
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является посев крови, выполненный

- 12
- 3
- 6
- 1

Результаты лабораторного метода обследования

Диагноз следует сформулировать как

+ _____ + инфекционный эндокардит

- 12
- 3
- 6
- 1

В общем анализе мочи пациентки обнаружена микрогематурия. Наиболее вероятно это обусловлено

- гломерулонефритом
- мочевого инфекцией
- новообразованием почки
- мочекаменной болезнью

Петехиальные геморрагии на переходной складке конъюнктивы нижнего века у данной пациентки называются

- гломерулонефритом
- мочевого инфекцией
- новообразованием почки
- мочекаменной болезнью

На ЭКГ пациентки регистрируется

- гипертрофия левого предсердия
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- гипертрофия правого предсердия
- синоатриальная блокада 2 степени

На ЭКГ пациентки регистрируется

- атриовентрикулярная блокада 2 степени
- атриовентрикулярная блокада 3 степени
- гипертрофия левого желудочка
- гипертрофия правого желудочка

Пациентке показано назначение

- пенициллина с гентамицином
- ванкомицина с гентамицином
- амоксициллина с клавуланатом
- ампициллина в виде монотерапии

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

- пероральный
- внутривенный
- внутрикожный
- ингаляционный

Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии у данной больной составляет + _____ + недель (недели)

- десять
- восемь
- четыре
- шесть

Показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита является все, кроме

- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам

Пациентка относится к + ____ + группе состояния здоровья

- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К.26 лет обратился самостоятельно в приемное отделение больницы

Жалобы

- * на лихорадку до 39°C-39,5°C с потрясающими ознобами,
- * на выраженную потливость в ночное время

* на общую слабость, утомляемость, снижение аппетита

* на боли в коленных и локтевых суставах

Анамнез заболевания

* Около 3 недель назад появились общая слабость, утомляемость, лихорадка, которая вначале носила субфебрильный характер в течение всего дня, а затем появились подъемы до фебрильных цифр по вечерам и в ночное время, сопровождающиеся потрясающими ознобами.

* Эпизоды повышения температуры в ночное время сопровождаются профузным потом, меняет белье несколько раз за ночь.

* За прошедший месяц потерял в весе около 3 кг.

* Принимал самостоятельно амоксилав в течение 5 дней без эффекта

Анамнез жизни

* матери пациента 48 лет, страдала тиреотоксикозом (болезнь Грейвса).

* отцу 50 лет, практически здоров.

* курит марихуану, эпизодически употреблял амфетамин, в течение последнего года перешел на употребление инъекционных наркотиков.

* на учете у психиатра-нарколога не состоит.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы цвета «кофе с молоком», повышенной влажности, следы от внутривенных инъекций на коже предплечий и в локтевых ямках с обеих сторон. Петехиальные геморрагии на переходной складке конъюнктивы нижнего века. Конституция астеническая, рост 171 см, вес 50 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тихий дующий систолический шум над трикуспидальным клапаном, усиливающийся на высоте вдоха при задержке дыхания. АД 110/65 мм рт. ст. ЧСС – 90 уд.в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является посев крови, выполненный

- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам

Результаты обследования

У пациента + _____ + инфекционный эндокардит

- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам

В общем анализе мочи пациента, взятом при поступлении в клинику, обнаружена микрогематурия. Наиболее вероятно это обусловлено

- мочевого инфекцией
- мочекаменной болезнью
- новообразованием почки
- гломерулонефритом

Петехиальные геморрагии на переходной складке конъюнктивы нижнего века у данного пациента называются

- мочевого инфекцией
- мочекаменной болезнью
- новообразованием почки
- гломерулонефритом

Дополнительная информация

На следующие сутки после поступления в стационар отметил внезапно появившуюся боль в грудной клетке, появление одышки, кашель с небольшим количеством крови в мокроте.

Наиболее вероятной причиной появившихся симптомов является

- мочевого инфекцией
- мочекаменной болезнью
- новообразованием почки

- гломерулонефритом

ЭКГ в динамике

При поступлении у пациента регистрировалась нормальная ЭКГ. В совокупности с описанным в дополнительной информации приступом, изменения на ЭКГ, снятой в динамике, соответствуют

- тромбоэмболии легочной артерии
- гипертрофии левого желудочка
- атриовентрикулярной блокаде 2 степени
- гипертрофии правого желудочка

Пациенту показано назначение

- пенициллина с гентамицином
- ванкомицина
- амоксициллина с клавуланатом
- ампициллина

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

- ингаляционный
- внутрикожный
- внутривенный
- пероральный

Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии у данного больного составляет + _____ + недель (недели)

- 2-3
- 10
- 2-4
- 4-6

Показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита является все, КРОМЕ

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Аневризма, развивающаяся вследствие эмболии vasa vasorum артерий бактериальными скоплениями при инфекционном эндокардите называется

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоемболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 170/105 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания

Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД, максимально до 170/105 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

* Образование высшее.

* Работает.

* Наследственность: мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.

* Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

* Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Окружность талии – 86 см.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 160/100

мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом данного пациента является

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванный золотистым стафилококком, высокоустойчивыми к антибиотикам
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5-7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

- GRACE
- TIMI
- SCORE
- CHA2DS2-VASc

В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель

- систолического АД
- общего холестерина
- возраста
- глюкозы крови

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать

- интенсивные физические нагрузки
- увеличение массы тела
- снижение массы тела
- избегать переохлаждений

Больной следует назначить

- монотерапию бета-адреноблокаторами
- комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов
- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов
- монотерапию диуретиками

Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника для исключения остеопороза больной необходимо выполнить

- монотерапию бета-адреноблокаторами
- комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов
- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов
- монотерапию диуретиками

Больной следует + _____ + дозу антигипертензивного препарата

- оставить прежней в комбинации с третьим антигипертензивным препаратом
- увеличить
- оставить прежней
- уменьшить

Т-критерий представляет собой стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы женщин в возрасте
+ _____ + лет

- 50-59
- 40-49
- 20-29
- 30-39

С учетом результатов лучевой диагностики T-score = -2,9 поясничного отдела позвоночника соответствует

- 50-59
- 40-49
- 20-29
- 30-39

Из-за высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и тромбозов практически специалистам не рекомендуется в рутинной практике использовать для лечения остеопороза

- 50-59
- 40-49
- 20-29
- 30-39

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на нестабильное артериальное давление (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент около 6 лет страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст.; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает.
- * Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,8 кг/м². Окружность талии – 106 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- 50-59
- 40-49
- 20–29
- 30-39

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 50-59
- 40-49
- 20–29
- 30-39

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- 50-59
- 40-49
- 20–29
- 30-39

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить в моче уровень

- билирубина
- щелочной фосфатазы
- альбумина
- мочевины

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП

- С3b, А3
- С3a, А2
- С3a, А1
- С3b, А2

Больному следует назначить

- монотерапию бета-адреноблокаторами
- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов
- монотерапию диуретиками
- комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов

В схему лечения необходимо включить

- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- бета-адреноблокаторы
- блокаторы РААС

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- бета-адреноблокаторы
- блокаторы РААС

Целевым уровнем систолического артериального давления для пациента с расслаивающей аневризмой аорты является АД + _____ + мм рт.ст.

- 100-110
- 70-80
- 120-130
- 140-150

Оптимальным временем достижения целевого уровня систолического артериального давления в данной ситуации является период не более + _____ + минут

- 20
- 180
- 120
- 60

Для осуществления контролируемой гипотензии при расслаивающей аневризме аорты в дополнение к бета-блокаторам возможно внутривенное введение

- амиофиллина
- верапамила
- нитроглицерина
- прокаинамида

Оперативное лечение расслаивающей аневризмы аорты у данного пациента

- амиофиллина
- верапамила
- нитроглицерина
- прокаинамида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования капель Водчал. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпироном, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст.

Также из анамнеза известно, что 5 лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее, из служащих.
- * На пенсии с 65 лет.
- * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост – 176 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 33,14 кг/м², ОТ – 108 см. Пастозность

голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- аминифиллина
- верапамила
- нитроглицерина
- прокаинамида

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- аминифиллина
- верапамила
- нитроглицерина
- прокаинамида

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- аминифиллина
- верапамила
- нитроглицерина
- прокаинамида

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень

- билирубина
- мочевины
- щелочной фосфатазы
- микроальбуминурии

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категорией ХБП является

- С2, А2
- С2, А1
- С3а, А2
- С3а, А1

Пациенту следует

- уменьшить антигипертензивную терапию
- увеличить сахароснижающую терапию
- уменьшить сахароснижающую терапию
- увеличить антигипертензивную терапию

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациенту следует рекомендовать

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

Пациенту холестеринснижающая терапия

- показана при невозможности достичь целевого уровня АД
- показана в любом случае
- не показана
- показана при неэффективности рекомендованной диеты

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- альбуминов плазмы крови
- АлТ, АсТ
- креатинина
- уровня железа

Целевым уровнем ХсЛНП для данного больного является _____ ммоль/л

- <2,8
- <1,4
- <1,0
- <2,5

При отсутствии достижения целевого уровня ХсЛНП при назначении высоких доз статинов к терапии следует добавить

- фofsfoглив
- лираглутид
- репаглинид
- эзетимиб

Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень

- фозсфоглив
- лираглутид
- репаглинид
- эзетимиб

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 60 лет поступает в отделение кардиологии для обследования и подбора терапии.

Жалобы

- * явное ограничение физической активности; при небольшой физической нагрузке возникает чрезмерная одышка и утомляемость
- * общую слабость
- * пастозность голеней и стоп

Анамнез заболевания

Страдает артериальной гипертонией в течение 15 лет, с максимальными подъемами АД 200/100 мм рт. ст. На фоне приема ингибиторов АПФ цифры АД 140-160/90-100 мм рт. ст. (по данным дневника пациента). 7 лет назад перенес острый инфаркт миокарда (ОИМ) без зубца Q, передне-боковой локализации, после чего заметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. Через 2 года на ЭКГ была зарегистрирована постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП). В течение последнего года стал отмечать нарастание одышки, резкое уменьшение толерантности к физической нагрузке, пастозность голеней и стоп. Поступил в клинику для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Профессиональная деятельность в течение жизни – повар
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции, язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения
- * Наследственность: мать умерла в пожилом возрасте от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 18 лет; употребляет алкоголь по 50 г эквивалента чистого спирта в неделю
- * Диету с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров не соблюдает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, вес - 87 кг, рост – 170 см. Т тела 36,5°C. Кожные покровы чистые, бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки -цилиндрическая, асимметрии нет. Тип дыхания - смешанный, частота дыханий в покое – 16 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук симметричный, с коробочным оттенком; при аускультации – дыхание ослабленное с обеих сторон, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сосуды шеи не изменены, границы относительной

сердечной тупости: правая +1,5 см от правого края грудины, левая +1,5 см от левой средне-ключичной линии, верхняя – в 3-м межреберье. Абсолютная тупость сердца – умеренно дилатирована влево и вверх. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧЖС - 96 в мин. АД - 150/95 мм рт. ст. Пастозность голеней и стоп. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациента лабораторные методы обследования

- фофсфоглив
- лираглутид
- репаглинид
- эзетимиб

Результаты

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациента инструментальные методы обследования

- фофсфоглив
- лираглутид
- репаглинид
- эзетимиб

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый диагноз у данного пациента - это

- фофсфоглив
- лираглутид
- репаглинид
- эзетимиб

Диагноз

Хроническая сердечная недостаточность III ФК по Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) характеризуется

- незначительным ограничением физической активности. Комфортным состоянием в покое, но при этом обычная физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение
- явным ограничением физической активности. Комфортное состояние в покое, но меньшая, чем обычно, физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение

- отсутствием ограничений физической активности, при этом обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, утомляемости и сердцебиения
- невозможностью выполнения любой физической нагрузки без дискомфорта. Симптомы могут присутствовать в покое. При любой физической активности дискомфорт усиливается

Пациенту с ХСН III стадии по NYHA, перенесшему острый инфаркт миокарда (ОИМ), показано назначение

- бисопролола
- диклофенака
- изосорбида динитрата
- физиотенза

ЭКГ-признаками фибрилляции предсердий являются

- регулярные или нерегулярные интервалы R-R; «Пилообразные» предсердные волны и «F» с наибольшей амплитудой во II, III и AVF отведениях; частота предсердных волн 250-350 в минуту (1 тип)
- абсолютно нерегулярные интервалы R-R; отсутствие отчетливых зубцов P; интервал между 2-мя возбуждениями предсердий (f-волн) составляет более 300 ударов/мин
- регулярные интервалы R-R; интервалы QR длинные; ЧСС 100-160 в минуту
- регулярные интервалы R-R; зубцы P обычной конфигурации; ЧСС 100-180 в минуту

Данному пациенту для профилактики тромбообразования показано назначение

- пентоксифилина
- ривароксабана
- дипиридамола
- ацетилсалициловой кислоты

При назначении пероральных антикоагулянтов из группы прямых ингибиторов фактора Ха больным с фибрилляцией предсердий проведение исследования МНО

- показано 1 раз в полгода
- не показано
- показано 1 раз в год
- показано 1 раз в месяц

Антитромботическая терапия данному пациенту с фибрилляцией предсердий показана при минимальной сумме баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, равной

- 3
- 2
- 4
- 5

У больных ФП с клинически выраженной сердечной недостаточностью целесообразно добавление к бета-адреноблокаторам

- аллапенина
- хинидина
- пропранолола
- дигоксина

Злоупотребление алкоголем у данного пациента на фоне приема антикоагулянтов может приводить к

- диабетической коме
- остромиоинфаркту миокарда
- потере сознания
- кровотечению

Планный визит больных с ФП проводится для контроля клинического состояния и контроля ЧСС 1 раз в +__+ мес.

- диабетической коме
- остромиоинфаркту миокарда
- потере сознания
- кровотечению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 64 лет обратился к кардиологу

Жалобы

На внезапно возникший эпизод учащенного неритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

* В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца, по поводу чего не обследовался, эпизодически принимал атенолол с эффектом. Повышение АД последние 6-7 лет максимально до 170/90 мм рт ст, по поводу чего принимает эналаприл 20 мг. Адаптирован к 120/80 мм рт ст.

* Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Преподаватель ВУЗ

* Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад, дизартрия регрессировала полностью. Принимает аторвастатин 20 мг.

* Наследственность: мама умерла в 78 лет – острое нарушение мозгового кровообращения, отец 89 лет – гипертоническая болезнь.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 120 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- диабетической коме
- остромиоинфаркту миокарда
- потере сознания
- кровотечению

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения инструментальными методами обследования являются

- диабетической коме
- остромиоинфаркту миокарда
- потере сознания
- кровотечению

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента на основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

- диабетической коме
- остромиоинфаркту миокарда
- потере сознания
- кровотечению

Диагноз

Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков

- патологического Q-зубца в aVR, сглаженного зубца T в грудных отведениях
- наличия зубца P после комплекса QRS, $PR > RP$, RP менее 70мсек
- наличия P зубцов перед QRS, $PR < RP$
- нерегулярных волн f различной морфологии и различная кратность АВ-проведения

У данного пациента фибрилляция предсердий

- пароксизмальная
- постоянная
- длительно персистирующая
- персистирующая

Для купирования приступа аритмии возможно назначение

- дигоксина
- лаптаконитина гидробромида в таблетках
- внутривенного введения амиодарона
- амиодарона в таблетках в дозе 200 мг в сут

Для купирования приступа аритмии при неэффективности медикаментозной кардиоверсии возможно выполнение

- электрической кардиоверсии
- чреспищеводной сверхчастой стимуляции предсердий
- программированной стимуляции предсердий парными экстрастимулами
- программированной стимуляции предсердий 1 экстрастимулом

Для медикаментозной профилактики рецидивов фибрилляции предсердий у данного пациента можно использовать

- амлодипин
- соталол
- бисопролол
- дигоксин

При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов фибрилляции предсердий у данного пациента можно выполнить

- аблацию АВ-соединения и имплантацию однокамерного ЭКС
- имплантацию кардиовертера-дефибриллятора
- катетерную аблацию источника аритмии
- имплантацию двухкамерного ЭКС

Риск тромбозмболических осложнений у пациента оценивается

- как высокий по шкале SCORE с учетом инсульта в анамнезе
- как высокий с учетом тахисистолической формы фибрилляции предсердий
- как низкий с учетом впервые зарегистрированного эпизода фибрилляции предсердий
- как высокий по шкале CHA₂DS₂-VASc

Профилактика тромбозмболических осложнений у данного пациента показана

- клопидогрелем
- аспирином
- антагонистами витамина К или новыми антикоагулянтами
- до купирования пароксизма фибрилляции предсердий

Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании

- клопидогрелем
- аспирином
- антагонистами витамина К или новыми антикоагулянтами
- до купирования пароксизма фибрилляции предсердий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 40 лет госпитализирована в отделение кардиологии в плановом порядке для обследования и подбора терапии

Жалобы

на

- * чрезмерную одышку при обычной физической нагрузке
- * перебои в работе сердца
- * периодические подъемы АД до 140/90 мм рт. ст.
- * боли тупого характера в области сердца, не связанные с физическими нагрузками, проходящие самостоятельно
- * утомляемость

Анамнез заболевания

С 24 лет отмечает эпизоды подъема АД максимально до 140/90 мм рт. ст., сопровождающиеся головной болью, мельканием мушек перед глазами. Лечилась эпизодически атенололом, небилетом, отменяя препараты после нормализации АД. В 34 года перенесла вирусную инфекцию, осложнившуюся бронхитом (кашель, гнойная мокрота). Госпитализирована в стационар, где проводилась антибиотикотерапия с хорошим эффектом. Тогда впервые на ЭхоКГ было выявлено увеличение размеров сердца (левое предсердие – 4,3 см,

КДР – 5,9 см) и снижение фракции выброса до 49%. На ЭКГ отмечались частые желудочковые экстрасистолы. Был поставлен диагноз миокардита. Проводилось лечение этацизином. Состояние больной постепенно улучшалось, однако сохранялась дилатация левого желудочка со сниженной фракцией выброса. Наблюдалась в поликлинике по месту жительства, где терапия была изменена. На фоне приема небилета при проведении суточного мониторирования ЭКГ регистрировались частые желудочковые экстрасистолы. В течение нескольких последних месяцев стала отмечать уменьшение толерантности к физической нагрузке, перебои в работе сердца, боли тупого характера в области сердца, не связанные с физическими нагрузками, проходящие самостоятельно. Госпитализирована в отделение кардиологии в плановом порядке для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала
- * Профессия – воспитатель детского сада
- * Перенесённые заболевания: ОРВИ, острый бронхит, миокардит
- * Наследственность: отец - артериальная гипертензия (АГ) с 60-летнего возраста, мать – практически здорова
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Вредные привычки: нет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, вес – 81 кг, рост – 164 см. ИМТ= 30,1 кг/м². Т тела 36,4°С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки - цилиндрическая, ассиметрии нет. Тип дыхания - смешанный, частота дыханий в покое – 16 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук симметричный; при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сосуды шеи не изменены, границы относительной сердечной тупости: правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая – по левой средне-ключичной линии, верхняя – в 3-м межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2 тона над верхушкой. Шумов нет. ЧСС - 68 в мин. АД - 142/96 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов сохранена и достаточна. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациентки лабораторные методы обследования

- клопидогрелем
- аспирином
- антагонистами витамина К или новыми антикоагулянтами
- до купирования пароксизма фибрилляции предсердий

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для оценки текущего состояния пациентки инструментальные методы обследования

- клопидогрелем
- аспирином
- антагонистами витамина К или новыми антикоагулянтами
- до купирования пароксизма фибрилляции предсердий

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является

- клопидогрелем
- аспирином
- антагонистами витамина К или новыми антикоагулянтами
- до купирования пароксизма фибрилляции предсердий

Диагноз

Ведущим клиническим синдромом ДКМП является

- транзиторная энцефалопатия
- почечная недостаточность
- печеночная недостаточность
- сердечная недостаточность

Одним из факторов риска внезапной сердечной смерти (ВСС) у больных с ДКМП является

- синусовая тахикардия
- предсердная тахикардия
- наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
- неустойчивая желудочковая тахикардия

Пациентам с ДКМП, желудочковыми аритмиями (ЖТ/ФЖ), симптомной ХСН (II-III ФК NYHA) со сниженной ФВЛЖ <35%, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, с ожидаемой продолжительностью жизни более 1 года и хорошим функциональным статусом, рекомендована

- ИКД-терапия (имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор)
- радиочастотная катетерная абляция каво-трикуспидального истмуса
- процедура стентирования коронарных артерий
- чреспищеводная стимуляция сердца

Основным методом диагностики ДКМП является

- электрокардиография (ЭКГ)
- эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ)
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография (КТ)

- рентгенография органов грудной клетки

Одними из электрокардиографических признаков блокады левой ножки пучка Гиса являются

- дискордантные комплексы QRS смещения сегмента RS-T и изменение полярности зубца T
- комплексы QRS типа rSr' или rSR' в отведении V1
- уширенные, нередко зазубренные зубцы S в отведениях V5, V6, I и AVL
- уширенные деформированные желудочковые комплексы типа R с расщепленной или широкой вершиной в V5, V6, I и AVL-отведениях

Пациентам со сниженной фракцией выброса левого желудочка и сохраняющимися симптомами сердечной недостаточности, несмотря на оптимальную терапию ХСН, для снижения риска смерти показано назначение

- празозина+морацизина
- прокаинамида+мексилетина
- валсартана+сакубитрила
- фенитоина+пропафенона

Хроническая сердечная недостаточность II ФК по Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) характеризуется

- явным ограничением физической активности. Комфортное состояние в покое, но меньшая, чем обычно, физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение.
- невозможностью выполнения любой физической нагрузки без дискомфорта. Симптомы могут присутствовать в покое. При любой физической активности дискомфорт усиливается
- незначительным ограничением физической активности. Комфортное состояние в покое, но обычная физическая активность вызывает чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение
- отсутствием ограничений физической активности. Обычная физическая активность не вызывает чрезмерной одышки, утомляемости и сердцебиения

Дистанция 6-ти минутной ходьбы 301-425 метров соответствует + ____ + функциональному классу ХСН

- III
- IV
- II
- I

Длительный прием + _____ + повышает риск декомпенсации сердечной недостаточности

- III
- IV
- II
- I

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ю. 29-ти лет обратилась самостоятельно в приемное отделение больницы.

Жалобы

- * на учащенное, усиленное ритмичное сердцебиение,
- * на одышку при небольших физических нагрузках,
- * на чувство дрожания в грудной клетке,
- * на общую слабость.

Анамнез заболевания

- * впервые похожий приступ возник во время урока физкультуры в 14 лет,
- * до этого физические нагрузки переносила удовлетворительно,
- * в дальнейшем приступы возникали раз в 2-3 года, всегда начинались внезапно, длились 3-4 минуты, после чего также внезапно прекращались после того, как больная умывалась холодной водой или купировались самостоятельно,
- * ЭКГ во время приступа ни разу не была зарегистрирована, во время диспансеризаций ни про какие изменения на ЭКГ пациентке никогда не говорили
- * ухудшение состояния в течение последнего года, когда вышеописанные приступы участились и возникали практически каждый месяц,
- * настоящий приступ развился без очевидных провоцирующих факторов 20 минут назад, купировать его самостоятельно не удалось, в связи с чем самостоятельно пришла в приемный покой ближайшей больницы, расположенной в соседнем здании

Анамнез жизни

- * матери пациентки 54 года, страдает болезнью Грейвса
- * отцу 56 лет, страдает гипертонической болезнью, нейросенсорной тугоухостью
- * менструации с 11 лет, регулярные, 2 беременность: 1 роды, 1 выкидыш
- * не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Конституция астеническая, рост 171 см, вес 50 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД 95/65 мм рт. ст. ЧСС - 150 в

минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- III
- IV
- II
- I

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- III
- IV
- II
- I

Результаты лабораторного метода обследования

Больной можно поставить диагноз

- III
- IV
- II
- I

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- синдромом Фредерика
- наджелудочковой экстрасистолией
- синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW)
- желудочковой тахикардией

Зарегистрированный на ЭКГ приступ НЕ является желудочковой тахикардией, т.к.

- отсутствуют зубцы Р
- комплекс QRS узкий
- ритм правильный
- ЧСС 185 уд/мин

К вагусным пробам относится

- рефлекс Китаева
- рефлекс Бейнбриджа
- проба Вальсальвы
- рефлекс Оппенгейма

Причиной депрессии сегмента ST на ЭКГ у данной больной является

- перегрузка левого желудочка в связи с гиперволемией
- острый инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка
- острый перикардит
- относительная недостаточность коронарного кровоснабжения

Купировать приступ тахикардии у данной пациентки возможно при помощи

- внутривенного введения поляризующей смеси или панангина
- внутривенного введения верапамила или АТФ
- внутривенного введения эналаприла или лидокаина
- перорального приема бисопролола или небиволола

Показанием для проведения электроимпульсной терапии для купирования наджелудочковой тахикардии является

- ЧСС более 180 уд/мин
- выраженная вегетативная симптоматика
- острая левожелудочковая недостаточность
- артериальное давление более 160/100 мм рт.ст.

Оптимальным антиаритмическим препаратом для медикаментозной профилактики приступов тахикардии является

- верапамил
- дигоксин
- аллапинин
- аденозин (АТФ)

При неэффективности медикаментозной антиаритмической терапии целесообразно (-на)

- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Пациентка относится к + ____ + группе состояния здоровья

- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- имплантация электрокардиостимулятора

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- выполнение радиочастотной катетерной абляции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ш.40 лет госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

- * на учащенное ритмичное сердцебиение,
- * чувство нехватки воздуха,
- * потемнение в глазах,
- * тошноту,
- * головокружение,
- * слабость.

Анамнез заболевания

- * подобные приступы возникали у пациентки с 18 лет один раз в 3-4 года, всегда начинались внезапно, без очевидных причин, как в покое, так и во время нагрузок. Длелись не более минуты и купировались после глубокого вдоха с задержкой дыхания или после произвольно вызванного кашля;
- * к врачам не обращалась, вне приступов никаких жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не отмечала;
- * в течение последних нескольких лет приступы участились и возникали раз в несколько месяцев, их длительность увеличилась до 5 минут;
- * настоящий приступ развился на фоне стресса 15 минут назад, купировать его самостоятельно не удалось, в связи с чем была вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

- * матери пациентки 64 года, страдает мигренями,
- * отцу 63 года, в 45 лет диагностирована болезнь Рандю-Ослера
- * менструации с 13 лет, регулярные, умеренно болезненные 2 беременности, 2 родов,
- * курит 20 лет по 6-8 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, холодные кисти рук и стопы. Конституция нормостеническая, рост 172 см, вес 67 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 30 в минуту. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД 80/40 мм рт. ст. ЧСС - 180 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- имплантация электрокардиостимулятора

- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза пациентке следует оценить

- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Результаты лабораторного метода обследования

Больной можно поставить диагноз

- имплантация петлевого регистратора ЭКГ
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- выполнение радиочастотной катетерной аблации

Диагноз

Нарушениями ритма, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, являются

- синдромом Фредерика
- желудочковая тахикардия
- синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW)
- наджелудочковая экстрасистолия

От желудочковой тахикардии изменения на ЭКГ позволяет (-ют) дифференцировать

- частота сердечных сокращений более 190 уд/мин
- равные интервалы RR
- продолжительность комплекса QRS
- отсутствие дельта-волны

К вагусным маневрам НЕ относится

- рефлекс Китаева
- проба Вальсальвы
- рефлекс Ашнера
- погружение лица в холодную воду

Причиной депрессии сегмента ST на ЭКГ у данной больной является

- перегрузка левого желудочка в связи с гиперволемией
- относительная недостаточность коронарного кровоснабжения
- острый инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка
- острый перикардит

Купировать приступ тахикардии у данной пациентки возможно при помощи

- внутривенного введения поляризующей смеси или панангина
- внутривенного введения эналаприла или лидокаина
- внутривенного введения верапамила или АТФ
- перорального приема бисопролола или метопролола

Показанием для проведения электроимпульсной терапии для купирования наджелудочковой тахикардии является

- острая левожелудочковая недостаточность
- ЧСС более 180 уд/мин
- артериальное давление более 160/100 мм рт.ст.
- выраженная вегетативная симптоматика

Оптимальным антиаритмическим препаратом для медикаментозной профилактики приступов тахикардии является

- дигоксин
- аденозин (АТФ)
- пропafenон
- верапамил

При неэффективности медикаментозной антиаритмической терапии целесообразно

- выполнение радиочастотной катетерной аблации
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ

Пациентам, перенесшим катетерную аблацию по поводу наджелудочковых тахикардий, рекомендовано ограничение физических нагрузок на протяжении

- выполнение радиочастотной катетерной аблации
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * На пенсии с 65 лет.
- * Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.
- * Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

- выполнение радиочастотной катетерной аблации
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- выполнение радиочастотной катетерной аблации
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке можно поставить основной диагноз

- выполнение радиочастотной катетерной аблации
- имплантация кардиовертера дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация петлевого регистратора ЭКГ

Симптом Ходсона - это рентгенологический признак хронического пиелонефрита, при котором на урограмме отмечается

- уменьшение толщины паренхимы на полюсах почки по сравнению со средней частью
- уменьшение толщины паренхимы средней части почки по сравнению с полюсами
- равномерное уменьшение толщины паренхимы почки
- равномерное увеличение толщины паренхимы почки

Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень

- мочевины
- билирубина
- микроальбуминурии
- щелочной фосфатазы

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

- С3b, A1
- С3a, A1
- С3b, A2
- С3a, A2

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- высокий
- низкий
- средний
- очень высокий

Больной необходимо

- провести бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии
- назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва
- провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии
- назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами

При количественной оценке бактериурии в обычных условиях значимым считается уровень + _____ + КОЕ/мл

- $1 \cdot 10^1$
- $1 \cdot 10^2$
- $1 \cdot 10^3$
- $1 \cdot 10^4$

Больной следует

- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС
- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков
- уменьшить дозы антигипертензивных средств
- сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии

В РФ распространена резистентность кишечной палочки к

- карбапенемам
- цефалоспорином III поколения
- аминогликозидам
- фторхинолонам

Пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек отличается

- карбапенемам
- цефалоспорином III поколения
- аминогликозидам
- фторхинолонам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * На пенсии с 65 лет.
- * Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.
- * Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

- карбапенемам
- цефалоспорином III поколения
- аминогликозидам
- фторхинолонам

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- карбапенемам
- цефалоспорином III поколения
- аминогликозидам
- фторхинолонам

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- карбапенемам
- цефалоспорином III поколения
- аминогликозидам
- фторхинолонам

Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень

- микроальбуминурии
- билирубина
- мочевины
- щелочной фосфатазы

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

- С3b, A1
- С3b, A2
- С3a, A1
- С3a, A2

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- низкий
- высокий
- очень высокий
- средний

Больной необходимо

- назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва
- провести бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии
- назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами
- провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

Больной следует

- уменьшить дозы антигипертензивных средств
- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков
- сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии
- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС

Нерациональной комбинацией антигипертензивных препаратов при лечении артериальной гипертензии является

- иАПФ + калийсберегающий диуретик
- иАПФ + диуретик
- иАПФ + антагонисты кальция
- блокатор рецепторов ангиотензина + антагонисты кальция

Феномен "ускользания" антигипертензивного эффекта может наблюдаться при лечении

- антагонистами кальция
- бета-адреноблокаторами
- ингибиторами АПФ
- блокаторами рецепторов ангиотензина

Абсолютным противопоказанием к назначению иАПФ является

- АВ-блокада 2 степени
- гиперкалиемия
- подагра
- бронхиальная астма

Абсолютным противопоказанием к назначению блокаторов рецепторов ангиотензина является

- АВ-блокада 2 степени
- гиперкалиемия
- подагра
- бронхиальная астма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет доставлен в приемное отделение больницы.

Жалобы

на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

Бригадой СМП доставлен в многопрофильную больницу с наличием отделения для инвазивного лечения через 1 час после снятия первичной ЭКГ.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает, предприниматель.
- * Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- АВ-блокада 2 степени
- гиперкалиемия
- подагра
- бронхиальная астма

Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- V3R и V4R
- по Нэбу
- по Лиану
- V7-V9

При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются в отведении

- I, V5, V6
- aVF
- I, V4, V5
- aVL (или aVL и I)

Какой основной диагноз?

- I, V5, V6

- aVF
- I, V4, V5
- aVL (или aVL и I)

Элевация ST в отведениях II, III, AVF указывает на
 + _____ + **инфаркт миокарда ЛЖ**

- переднесептальный
- задне-дифрагмальный
- передне-боковой
- верхушечный

Пациенту необходимо выполнить

- радиочастотную аблацию (РЧА)
- аортокоронарное шунтирование (АКШ)
- тромболитическую терапию (ТЛТ)
- чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг

Пациенту показан/показано

- введение парентеральных антикоагулянтов
- прием пероральных антикоагулянтов
- введение коллоидных растворов
- прием глюкокортикостероидов

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах + _____ + после первичного контакта с медицинским работником

- 72 часов
- 60 минут
- 24 часов
- 120 минут

Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут

- 20
- 80
- 10
- 160

При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать

- протромбиновый индекс по Квику
- тромбиновое время
- международное нормализованное отношение
- активированное частичное тромбопластиновое время

Наиболее частой причиной смерти на догоспитальном этапе в первые часы развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является

- протромбиновый индекс по Квику
- тромбиновое время
- международное нормализованное отношение
- активированное частичное тромбопластиновое время

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет самостоятельно обратился в приемное отделение ГБ.

Жалобы

на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает, предприниматель.
- * Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в

минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- протромбиновый индекс по Квику
- тромбиновое время
- международное нормализованное отношение
- активированное частичное тромбопластиновое время

Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- V3R и V4R
- по Нэбу
- по Лиану
- V7-V9

Эхокардиографическим признаком инфаркта миокарда может быть

- локальный гиперкинез
- диффузный гиперкинез
- локальный а-, гипокинез
- диффузный а-, гипокинез

Основным диагнозом пациента является

- локальный гиперкинез
- диффузный гиперкинез
- локальный а-, гипокинез
- диффузный а-, гипокинез

Пациенту необходимо выполнить

- аортокоронарное шунтирование (АКШ)
- чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)
- тромболитическую терапию (ТЛТ)
- радиочастотную абляцию (РЧА)

Пациенту в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

Пациенту показано

- введение парентеральных антикоагулянтов
- введение коллоидных растворов
- прием глюкокортикостероидов
- прием пероральных антикоагулянтов

При выполнении чрескожного коронарного вмешательства нефракционированный гепарин вводится внутривенно болюсно в дозе + _____ + ЕД/кг с возможным повторным введением (20 МЕ/кг) с целью поддержания активированного времени свертывания крови 250-350 сек

- 70-100
- 30-60
- 110-130
- 10-20

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах + _____ + после первичного контакта с медицинским работником

- 60 минут
- 24 часов
- 120 минут
- 72 часов

Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе \ _____ мг/сут

- 10
- 160
- 20
- 80

При возникновении пароксизма устойчивой желудочковой тахикардии на фоне инфаркта миокарда показано

- проведение инфузии кордарона
- проведение инфузии лидокаина
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

Начальная энергия электрического разряда при лечении тахикардии с широкими комплексами QRS бифазным дефибриллятором составляет + _____ + Дж

- проведение инфузии кордарона

- проведение инфузии лидокаина
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся потрясающим ознобом, потливость, выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В детстве у врача-ревматолога не наблюдался, в течение всей жизни физические нагрузки переносил хорошо. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт.ст., с этого времени достаточно регулярно принимает энап 10 мг утром и ателолол 25 мг утром, АД на этом фоне в пределах 135-140/90 мм рт.ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью, ломотой в мышцах и суставах. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через месяц – повторное повышение температуры тела до 39°C максимально. Самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановая кислота в течение 5 дней с эффектом. Через 8 недель вновь повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом на высоте лихорадки, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и суставах. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает, больничный лист не открывался.
- * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный, на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на коже ладоней и стоп безболезненные петехиальные высыпания диаметром 1-4 мм. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, там же выслушивается диастолический шум. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- проведение инфузии кордарона
- проведение инфузии лидокаина
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- проведение инфузии кордарона
- проведение инфузии лидокаина
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- проведение инфузии кордарона
- проведение инфузии лидокаина
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

По характеру течения у пациента признаки _____ инфекционного эндокардита

- рецидива
- острого
- подострого
- ремиссии

Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- Lown
- Killip
- Duke
- NYHA

«Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

- сцинтиграфия
- эхокардиография
- электрокардиография
- рентгенография

Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится в течение _____ недель

- 11-12
- 9-10
- 2-6
- 7-8

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

- пероральный
- эндолюмбальный
- ингаляционный
- внутривенный

Терапию инфекционного эндокардита непротезированных клапанов, вызванного группой высокочувствительных к пенициллину Streptococci, у взрослых людей проводят цефтриаксоном внутривенно в дозе * _____ * г/сут

- 0,5
- 1,5
- 2
- 1

У пациентов с непереносимостью бензилпенициллина или цефтриаксона рекомендовано использование

- кларитромицина
- фосфомицина
- цефепима
- ванкомицина

Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с инфекционным эндокардитом при

- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- фракции выброса 55-60%
- уменьшении числа вегетаций
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Показанием к раннему оперативному вмешательству при инфекционном эндокардите является

- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- фракции выброса 55-60%
- уменьшении числа вегетаций

- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная К., 76 лет, поступила в отделение кардиологии для обследования и лечения.

Жалобы

- * Одышка при небольших физических нагрузках;
- * эпизоды одышки в положении лежа, которые иногда возникают ночью, купируются после приема нитроглицерина;
- * отеки голеней и стоп;
- * боли в области сердца, возникающие при небольших физических нагрузках и проходящие в покое;
- * ощущение пульсации в области сосудов шеи.

Анамнез заболевания

- * В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью;
- * за последние три года отметила постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление одышки. Ранее бытовые физические нагрузки переносила удовлетворительно;
- * в течение последнего года стали беспокоить боли в области сердца без иррадиации, возникающие во время физических нагрузок (ходьба в гору на протяжении нескольких минут), эпизоды головокружений;
- * настоящее ухудшение состояния около 1 месяца назад, когда усилилась одышка при физических нагрузках, стала беспокоить пациентку ночью, а также появились отеки голеней и стоп.

Анамнез жизни

- * Мать умерла в 84 года от рака молочной железы, страдала гипертонической болезнью, перенесла инфаркт миокарда в возрасте 78 лет;
- * отец умер в возрасте 69 лет от ишемического инсульта;
- * курила в течение 10 лет по ½ пачки сигарет в день, в течение последних 40 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 21,5 кг/м². Кожные покровы чистые, нормальной влажности. Отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 26/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, значительное ослабление II тона во всех точках, выслушивается дующий диастолический шум, максимально выраженный в точке аускультации аортального клапана и в III-IV межреберье справа от грудины, на верхушке сердца выслушивается грохочущий пресистолический шум. ЧСС - 75/мин. АД - 180/50 мм рт. ст. Отмечается усиленная пульсация сонных артерий, ритмичное покачивание головы в такт с частотой сердечных сокращений. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 1 см выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- фракции выброса 55-60%
- уменьшении числа вегетаций
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Результаты обследования

Сцинтиграфия миокарда в покое

Признаков рубцовых изменений миокарда не выявлено

Данной пациентке на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- фракции выброса 55-60%
- уменьшении числа вегетаций
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Диагноз

На ЭКГ регистрируется гипертрофия миокарда

- левого предсердия
- левого желудочка
- правого предсердия
- правого желудочка

На ЭКГ регистрируется нарушение проводимости в виде

- атриовентрикулярной блокады 2 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- синоатриальной блокады 2 степени
- атриовентрикулярной блокады 1 степени

Грохочущий пресистолический шум на верхушке сердца является шумом

- Остина-Флинта
- Боткина-Эрба
- Грэхема-Стилла
- Абрамова-Фидлера

У пациентки + ___ + функциональный класс хронической сердечной недостаточности (Функциональная классификация хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации Сердца, NYHA)

- I
- IV
- III
- II

У пациентки имеются признаки хронической сердечной недостаточности + _____ + стадии по Стражеско-Василенко

- IIА
- I
- III
- IIБ

Пациентке показано

- консервативное лечение
- наблюдение в течение 12 месяцев
- наблюдение в течение 6 месяцев
- хирургическое лечение

До принятия решения о целесообразности выполнения хирургического лечения пациентке показан следующий объем консервативной терапии

- блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридинового ряда), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в сочетании с блокаторами рецепторов ангиотензина II
- блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридинового ряда), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, диуретики
- блокаторы кальциевых каналов (фенилалкиламинового ряда), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, диуретики
- блокаторы кальциевых каналов (фенилалкиламинового ряда), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, пролонгированные нитраты

Для уточнения причины болей в области сердца пациентке необходимо провести

- нагрузочную пробу (тредмилл-тест)
- коронароангиографию
- нагрузочную пробу (велозонометрия)
- МРТ сердца с контрастированием

В случае принятия решения о целесообразности протезирования аортального клапана и успешном выполнении операции по установке механического протеза аортального клапана пациентке показан прием

- варфарина
- клопидогреля
- дабигатрана
- аспирина

Пациент относится к + ____ + группе состояния здоровья

- варфарина
- клопидогреля
- дабигатрана
- аспирина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная К., 75 лет, поступила в отделение кардиологии для обследования и лечения.

Жалобы

- * На одышку при умеренных физических нагрузках;
- * отеки голеней и стоп;
- * на боли в области сердца, возникающие без четкой связи с физическими нагрузками;
- * на эпизоды потери сознания при физических нагрузках.

Анамнез заболевания

- * В течение жизни физические нагрузки переносила удовлетворительно: самостоятельно вела домашнее хозяйство (живет в сельской местности), однако около трех лет назад появилась одышка сначала при значительных, а затем и при умеренных физических нагрузках;
- * отмечает появление отеков голеней и стоп в течение года;
- * к врачам не обращалась, не обследовалась;
- * в течение последних 6 месяцев стали беспокоить боли в области сердца, которые возникали как в покое, так и во время физических нагрузок, эпизоды головокружений с потемнением в глазах, на пике которых несколько раз за последний месяц потеряла сознание на несколько минут.

Анамнез жизни

- * Мать умерла в 82 лет от инфаркта миокарда, страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа;
- * отец умер в возрасте 85 лет от рака простаты. Страдал хронической обструктивной болезнью легких;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 20,3 кг/м². Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 24/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, значительное ослабление 2 тона во всех точках, выслушивается грубый систолический шум, максимально выраженный в точке аускультации аортального клапана. ЧСС - 68/мин., пульс слабого наполнения, медленный, АД - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- варфарина

- клопидогреля
- дабигатрана
- аспирин

Результаты обследования

Данной пациентке на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- варфарин
- клопидогреля
- дабигатрана
- аспирин

Диагноз

На ЭКГ регистрируется гипертрофия миокарда

- левого предсердия
- правого желудочка
- правого предсердия
- левого желудочка

На ЭКГ регистрируется нарушение проводимости в виде

- атриовентрикулярной блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярной блокады 2 степени
- синоатриальной блокады 2 степени

Для данного порока сердца характерна артериальная гипотензия, однако у больной регистрируются повышенные цифры АД, что может быть обусловлено

- компенсаторными механизмами, ведущими к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет повышения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к подавлению ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет повышения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к подавлению ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет снижения сердечного выброса
- компенсаторными механизмами, ведущими к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы за счет снижения сердечного выброса

Эпизоды потери сознания у данной пациентки могут быть обусловлены

- наджелудочковыми нарушениями ритма
- частой атриовентрикулярной экстрасистолией
- синдромом повышенного сердечного выброса
- желудочковыми нарушениями ритма

Выслушиваемый у пациента систолический шум проводится

- в правую подмышечную область
- на сонные артерии
- в левую подмышечную область
- в межлопаточную область

Тяжелый аортальный стеноз характеризуют

- средний трансклапанный градиент более 40 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана менее 1 см^2 .
- средний трансклапанный градиент 25-40 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана $1-1,5 \text{ см}^2$.
- средний трансклапанный градиент менее 25 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана более $1,5 \text{ см}^2$.
- средний трансклапанный градиент более 60 мм рт.ст., площадь отверстия аортального клапана более $0,5 \text{ см}^2$.

Степень тяжести аортального стеноза у данной больной характеризуется как

- мягкая
- умеренная
- неопределенная
- тяжелая

У пациентки имеются признаки хронической сердечной недостаточности + ___ + стадии по Стражеско-Василенко

- III
- IIА
- I
- IIБ

Пациентке показано

- консервативное лечение
- наблюдение в течение 6 мес.
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 12 мес.

Пациент относится к + ___ + группе состояния здоровья

- консервативное лечение
- наблюдение в течение 6 мес.
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 12 мес.

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 53 лет, поступила в отделение кардиологии для обследования и лечения.

Жалобы

- * Снижение толерантности к физическим нагрузкам в виде одышки, возникающей при умеренных физических нагрузках;
- * эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения;
- * отеки голеней и стоп.

Анамнез заболевания

- * В подростковом возрасте часто болела ангинами;
- * в 18 лет после очередной тяжелой ангины была проведена тонзилэктомия;
- * во время обучения в школе была освобождена от занятий физкультурой в связи с частыми ОРВИ и ангинами, однако в целом физические нагрузки переносила удовлетворительно;
- * в 24 года родила здорового ребенка. Беременность протекала без особенностей;
- * за последние три года отметила постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление одышки. Ранее умеренные физические нагрузки переносила удовлетворительно;
- * настоящее ухудшение состояния около 1 месяца назад, когда усилилась одышка, появились перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Анамнез жизни

- * Мать 75 лет, страдала ревматической лихорадкой, в возрасте 48 лет выполнено протезирование митрального клапана по поводу декомпенсированного митрального стеноза, с 30 лет страдает хроническим аутоиммунным гепатитом;
- * отец умер в возрасте 63 лет от ОНМК;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает экономистом.

Объективный статус

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. Умеренно выраженные отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 25/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ослабление I тона на верхушке, там же выслушивается дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 72/мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под реберной дуги на 1 см.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- консервативное лечение
- наблюдение в течение 6 мес.
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 12 мес.

Результаты обследования

Данной пациентке на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- консервативное лечение
- наблюдение в течение 6 мес.
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 12 мес.

Диагноз

На ЭКГ регистрируется

- АВ-блокада 3 степени
- АВ-блокада 2 степени
- гипертрофия левого желудочка
- гипертрофия правого желудочка

На ЭКГ регистрируется

- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- гипертрофия левого предсердия
- гипертрофия правого предсердия
- синоатриальная блокада 2 степени

У пациентки + ____ + функциональный класс хронической сердечной недостаточности (Функциональная классификация хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации Сердца, NYHA)

- I
- III
- II
- IV

У пациентки имеются признаки хронической сердечной недостаточности + _____ + стадии по Стражеско-Василенко

- I
- IIБ
- III
- ПА

Пациентке показано

- хирургическое лечение
- консервативное лечение
- наблюдение в течение 12 мес.
- наблюдение в течение 6 мес.

До принятия решения о целесообразности выполнения хирургического лечения пациентке показан следующий объем консервативной терапии

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, ацетилсалициловая кислота
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, диуретики
- антиаритмические препараты IC класса, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики
- бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в сочетании с блокаторами рецепторов ангиотензина II

В случае принятия решения о целесообразности протезирования митрального клапана и успешном выполнении операции по установке механического протеза митрального клапана пациентке показан прием

- аспирин
- дабигатран
- клопидогрель
- варфарин

При отсутствии осложнений и симптомов прогрессирования болезни после успешно выполненной операции протезирования митрального клапана достаточно проводить регулярный осмотр пациента

- 2 раза в год
- 1 раз в 5 лет
- ежемесячно
- ежегодно

Целесообразно выполнять эхокардиографию пациентке после операции по протезированию митрального клапана

- рутинно при диспансеризации
- при выявлении новых шумов
- при каждом визите к кардиологу
- рутинно один раз в шесть месяцев

Пациент относится к + ____ + группе состояния здоровья

- рутинно при диспансеризации

- при выявлении новых шумов
- при каждом визите к кардиологу
- рутинно один раз в шесть месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Л., 68 лет, поступила в отделение кардиологии для обследования и лечения.

Жалобы

- * На ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, сопровождающееся внутренней дрожью;
- * на одышку при небольших физических нагрузках, а также иногда возникающую в виде приступов в ночное время и проходящую в положении сидя;
- * на отеки голеней и стоп.

Анамнез заболевания

- * В возрасте 13 лет перенесла острую ревматическую лихорадку, в связи с чем, наблюдалась у кардиолога, получала бициллинопрофилактику, со слов пациентки, диагноз порока сердца не ставился;
- * в течение жизни относительно удовлетворительно переносила физические нагрузки, в возрасте 22 и 26 лет двое родов (беременности протекали без особенностей, первые роды самостоятельные, вторые – кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности);
- * с 53 лет после наступления менопаузы стала отмечать подъемы АД до 160/100 мм рт.ст., получала антигипертензивную терапию с положительным эффектом;
- * за последние пять лет отметила постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам, появилась одышка при физических нагрузках;
- * настоящее ухудшение состояния около 2 месяцев назад, когда значительно усилилась одышка, появились перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп.

Анамнез жизни

- * Мать умерла в 74 года от осложнений сахарного диабета 2 типа, страдала гипертонической болезнью;
- * отец умер в возрасте 69 лет от рака предстательной железы;
- * курила на протяжении 20 лет по ½ пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает преподавателем химии в школе.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 27,0 кг/м². Кожные покровы чистые, розовые. Отеки голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в базальных отделах с обеих сторон, отмечается притупление перкуторного звука в базальных отделах легких, больше справа. ЧДД - 28/мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, значительное ослабление I тона на верхушке, там же выслушивается дующий

систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 112/мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- рутинно при диспансеризации
- при выявлении новых шумов
- при каждом визите к кардиологу
- рутинно один раз в шесть месяцев

Результаты обследования

Основной диагноз пациентки

- рутинно при диспансеризации
- при выявлении новых шумов
- при каждом визите к кардиологу
- рутинно один раз в шесть месяцев

Диагноз

На ЭКГ регистрируется

- фибрилляция предсердий
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- синусовая тахикардия
- тахикардия из атриовентрикулярного соединения

На ЭКГ регистрируется гипертрофия

- левого предсердия
- правого предсердия
- правого желудочка
- левого желудочка

У пациентки + ___ + функциональный класс хронической сердечной недостаточности (Функциональная классификация хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации Сердца, NYHA)

- I
- III
- II
- IV

У пациентки имеются признаки хронической сердечной недостаточности + _____ + стадии по Стражеско-Василенко

- III

- ПА
- ПБ
- I

Пациентке показано

- наблюдение в течение 6 месяцев
- наблюдение в течение 12 месяцев
- консервативное лечение
- хирургическое лечение

До принятия решения о целесообразности выполнения хирургического лечения пациентке показан следующий объем консервативной терапии

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, ацетилсалициловая кислота
- бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в сочетании с блокаторами рецепторов ангиотензина II
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, диуретики
- антиаритмические препараты IC класса, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики

В случае принятия решения о целесообразности протезирования митрального клапана и успешном выполнении операции по установке механического протеза аортального клапана пациентке показан прием

- варфарина
- клопидогреля
- аспирина
- дабигатрана

При отсутствии осложнений и симптомов прогрессирования болезни после успешно выполненной операции протезирования митрального клапана достаточно проводить регулярный осмотр пациента

- ежемесячно
- 1 раз в 5 лет
- 2 раза в год
- ежегодно

Целесообразно выполнять эхокардиографию пациентке после операции по протезированию митрального клапана

- рутинно один раз в шесть месяцев
- рутинно при диспансеризации
- при каждом визите к кардиологу

- при выявлении новых шумов

Пациент относится к + ____ + группе состояния здоровья

- рутинно один раз в шесть месяцев
- рутинно при диспансеризации
- при каждом визите к кардиологу
- при выявлении новых шумов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 19 лет обратился к кардиологу по месту жительства.

Жалобы

На внезапно возникающие эпизоды учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающиеся головокружением, слабостью длительностью от 1 до 5 минут, купирующиеся натуживанием.

Анамнез заболевания

* В течение нескольких лет беспокоят вышеуказанные жалобы длительностью от нескольких минут до 10-15 минут, купирующиеся самостоятельно или натуживанием, сопровождающиеся головокружением, слабостью. Не обследовался. Приступы беспокоили несколько раз в месяц;

* ухудшение самочувствия за последние 2 месяца, когда приступы участились до нескольких раз в неделю.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. Занимается футболом;

* учащийся техникума;

* перенесённые заболевания: детские инфекционные заболевания, перелом большого пальца стопы в детстве;

* наследственность: мама 42 года – относительно здорова, отец 48 лет – относительно здоров;

* аллергоанамнез: не отягощен;

* вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рутинно один раз в шесть месяцев
- рутинно при диспансеризации
- при каждом визите к кардиологу
- при выявлении новых шумов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза и для выбора дальнейшей тактики лечения инструментальными методами обследования являются

- рутинно один раз в шесть месяцев
- рутинно при диспансеризации
- при каждом визите к кардиологу
- при выявлении новых шумов

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно поставить диагноз

- рутинно один раз в шесть месяцев
- рутинно при диспансеризации
- при каждом визите к кардиологу
- при выявлении новых шумов

Диагноз

Диагноз ставится на основании

- наличия Р зубцов перед QRS, PR
- отсутствия зубцов Р
- наличия зубца Р после комплекса QRS, PR > RP, RP менее 70 мсек
- отрицательных зубцов Т в V1

У данного пациента вариант пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии

- типичный (slow-fast)
- атипичный (fast-slow)
- атипичный (slow- slow)
- невозможно дифференцировать

Для купирования приступа аритмии, индуцированном при чреспищеводном электрофизиологическом исследовании у пациента, возможно выполнение

- программированной стимуляции предсердий парными экстрастимулами
- сверхчастой чреспищеводной стимуляции предсердий
- программированной стимуляции предсердий 1 экстрастимулом
- записи чреспищеводной ЭКГ и динамическое наблюдение

К «вагусным» пробам для купирования аритмии у данного пациента относится проба

- Вальсальва
- ортостатическая
- с дозированной физической нагрузкой
- с гипервентиляцией

При неэффективности «вагусных» проб для купирования приступа аритмии у пациента рекомендовано внутривенное введение

- гепарина под контролем АЧТВ
- аденозина (АТФ) или верапамила
- амиодарона 300мг
- атропина

Аденозин (АТФ) для купирования аритмии у пациента назначается по схеме: внутривенно

- 2–4 г, медленно, под контролем АД.
- 5 мг/кг в течение 15–20 мин
- 3 мг в течение 2 сек.
- 20–120 мг в течение 20 мин под контролем АД

Хирургическое лечение аритмии у пациента включает проведение катетерной абляции

- «медленного» пути АВ-узла
- пучка Кента
- АВ-узла
- устьев легочных вен

Для профилактики рецидивов данной аритмии у пациента при невозможности проведения катетерной абляции рекомендовано назначение

- дигоксина
- варфарина
- верапамила
- β -адреноблокаторов

Основным анамнестическим отличием пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии от синусовой тахикардии является

- дигоксина
- варфарина
- верапамила
- β -адреноблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длящуюся более 20 минут.

Анамнез заболевания

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование высшее.
- * Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни.
- * Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит в течение 40 лет по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 83 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными и лабораторными методами исследования являются

- дигоксина
- варфарина
- верапамила
- β-адреноблокаторов

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

Наиболее ранним, но неспецифическим, маркером некроза миокарда является

- КФК
- миоглобин
- тропонин

- МВ-КФК

Больного необходимо

- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга
- вести в амбулаторных условиях
- направить на консультацию врача-кардиолога

Предварительным диагнозом данного пациента является

- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ОКСбпST
- ОКСпST

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основным диагнозом является

- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ОКСбпST
- ОКСпST

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

- SCORE
- CHA2DS2-VASc
- TIMI
- GRACE

У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105, пациенту показана/показано

- консервативная терапия
- тромболитическая терапия
- коронарное шунтирование
- первичное чрескожное коронарное вмешательство

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- мельдоний
- бета-адреноблокатор
- ивабрадин
- триметазидин

У больных с ОКСбпСТ лечение b-адреноблокаторами не следует начинать при наличии на ЭКГ у больного

- интервала PQ > 0,24 сек.
- (-) T в грудных отведениях
- депрессии сегмента ST
- индексе Соколова-Лайона > 35 мм

Назначение препаратов группы гепарина больным с ИМбпСТ

- показано
- показано больным старше 60 лет
- показано в случае рецидивирования болевого синдрома
- не показано

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациенту при

- показано
- показано больным старше 60 лет
- показано в случае рецидивирования болевого синдрома
- не показано

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 80 лет обратился на прием к кардиологу.

Жалобы

* На скачки артериального давления: снижение АД до 90/70 мм рт.ст. и подъемы до 150/90 мм рт.ст;

* на ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез заболевания

Около 30 лет болеет гипертонической болезнью с максимальными подъемами АД до 190/100 мм рт. ст., в течение последних лет на фоне постоянного приёма антигипертензивных препаратов артериальное давление стабилизировано на уровне 120-130/80 мм рт.ст. Также около 10 лет назад принимает статины, в

связи с выявлением высоких значений холестерина. Отмечает, что в течение последних нескольких лет при нерегулярных измерениях глюкозы с помощью индивидуального глюкометра – гликемия 6,3 – 6,5 ммоль/л. Регулярно принимает: бисопролол, валсартан, аторвастатин, ацетилсалициловую кислоту. В течение последних нескольких месяцев появилась слабость при выполнении ежедневных дел (привычные физические нагрузки), ощущение перебоев в работе сердца, а также скачки артериального давления.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально;

* пенсионер;

* перенесённые заболевания: около 25 лет назад выявлен рак предстательной железы, выполнена резекция предстательной железы, химиотерапия. В настоящее время длительная ремиссия. Регулярно наблюдается у районного онколога, контролирует все необходимые анализы ежегодно. Наследственность: отец умер от рака легких в 70 лет, мать – геморрагический инсульт в 51 года;

* аллергоанамнез: аллергии на лекарственные средства не выявлялось;

* вредные привычки: не курит, алкоголь – не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,67 м, вес 85 кг, индекс массы тела 30,48 кг/м², t тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет.

При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм неправильный (имеются экстрасистолы), ЧСС 72 в минуту. АД справа 110/70 мм рт.ст., АД слева 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Лабораторными методами исследования, которые необходимо провести пациенту являются

- показано
- показано больным старше 60 лет
- показано в случае рецидивирования болевого синдрома
- не показано

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- показано
- показано больным старше 60 лет
- показано в случае рецидивирования болевого синдрома
- не показано

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у данного пациента является

- показано
- показано больным старше 60 лет
- показано в случае рецидивирования болевого синдрома
- не показано

Диагноз

Осложнениями основного заболевания являются

- персистирующая форма фибрилляции предсердий (риск тромбоэмболических событий по шкале CHA₂DS₂-VASc – 2 балла). Острое повреждение почек (СКФ 38,3 мл/мин/1,73м²)
- перманентная форма трепетания предсердий (риск тромбоэмболических событий по шкале CHA₂DS₂-VASc – 2 балла). Хроническая болезнь почек 4 стадии (СКФ 38,3 мл/мин/1,73м²)
- пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (риск тромбоэмболических событий по шкале CHA₂DS₂-VASc – 3 балла). Хроническая болезнь почек 3б стадии (СКФ 38,3 мл/мин/1,73м²)
- постоянная форма фибрилляции предсердий (риск тромбоэмболических событий по шкале CHA₂DS₂-VASc – 3 балла). Острое повреждение почек (СКФ 38,3 мл/мин/1,73м²)

Сопутствующей патологией у данного пациента является

- сахарный диабет второго типа
- сахарный диабет первого типа
- снижение глюкозы натощак
- повышение глюкозы натощак

Тактика врача первичного звена заключается в назначении

- антиагрегантов и наблюдении за пациентом в рамках дневного стационара поликлиники (контроль частоты сердечных сокращений в амбулаторных условиях)
- пероральных антикоагулянтов и решение вопроса о дальнейшей тактике лечения (восстановление синусового ритма или назначение ритмурежающей терапии)
- парентеральных антикоагулянтов и госпитализации пациента в реанимационное отделение для восстановления синусового ритма
- дигоксина и б-блокаторов, плановой госпитализации пациента в кардиологическое отделение

При беседе с врачом пациент высказал нежелание контролировать МНО и принимать варфарин, из группы прямых пероральных антикоагулянтов можно назначить

- ривароксабан 20 мг 1 раз в день
- ривароксабан 15 мг 1 раз в день
- аликсабан 5 мг 2 раза в день
- дабигатран 150 мг 2 раза в день

Пациент хотел бы попробовать восстановить синусовый ритм, учитывая снижение привычной для него переносимости физических нагрузок на фоне ФП. Оптимальной тактикой ведения в данном случае является

- продолжить приём перорального антикоагулянта и назначить пропafenон перорально дважды по 300 мг с перерывом в 2 часа амбулаторно, с дальнейшим вызовом врача на дом для оценки эффективности проведенного лечения
- продолжить приём перорального антикоагулянта, назначить гепарин внутривенно, а затем провести инфузию амиодарона в условиях дневного стационара поликлиники
- проведение чреспищеводного ЭхоКГ, при отсутствии признаков внутрисердечного тромбоза плановая госпитализация для медикаментозной или электрической кардиоверсии
- приём антикоагулянта в течение двух недель, после чего плановая госпитализация для проведения электрической кардиоверсии

В случае успешного восстановления синусового ритма пациенту дополнительно потребуются приём

- новокаинамида в течение месяца
- кардиоселективных бетаблокаторов, при их неэффективности – других антиаритмических препаратов
- ингибитора If каналов синусового узла – неопределенно долго с последующим увеличением его дозы
- триметазидина 80 мг однократно не менее трех месяцев

Целевое значение АД у пациента должно быть менее + _____ + мм рт.ст.

- 120/80
- 130/80
- 140/90
- 125/90

Диспансерное наблюдение за пациентом должен осуществлять + _____ + не реже + _____ + раз/раза в год

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Показанием для направления пациента к нефрологу для подготовки к заместительной почечной терапии является снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации ниже $+ ___ + \text{мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к кардиологу в поликлинику обратилась женщина 63-х лет.

Жалобы

На головные боли, головокружения, «шум в ушах», возникающие при физической нагрузке или психо-эмоциональном перенапряжении.

Анамнез заболевания

Много лет отмечает повышение АД до 155/80 мм рт. ст., адаптирована к 130/60 мм рт. ст. Постоянно антигипертензивную терапию не получала.

Около 2-х лет страдает сахарным диабетом 2-го типа, по поводу которого принимает: глюкофаж 850 мг на ночь, уровень глюкозы и гликированный гемоглобин – не контролирует.

Много лет хронический гастрит, вне обострения. В возрасте 40 лет диагностирован синдром Жильбера.

Варикозная болезнь нижних конечностей.

Туберкулез отрицает. Много лет страдает мочекаменной болезнью.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально;

* работала экономистом в частной компании, в настоящее время - пенсионерка;

* перенесённые заболевания, операции: детские инфекции; в 1985 году литотрипсия по поводу МКБ справа;

* наследственность: мама 87 лет – сахарный диабет 2-го типа, отец умер в молодом возрасте;

* аллергоанамнез: крапивница на эритромицин;

* вредные привычки: курение – отрицает; алкоголь – отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 1,62 м, вес 60 кг, индекс массы тела $22,4 \text{ кг/м}^2$.

Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета, чистые.

При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются.

При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно над всей поверхностью легких, хрипов нет. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, ЧСС 76 уд/мин, АД – 170/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный,

печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.
Физиологические отправления в норме (со слов).

Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым методом инструментальной диагностики для верификации диагноза у данного пациента является

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее точным диагнозом у данной пациентки является

- врач-кардиолог; 2
- врач общей практики; 1
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- аритмолог; 3

Диагноз

Для исключения ишемической болезни сердца у данной пациентки необходимо провести

- чреспищеводную эхокардиографию
- тредмил-тест
- ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий

- рентгенографию грудной клетки

Наиболее целесообразно начать терапию данной пациентки с назначения

- пролонгированных нитратов
- триметазидина дигидрохлорида
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

Целевыми значениями систолического артериального давления для данной пациентки являются < + _____ + мм рт. ст.

- 150
- 130
- 140
- 145

Уменьшение потребления поваренной соли у данной пациентки до 5 грамм в сутки может привести к снижению САД на + _____ + мм рт. ст.

- 4-5
- 7-8
- 6-7
- 5-6

У данной пациентки рекомендовано ограничение потребления алкоголя до + _____ + единиц в неделю

- 10
- 8
- 14
- 9

Через неделю регулярного приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента – периндоприла 5 мг у пациентки при самостоятельном контроле артериального давления сохраняется тенденция к гипертензии до 150-160/90 мм рт. ст. В качестве рациональной комбинации в данном случае целесообразно добавить

- антагонисты кальция
- петлевые диуретики
- пролонгированные нитраты
- альфа-адреноблокаторы

С учетом сопутствующих заболеваний, имеющих у данной пациентки, помимо кардиолога и эндокринолога ее должен регулярно наблюдать

- гастроэнтеролог

- пульмонолог
- дерматовенеролог
- отоларинголог

Целевое АД должно быть достигнуто в течение +__+ месяцев

- гастроэнтеролог
- пульмонолог
- дерматовенеролог
- отоларинголог

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 58 лет поступила в клинику для обследования и лечения.

Жалобы

- * На головные боли, преимущественно в затылочной области;
- * мелькание «мушек» перед глазами;
- * ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 200/110 мм рт. ст.;
- * перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

- * С 48 лет, в период перименопаузы, отметила эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм. рт. ст.;
- * не обследовалась, нерегулярно принимала каптоприл под язык с неполным эффектом;
- * ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев, когда стали возникать ощущения перебоев в работе сердца, что пациентка связывает со значительным эмоциональным перенапряжением.

Анамнез жизни

- * Матери пациентки 81 год, страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения;
- * отец умер в возрасте 45 лет от рака желудка;
- * менопауза с 49 лет;
- * курит до пачки сигарет в день в течение 35 лет, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела 33,2 кг/м². Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. АД 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гастроэнтеролог

- пульмонолог
- дерматовенеролог
- отоларинголог

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- гастроэнтеролог
- пульмонолог
- дерматовенеролог
- отоларинголог

Результаты инструментальных методов обследования

Больной можно поставить диагноз

- гастроэнтеролог
- пульмонолог
- дерматовенеролог
- отоларинголог

Диагноз

Желудочковая экстрасистолия у пациентки может быть обусловлена

- хронической сердечной недостаточностью
- хроническим инфекционно-иммунным миокардитом
- гипертрофией левого желудочка
- митральным пороком сердца ревматической этиологии

У пациентки отсутствует

- нефротический синдром
- метаболический синдром
- синдром артериальной гипертензии
- аритмический синдром

Заболеванием, которое необходимо исключить у данной пациентки, с учетом имеющихся факторов риска, является

- хроническая сердечная недостаточность
- идиопатическая желудочковая экстрасистолия
- периферическая полиневропатия
- ишемическая болезнь сердца

Пациентке необходимо рекомендовать ограничение употребления

- щавеля, шпината
- говядины, баранины
- поваренной соли
- продуктов, богатых пуринами

В рамках коррекции образа жизни пациентке необходимо рекомендовать

- отказ от курения
- ограничение продуктов, богатых пуринами
- увеличение потребления жидкости до 2 литров в сутки
- ограничение занятий спортом

Данной пациентке не желательно назначение комбинации

- ингибитора АПФ + диуретика
- бета-блокатора + диуретика
- ингибитора АПФ + блокатора кальциевых каналов
- блокатора рецепторов ангиотензина II + бета-блокатора

К рекомендованным антигипертензивным препаратам для пациентов с гипертрофией левого желудочка относятся

- петлевые диуретики
- ингибиторы АПФ
- препараты центрального действия
- альфа-адреномиметики

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + ____ + дней

- 7
- 10
- 15
- 30

Пациентка относится к + ____ + группе состояния здоровья

- 7
- 10
- 15
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Х. 32 лет обратилась самостоятельно в приемное отделение больницы.

Жалобы

- * На лихорадку до 39°C с потрясающими ознобами;
- * на выраженную потливость в ночное время;
- * на общую слабость, утомляемость, снижение аппетита;
- * на боли в мелких суставах кистей;
- * на одышку при умеренных физических нагрузках.

Анамнез заболевания

- * Полтора года назад пациентке было успешно выполнено протезирование аортального клапана по поводу аортальной недостаточности, обусловленной двустворчатым аортальным клапаном;
- * послеоперационный период протекал гладко;
- * около 3 недель назад появились общая слабость, утомляемость, лихорадка, которая сперва носила субфебрильный характер в течение всего дня, а затем появились подъемы до фебрильных цифр по вечерам и в ночное время, сопровождающиеся потрясающими ознобами;
- * эпизоды повышения температуры в ночное время сопровождаются профузным потоотделением, меняет по 2 сорочки за ночь;
- * пробовала самостоятельно принимать ципрофлоксацин – без эффекта.

Анамнез жизни

- * Матери пациентки 55 лет, страдает болезнью Менъера;
- * отцу 54 года, страдает гипертонической болезнью, остеоартритом коленных суставов;
- * менструации с 11 лет, регулярные, 1 беременность: 1 роды (кесарево сечение в связи с аортальным пороком);
- * не курит, алкоголь не употребляет;
- * аллергия на бета-лактамы антибиотики (отек Квинке).

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы цвета «кофе с молоком», повышенной влажности. На ладонях безболезненные геморрагические пятна диаметром до 4 мм. Конституция нормостеническая, рост 164 см, вес 57 кг. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 25 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мелодия протеза аортального клапана. АД 110/65 мм рт. ст. ЧСС - 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 7
- 10
- 15
- 30

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является посев крови, выполненный

- 7
- 10
- 15
- 30

Результаты посева крови, выполненного

Диагноз пациентки + _____ + инфекционный эндокардит

- 7
- 10
- 15
- 30

Диагноз

В общем анализе мочи пациентки обнаружена микрогематурия. Наиболее вероятно это обусловлено

- мочекаменной болезнью
- гломерулонефритом
- новообразованием почки
- мочевого инфекцией

Безболезненные геморрагические высыпания на ладонях называются

- мочекаменной болезнью
- гломерулонефритом
- новообразованием почки
- мочевого инфекцией

На ЭКГ пациентки отмечается

- гипертрофия левого желудочка
- синоатриальная блокада 2 степени
- гипертрофия правого предсердия
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

У пациентки + ____ + функциональный класс хронической сердечной недостаточности (Функциональная классификация хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской Ассоциации Сердца, NYHA)

- III
- II
- I
- IV

Пациентке показано назначение

- ампициллина в виде монотерапии
- ванкомицина с гентамицином
- амоксициллина с клавуланатом
- пенициллина с гентамицином

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

- внутривенный
- внутривенный
- ингаляционный
- пероральный

Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии у данной больной составляет + _____ + недель(недели)

- шесть
- десять
- четыре
- восемь

Показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита является все, кроме

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванного золотистым стафилококком, высокоустойчивым к антибиотикам
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5 -7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности

- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванного золотистым стафилококком, высокоустойчивым к антибиотикам
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5 -7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился в приемное отделение городской клинической больницы.

Жалобы

На головокружение, слабость, кратковременные обмороки, приступы учащенного сердцебиения, проходящие самостоятельно в течение 10 - 20 минут.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент чувствовал себя относительно здоровым человеком. Толерантность к физической нагрузке высокая. В течение последних нескольких лет – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, в качестве антиаритмической терапии принимал соталол 160 мг в сутки, с эффектом (пароксизмы возникают не чаще одного раза в год).

Около 6 месяцев назад стали появляться эпизоды головокружения без связи с положением тела, «потемнения» в глазах, при самостоятельном измерении отметил периодическое урежение пульса до 45-50 ударов в минуту. Обратился к врачу, была проведена эхокардиография, значимой структурной патологии сердца не выявлено. Около 2-3 недель назад отмечает потерю сознания по дороге в магазин. Со слов, шел по тротуару, очнулся на дороге, подняться помогли прохожие, за медицинской помощью не обращался. Около 10 дней назад – еще одна потеря сознания дома, также внезапно, очнулся на полу, в тот день к врачу не обращался. В течение последней недели – практически ежедневно эпизоды урежения пульса (минимально до 36 уд/мин) в дневное время, сопровождающиеся головокружением, участились состояния, близкие к потере сознания, отмечает нарастание общей слабости, снижение переносимости нагрузки, возникновение приступов учащенного неритмичного сердцебиения, проходящих в течение 10 - 20 минут самостоятельно. Утром в день обращения вновь возникло головокружение, состояние, близкое к потере сознания, в связи с чем, самостоятельно обратился в приемное отделение.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций на лекарственные препараты нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 51/мин, АД 110/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Физиологические отправления в норме.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванного золотистым стафилококком, высокоустойчивым к антибиотикам
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5 -7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванного золотистым стафилококком, высокоустойчивым к антибиотикам
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5 -7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Результаты инструментального метода обследования

Основным диагнозом, определяющим жалобы больного является

- наличия крупных подвижных вегетаций (более 10 мм в диаметре) с признаками тромбоэмболических осложнений или без
- развития умеренной недостаточности пораженного клапана без существенных симптомов сердечной недостаточности
- инфекционного эндокардита левых отделов сердца, вызванного золотистым стафилококком, высокоустойчивым к антибиотикам
- персистирующей инфекции (лихорадка/бактериемия) более 5 -7 дней, несмотря на адекватную антибактериальную терапию

Диагноз

Причиной развития слабости синусового узла у данного пациента является

- хронический аутоиммунный тиреоидит, гипертиреоз
- острый коронарный синдром

- возрастной идиопатический дегенеративный фиброз
- ишемическая болезнь сердца

Обследование и лечение данного пациента должно проводиться в условиях

- терапевтического стационара
- кардиологического стационара
- палаты интенсивной терапии
- амбулаторного отделения

Первоначальной тактикой лечения пациента является

- имплантация постоянного электрокардиостимулятора
- имплантация временного электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- назначения антиаритмической терапии

Наиболее предпочтительным режимом электрокардиостимуляции для данного больного является

- двухкамерная в режиме DDD без частотной адаптации
- изолированная предсердная в режиме AAI
- двухкамерная (DDD) или предсердная (AAI)
- желудочковая в режиме VVI

Для лечения фибрилляции предсердий у пациента без структурной патологии сердца препаратами первой линии являются

- препараты I класса
- антагонисты кальциевых каналов
- бета-блокаторы
- ингибиторы If-каналов синусового узла

Кроме антиаритмической терапии данному пациенту рекомендована анти тромботическая терапия для профилактики

- геморрагических осложнений
- тромбоемболических осложнений
- синкопальных состояний
- почечной недостаточности

Для оценки риска тромбоемболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий необходимо использовать шкалу

- CHA₂-DS₂-VASc
- HASBLED
- TIMI
- SCORE

Пациенты с двухкамерными электрокардиостимуляторами должны посещать медицинскую организацию для клинического осмотра и исследования функции ЭКС

- ежемесячно
- дважды в течение полугода после имплантации, затем не реже одного раза в год
- один раз в 4-6 месяцев
- через 3-4 месяца после имплантации, затем каждые полгода

Пациентам с рефлекторными обмороками с целью профилактики приступов, кроме модификации образа жизни, рекомендуется

- ежемесячно
- дважды в течение полугода после имплантации, затем не реже одного раза в год
- один раз в 4-6 месяцев
- через 3-4 месяца после имплантации, затем каждые полгода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи и госпитализирован в кардиологическое отделение по поводу осложненного гипертонического криза.

Жалобы

На повышение артериального давления до 240/110 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, нарушением глотания и словообразования (речи), потерей движения и чувствительности в правой руке и правой ноге.

Анамнез заболевания

Известно, что в течение 15 лет у пациента отмечается повышение артериального давления, максимально до 240/120 мм рт. ст. Повышение артериального давления пациент связывает с ежедневными стрессами. Принимал различные комбинации антигипертензивных препаратов. В настоящее время принимает периндоприл и моксонидин с относительным эффектом. Адаптирован к артериальному давлению 130/80-90 мм рт. ст.

Последние лет 10 отмечает повышение уровня холестерина до 8,4 ммоль/л.

Настоящее повышение артериального давления зафиксировано под утро (в 4 утра). Пациент проснулся с головной болью, померил артериальное давление электронным тонометром, который находился на тумбочке рядом с кроватью. Увидев высокие цифры артериального давления решил перемерить механическим тонометром, который был в соседней комнате. При попытке встать с кровати ощутил некий дискомфорт и слабость в правых конечностях. Встав на ноги, пациент упал из-за отсутствия движения и чувствительности в правой нижней конечности. Через несколько минут больной осознал о нарушении глотания, речи и потерю движения в правой руке. После нескольких

часов ожидания помощи пациент смог вызвать бригаду скорой медицинской помощи и был госпитализирован в кардиологическое отделение по поводу осложненного гипертонического криза.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * профессия: бизнесмен;
- * перенесенные заболевания и операции: ОРВИ;
- * наследственность: мать умерла в 74 года от инфаркта миокарда, отец - ожирение;
- * аллергия и лекарственная непереносимость: не выявлено;
- * вредные привычки: курит по 1-2 пачки в день с 18 лет, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост: 174 см, вес: 109 кг. Индекс массы тела: 36 кг/м². Следует отметить, что с юношеского возраста отмечается лишний вес. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пастозность голеней. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет, ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70 ударов в минуту, АД 190/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

В позе Ромберга - неустойчив. Очаговой неврологической симптоматики нет, ощущается некое снижение силы в правой верхней и нижней конечностях.

Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования пациента

- ежемесячно
- дважды в течение полугода после имплантации, затем не реже одного раза в год
- один раз в 4-6 месяцев
- через 3-4 месяца после имплантации, затем каждые полгода

Результаты обследования

Выберите необходимые для постановки основного диагноза и его осложнений инструментальные методы обследования

- ежемесячно
- дважды в течение полугода после имплантации, затем не реже одного раза в год
- один раз в 4-6 месяцев
- через 3-4 месяца после имплантации, затем каждые полгода

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у данного пациента является

- ежемесячно
- дважды в течение полугода после имплантации, затем не реже одного раза в год
- один раз в 4-6 месяцев
- через 3-4 месяца после имплантации, затем каждые полгода

Диагноз

Осложнением гипертонического криза в данной ситуации является

- высокие цифры артериального давления при наличии сопутствующей неврологической симптоматики
- артериальное давление менее 100/70 мм рт.ст. с сопутствующей неврологической симптоматикой
- повышение АД > 180/100 мм рт.ст. вне зависимости от наличия неврологической симптоматики
- повышение АД > 180/120 мм рт.ст. вне зависимости от наличия неврологической симптоматики

Экстренная госпитализация пациента при осложненном гипертоническом кризе

- не требуется, пациента следует наблюдать амбулаторно
- требуется, но только при уровне АД выше 220/120 мм рт.ст.
- требуется всегда
- не требуется, рекомендовано амбулаторное снижение АД и подбор терапии

Снижение артериального давления у пациентов с ишемическим инсультом, которые не получают реперфузионную терапию, при отсутствии у них выраженной артериальной гипертензии (> 200/110 мм рт. ст.)

- рекомендуется со скоростью не более 30 мм рт.ст. в 1 час
- не рекомендуется
- рекомендуется со скоростью не более 20 мм рт.ст. в 1 час
- не рекомендуется в первые 10 минут

При гипертоническом кризе терапию антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно рекомендуется проводить не позднее + _____ + минут от момента поступления в стационар

- 20
- 30
- 15
- 25

Для вторичной профилактики инсульта из антитромботической терапии данному пациенту должны быть назначены

- новые оральные антикоагулянты
- низкомолекулярные гепарины
- антагонисты витамина К
- антиагреганты

Учитывая высокие показатели липидного спектра в качестве вторичной профилактики инсульта данному пациенту необходимы

- фибраты
- статины в высоких дозах
- статины в низких дозах + фибраты
- статины в низких дозах + эзетимиб

Проведение регулярного скрининга АД и соответствующая терапия артериальной гипертензии рекомендуется всем пациентам с АД более _____ мм рт.ст.

- 120/80
- 140/90
- 125/80
- 130/85

Непрямые антикоагулянты рекомендуются больным с

- фибрилляцией предсердий
- артериальной гипертонией
- сахарным диабетом
- мочекаменной болезнью

Целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами у пациентов с некардиоэмболическими инсультами, составляет + _____ + ммоль/л

- фибрилляцией предсердий
- артериальной гипертонией
- сахарным диабетом
- мочекаменной болезнью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 85 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был госпитализирован в кардиологический стационар.

Жалобы

* На повышение артериального давления до 160/90 мм рт. ст., с эпизодами резкого его снижения до 90/70 мм рт. ст., одышку и общую слабость;

* на эпизодическое ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез заболевания

Много лет страдает гипертонической болезнью с максимальным АД до 180/110 мм рт. ст., адаптирован к 140/80 мм рт. ст. Сахарный диабет, туберкулез отрицает. Много лет ощущает перебои в работе сердца – вид не известен.

В январе 2016 г проведена коронароангиография, выявлен 55% стеноз ПМЖА.

Постоянно принимает: арифон-ретард 1,5 мг, верошпирон 25 мг, амлодипин 5 мг, лозартан 50 мг, аллопуринол 100 мг, розувастатин 20 мг. На фоне проводимого лечения периодически повышается АД до 160-170/90 мм рт. ст.

Настоящее ухудшение общего состояния около 2-х недель, когда появилась слабость при выполнении ежедневных дел (привычные физические нагрузки), ощущение перебоев в работе сердца, а также скачки артериального давления.

Сегодня утром слабость резко выросла, вплоть до пресинкопального состояния, по поводу чего решил вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально;

* пенсионер;

* перенесённые заболевания: много лет назад выявлен хронический гастрит.

Регулярно наблюдается у районного гастроэнтеролога, контролирует все необходимые анализы и гастроскопию ежегодно. Наследственность: отец умер от рака предстательной железы в 70 лет, мать – много лет фибрилляция предсердий, ишемический инсульт в 72 года – причина смерти;

* аллергоанамнез: аллергии на лекарственные средства не выявлялось;

* вредные привычки: курит, алкоголь – не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 1,85 м, вес 114 кг, индекс массы тела 33 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, ЧСС около 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Пастозность голеней и стоп.

Для постановки диагноза на этапе догоспитального обследования врачом скорой медицинской помощи необходимо провести

- фибрилляцией предсердий
- артериальной гипертонией
- сахарным диабетом
- мочекаменной болезнью

Результаты обследования

Наиболее правильной тактикой ведения данного пациента является

- госпитализация в отделение интенсивной терапии
- госпитализация в терапевтическое отделение
- динамическое наблюдение кардиологом по месту жительства
- амбулаторное ведение терапевтом поликлиники

Тяжесть состояния данного пациента в основном определена наличием

- госпитализация в отделение интенсивной терапии
- госпитализация в терапевтическое отделение
- динамическое наблюдение кардиологом по месту жительства
- амбулаторное ведение терапевтом поликлиники

Диагноз

Основной эхокардиографический показатель, имеющий значение при выборе тактики контроля ритма или частоты у данного пациента, является

- объем левого предсердия
- объем левого желудочка
- толщина межжелудочковой перегородки
- трикуспидальная регургитация

С учетом того, что при эхокардиографии не выявлено признаков дилатации левого предсердия (левое предсердие 3,7 см, норма: 1,9-4,0) и снижения сократительной способности миокарда (фракция выброса левого желудочка – 57%), было решено восстановить синусовый ритм. Для предупреждения риска тромбоэмболических осложнений необходимо провести

- селективную коронароангиографию
- трансторакальную эхокардиографию
- чреспищеводную эхокардиографию
- компьютерную томографию органов грудной полости

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий необходимо учитывать шкалу

- селективную коронароангиографию
- трансторакальную эхокардиографию
- чреспищеводную эхокардиографию
- компьютерную томографию органов грудной полости

Оптимальной тактикой в данной ситуации будет

- экстренная электрическая кардиоверсия
- плановая электрическая кардиоверсия
- внутривенное введение бета-адреноблокаторов

- внутривенное введение нитроглицерина

С учетом имеющейся ишемической болезни сердца (55% стеноз передней межжелудочковой артерии) в анамнезе, в качестве плановой антиаритмической терапии данному пациенту НЕ рекомендован

- дронедарон
- амиодарон
- соталол
- пропафенон

После успешного восстановления синусового ритма пациенту в качестве антиаритмической терапии целесообразно назначить

- дронедарон
- амиодарон
- соталол
- пропафенон

Целесообразно заменить соталол на

- амиодарон
- амлодипин
- верапамил
- ивабрадин

Диспансерное наблюдение за пациентом должен осуществлять

+ _____ + не реже + ____ + раз/раза в год

- аритмолог; 3
- врач-кардиолог; 2
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- врач общей практики; 1

Плановое проведение электрокардиограммы в 12 отведениях, контроль общего и биохимического анализов крови, суточного/многосуточного мониторирования электрокардиограммы, эхокардиографии, а также анализов крови на гормоны щитовидной железы рекомендовано не реже 1 раза в + ____ + месяцев

- аритмолог; 3
- врач-кардиолог; 2
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- врач общей практики; 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

- * На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам;
- * одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении;
- * сердцебиение;
- * боли в суставах;
- * слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

- * В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит;
- * в 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не получала;
- * четыре месяца назад травмировала палец на приусадебном участке;
- * волнообразную лихорадку с подъемами температуры до $37,9^{\circ}\text{C}$ стала отмечать в течение 3 месяцев. Пациентка расценила свое состояние как эпизоды повторных острых респираторных заболеваний, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * Иные хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — $38,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м^2 . Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный;
- * при сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в

нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO₂ — 90% без респираторной поддержки;

* при осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст.;

* живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова–Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, ординаты при перкуссии 14(3)х7 см.

К необходимым для верификации диагноза инструментальным методам исследования у данной пациентки относятся

- аритмолог; 3
- врач-кардиолог; 2
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- врач общей практики; 1

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для верификации диагноза лабораторным методам исследования у данной пациентки относятся

- аритмолог; 3
- врач-кардиолог; 2
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- врач общей практики; 1

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

- аритмолог; 3
- врач-кардиолог; 2
- сотрудник профилактического кабинета поликлиники; 1
- врач общей практики; 1

Диагноз

Выявленные при осмотре кожных покровов пациента пятна являются пятнами

- Лукина-Лимбмана
- Джейнуэя
- Филатова-Коплика
- Рота

Выявленные при осмотре слизистых оболочек пациента пятна являются пятнами

- Джейнуэя
- Рота
- Лукина-Лимбмана
- Филатова-Коплика

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии + _____ + температуры тела

- при снижении
- без ожидания подъемов
- дважды при подъеме и снижении
- на пике

На основании данных бактериологического исследования пациентке в качестве этиотропной терапии следует назначить цефтриаксон и

- ципрофлоксацин
- оксациллин
- ампициллин
- азитромицин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит + ____ + недель(-и)

- 6
- 3
- 4
- 5

При развитии резистентности на антибактериальный препарат первой линии вследствие связывания с белками РВР5, его следует заменить на

- ванкомицин
- тикарциллин
- клиндамиин
- фосфомици

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии по альтернативной схеме составит + ____ + недель(-и)

- 4
- 2
- 3
- 6

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется «Команда эндокардита» в которую помимо кардиолога, кардиохирурга, анестезиолога, клинического фармаколога и бактериолога должен входить

- рентгенолог
- окулист
- инфекционист
- ревматолог

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при

- рентгенолог
- окулист
- инфекционист
- ревматолог

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

- * На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам;
- * сердцебиение;
- * боли в суставах;
- * слабость;
- * головокружение;
- * отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

- * В анамнезе внутривенное употребление наркотических препаратов в течение 15 лет. Проходила 3 курса лечения наркозависимости и реабилитации, состоит на учёте в наркологическом диспансере. Завершила последний курс лечения 1 год назад. Повторно начала употреблять наркотические препараты 3 месяца назад в связи с проблемами в семье;
- * лихорадку с подъемами температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ стала отмечать в течение

последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты;

* в дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до $38,5^{\circ}\text{C}$;

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: 3 стадия ВИЧ-инфекции, высокоактивную антиретровирусную терапию не получает. Гепатит, туберкулёз отрицает;

* курит в течение 20 лет, индекс пачка/лет 20, алкоголем не злоупотребляет;

* в местах лишения свободы не находилась;

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергических реакций не было;

* травмы, операции отрицает.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Положение активное в пределах каталки. Температура тела — $38,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферические отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м^2 . Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный;

* при сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание везикулярное, ослабленное преимущественно над нижними долями с обеих сторон, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO_2 — 90% без респираторной поддержки;

* при осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости незначительно расширены за счёт правых отделов. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, у основания мечевидного отростка в V межреберье выслушивается систолический шум. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст;

* живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова–Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову — $13(2) \times 9 \times 9$ см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, ординаты при перкуссии $14(3) \times 7$ см. Стул и мочеиспускание со

слов без особенностей;

* неврологический статус без особенностей. Менингеальные симптомы отрицательны.

К необходимым для верификации диагноза инструментальным методам исследования у данной пациентки относятся

- рентгенолог
- окулист
- инфекционист
- ревматолог

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для верификации диагноза лабораторным методам исследования у данной пациентки относятся

- рентгенолог
- окулист
- инфекционист
- ревматолог

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является эндокардитом + _____ + ассоциированным с внутривенным введением наркотических препаратов

- рентгенолог
- окулист
- инфекционист
- ревматолог

Диагноз

Выявленные при осмотре слизистых оболочек пациента пятна являются пятнами

- Лукина-Лимбмана
- Рота
- Джейнуэя
- Филатова-Коплика

Выявленные при осмотре кожных покровов пациента пятна являются пятнами

- Рота
- Филатова-Коплика
- Джейнуэя

- Лукина-Лимбмана

На основании данных бактериологического исследования пациентке следует назначить

- оксациллин
- ванкомицин
- ципрофлоксацин
- цефтриаксон

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит + _____ + недель(-и)

- 8 и более
- 2-4
- 4-6
- 1-2

Расчётная доза ванкомицина составляет + ____ + мг/кг в сутки в/в в 2-3 введения

- 20-25
- 65-75
- 30-60
- 15-20

Самым частым осложнением инфекционного эндокардита является

- почечная недостаточность
- острый гломерулонефрит
- менингит
- эмболический синдром

Рекомендуется выполнение как минимум + _____ + посева крови у пациентов с подозрением на инфекционный эндокардит

- 5
- 3
- 4
- 2

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента потребуется «Команда эндокардита», в которую, помимо кардиолога, кардиохирурга, анестезиолога, клинического фармаколога и бактериолога, должен входить

- рентгенолог
- ревматолог

- инфекционист
- окулист

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при _____

- рентгенолог
- ревматолог
- инфекционист
- окулист

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 53 лет обратился к кардиологу

Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. ст. отрицает.

Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

* Работает начальником отдела кадров

* Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке.

* Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- рентгенолог
- ревматолог

- инфекционист
- окулист

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются

- рентгенолог
- ревматолог
- инфекционист
- окулист

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

- рентгенолог
- ревматолог
- инфекционист
- окулист

Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

- наличия зубца Р после комплекса QRS, $PR > RP$, RP менее 70 мсек
- нерегулярных волн f различной морфологии
- наличия Р зубцов перед QRS, $PR < RP$
- регулярных волн f «пилообразной» формы

При плохо различимых волнах F/f на ЭКГ для уточнения диагноза рекомендовано выполнение ЭКГ

- чреспищеводной
- методом Арриги
- в ортогональных отведениях
- в отведениях по Небу

Для купирования приступа данной аритмии возможно

- назначение метопролола в высоких дозах
- назначение дигоксина
- применение вагусных приемов
- применение чреспищеводной электростимуляции предсердий

Для купирования приступа аритмии при невозможности применения чреспищеводной электростимуляции предсердий следует рекомендовать

- внутривенное введение добутамина
- пероральный прием амиодарона
- пероральный прием дигоксина
- внутривенное введение амиодарона

Первоначально вводимая доза амиодарона составляет + ____ + мг/кг внутривенно в течение 1 ч

- 50
- 25
- 5
- 15

При неэффективности попыток медикаментозного восстановления ритма показано

- выполнение имплантации ЭКС
- проведение катетерной аблации АВ-узла
- проведение электрической кардиоверсии
- выполнение имплантации ресинхронизирующего устройства

Начальная мощность синхронизированного бифазного разряда при плановой электрической кардиоверсии составляет + _____ + Дж

- 50-75
- 80-105
- 110-135
- 20-45

Пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий длительностью более 48 часов перед проведением плановой электрической кардиоверсии необходимо назначить

- антогонисты P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- антагонисты витамина К
- фибринолитики
- статины

Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании значений

- антогонисты P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- антагонисты витамина К
- фибринолитики
- статины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 54 лет обратился к кардиологу

Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. ст. отрицает.

Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

* Работает начальником отдела кадров

* Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке.

* Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- антогонисты P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- антагонисты витамина К
- фибринолитики
- статины

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются

- антогонисты P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- антагонисты витамина К
- фибринолитики
- статины

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

- антогонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов
- антагонисты витамина К
- фибринолитики
- статины

Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

- регулярных волн f «пилообразной» формы
- наличия P зубцов перед QRS, PR < RP, RP менее 70 мсек
- нерегулярных волн f различной морфологии
- наличия зубца P после комплекса QRS, PR > RP, RP менее 70 мсек

У данного пациента вариант трепетания предсердий

- атипичный
- инцизионный
- редкий
- типичный

У больного количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc составляет

- 3
- 1
- 0
- 2

Больному назначен новый оральные антикоагулянт - ривароксабан в дозе + _____ + мг + _____ + раз в день

- 20; 2
- 10; 2
- 20; 1
- 10; 1

Для купирования аритмии пациенту назначен амиодарон по схеме внутривенно в дозе + _____ + мг/кг в течение 1 ч, затем внутривенно капельно в дозе + _____ + мг/ч до максимальной дозы + _____ + мг в течение 24 часов

- 10; 150; 3600
- 50; 5; 2400
- 1; 5; 150
- 5; 50; 1200

У пациента восстановлен синусовый ритм в течение первых суток лечения, в дальнейшем, для радикального устранения аритмии, пациенту следует рекомендовать

- имплантацию кардиовертера-дефибриллятора
- аблацию АВ-соединения и имплантацию однокамерного ЭКС
- катетерную аблацию кавотрикуспидального истмуса
- имплантацию двухкамерного ЭКС

При назначении новых оральных антикоагулянтов показан контроль

- иммунной системы
- состояния печени
- функции почек
- свертывания крови

Для оценки рисков крупных кровотечений при назначении антикоагулянтов используется шкала

- SINTAX
- HAS-BLED
- CHA₂DS₂-VASc
- GRACE

Профилактика тромбоэмболических осложнений при клапанном трепетании предсердий возможна только

- SINTAX
- HAS-BLED
- CHA₂DS₂-VASc
- GRACE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет доставлена в приемное отделение многопрофильного стационара бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,5-38,3^oC днем и 38,5-39,0^oC вечером и ночью, сопровождающееся ознобом и выраженной общей слабостью, профузными потами, головной болью, ломотой в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 5-ти суток. Известно, что симптомы появились спустя две недели после родоразрешения путем Кесарева сечения (был установлен центральный катетер). Состояние расценивала как респираторную инфекцию, за медицинской помощью не

обращалась. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) отмечала улучшение самочувствия и снижение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ максимум на несколько часов. В течение последних двух дней отметила прогрессирование слабости, ночной лихорадки и потливости, вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально;
- * профессия: флорист;
- * перенесённые заболевания, операции: перелом коленной чашечки слева 1 год назад;
- * наследственность: неотягощена;
- * аллергоанамнез: неотягощен;
- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Астенического телосложения, рост 1,75 м, вес 57 кг, индекс массы тела $18,3 \text{ кг/м}^2$, t тела $37,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные с серым оттенком, видимые слизистые бледно-розового цвета, пастозность голеней. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и крепитация. ЧДД 17 в мин. По данным пальпации и перкуссии сердца: верхушечный толчок разлитой, смещен влево, левая граница относительной сердечной тупости выступает на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации определяется ослабление тонов сердца, во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина выслушивается мягкий диастолический шум. Преимущественно в области верхушки выслушивается мягкий систолический шум. Пульс 115 уд/мин, ритмичный, ЧСС 118 уд/мин, АД – 90/70 мм.рт.ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- SINTAX
- HAS-BLED
- CHA2DS2-VASc
- GRACE

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- SINTAX
- HAS-BLED
- CHA2DS2-VASc
- GRACE

Результаты инструментального метода обследования

Основным диагнозом у данной пациентки является

- SINTAX
- HAS-BLED
- CHA2DS2-VASc
- GRACE

Диагноз

Для лабораторной верификации диагноза необходимо выполнить

- бактериальный посев перикардальной жидкости
- гистологическое исследование вегетаций
- двукратный бактериальный посев крови
- однократный бактериальный посев крови

Дальнейшая тактика ведения пациентки предполагает

- консультацию пациента у сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
- неотложную госпитализацию пациентки в инфекционное отделение
- экстренное проведение чреспищеводной эхокардиографии
- амбулаторное наблюдение, назначение консервативной терапии

До получения результатов бактериальных посевов крови у данной больной следует

- начать эмпирическую антибиотикотерапию
- проводить массивную гидратационную терапию
- проводить только симптоматическую терапию сердечной недостаточности
- начать антикоагулянтную терапию

Бактериальный посев крови выявил рост *S. Bovis*. Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов является

- цефтриаксон + гентамицин
- тетрациклин + хлорамфеникол
- триметоприм + сульфаметоксазол
- эритромицин + норфлоксацин

Продолжительность антибактериальной терапии инфекционного эндокардита у данной пациентки должна составлять

- до 8 месяцев
- от 2 до 6 недель

- 1 неделю
- до полугода

В рамках лечебной тактики для пациентки может быть рассмотрено

- только консервативное лечение
- раннее оперативное вмешательство
- прекращение антибиотикотерапии ранее 2-х недель
- одновременное протезирование аортального и митрального клапанов

При развитии у пациентки аллергии на бета-лактамы возможно продолжить лечение

- пенициллином G
- амоксициллином
- цефтриаксоном
- ванкомицином

Наиболее трудно поддается лечению эндокардит протезированного клапана, вызванный

- {nbsp}S. Aureus
- {nbsp}S. Viridans
- {nbsp}S. Bovis
- грибами

Летальность при инфекционном эндокардите согласно данным Клинических рекомендаций по инфекционному эндокардиту Министерства Здравоохранения на 2016 г составляет + _____ + %

- {nbsp}S. Aureus
- {nbsp}S. Viridans
- {nbsp}S. Bovis
- грибами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Жалобы

* На внезапную потерю равновесия, потемнение в глазах и шум в ушах, тошноту, «ватные ноги», урежение пульса;

* на эпизоды ритмичного учащенного сердцебиения, проходящие при натуживании.

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад впервые выявлена пароксизмальная наджелудочковая

тахикардия, в связи с чем принимает аллапинин 25 мг 3 раза в сутки. Пароксизмы возникают 1 раз в 3-4 месяца при значительном недосыпе, купируются самопроизвольно через 20-30 минут или их удается купировать приемом Вальсальвы. Также в течение 3 лет отмечает повышение АД максимально до 160/90 мм рт. ст., на фоне приема гипотензивной терапии (принимает лозартан 50 мг, лерканидипин 10 мг) АД 120-130/90 мм рт. ст. Сегодня утром дома развился эпизод учащенного сердцебиения до 150 в мин, сопровождавшийся тревогой и выраженным сердцебиением, прием Вальсальвы не эффективен, спустя 30 минут приступ не купирован. Пациент принял дополнительную таблетку аллапинина, по рекомендации супруги 1 таблетку пропранолола (40 мг), спустя 15 минут из-за выраженного сердцебиения и тревоги еще 2 таблетки пропранолола (80 мг). Спустя 10 минут тахикардия купирована, однако через полчаса после последнего приема препаратов пациент потерял равновесие, развилась выраженная слабость, тошнота, шум в ушах. При Измерении АД электронным тонометром зарегистрированы показатели: 105/70 мм рт. ст., пульс 38 в мин. Супруга вызвала скорую медицинскую помощь, на ЭКГ зарегистрирована атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц 2.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * профессия: бизнесмен;
- * перенесённые заболевания: перелом большеберцовой кости 8 месяцев назад при ДТП;
- * наследственность: неотягощена;
- * аллергоанамнез: аллергии на лекарственные средства не выявлялась;
- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 82 кг, рост 179 см. ИМТ 26,4 кг/м². Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, чистые. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 19/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 39/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- {nbsp}S. Aureus
- {nbsp}S. Viridans
- {nbsp}S. Bovis
- грибами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- {nbsp}S. Aureus
- {nbsp}S. Viridans

- {nbsp}S. Bovis
- грибами

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом, определяющим в настоящее время тяжесть состояния больного, является

- {nbsp}S. Aureus
- {nbsp}S. Viridans
- {nbsp}S. Bovis
- грибами

Диагноз

Пароксизмальная предсердная тахикардия, вероятнее всего, является осложнением

- гипертонической болезни II стадии, 2 степени повышения АД, среднего риска
- гипертонической болезни II стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска
- гипертонической болезни I стадии, 2 степени повышения АД, высокого риска
- гипертонической болезни II стадии, достигнут целевой уровень АД, высокого риска

Причиной развития брадиаритмии у пациента является

- атеросклероз каротидного синуса
- лекарственная токсичность
- пароксизм наджелудочковой тахикардии
- тиреотоксикоз

Лечебная тактика у данного пациента предполагает

- имплантацию постоянного электрокардиостимулятора
- проведение электрической кардиоверсии
- постоянную отмену антиаритмических препаратов
- временную отмену антиаритмических препаратов

В процессе наблюдения за больными с дисфункцией синусового узла рекомендуется проводить целенаправленное обследование на предмет выявления

- синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта
- синдрома Бругада
- фибрилляции желудочков

- фибрилляции и трепетания предсердий

В качестве антиаритмического препарата вместо аллапинина при устранении АВ-блокады могут быть рекомендованы

- антагонисты имидазолиновых рецепторов
- гидроперидиновые антагонисты кальция
- негидроперидиновые антагонисты кальция
- сердечные гликозиды

Имплантация электрического кардиостимулятора в случае развития АВ-блокады в результате лекарственной токсичности показана, если

- после отмены антиаритмических препаратов сохраняется брадикардия 45-50 в мин
- после отмены антиаритмических препаратов сохраняется брадикардия 43-48 в мин
- пациент выражает свое желание на имплантацию электрического кардиостимулятора
- разрешение блокады при отмене антиаритмических препаратов не ожидается

Назначение антикоагулянтной терапии с целью профилактики тромбоэмболических осложнений у данного больного

- показано при выявлении желудочковых тахикардий
- не показано
- показано при повторных АВ-блокадах
- показано в сниженной дозировке

Частота медицинских осмотров у пациентов с имплантированным однокамерным ЭКС должна быть не реже

- двух раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в год
- четырех раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 3-х раз в год
- один раз в неделю после имплантации, далее не реже 1 раза в месяц
- одного раза в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в два года

К немедикаментозным методам лечения артериальной гипертензии и профилактики пароксизмов предсердной тахикардии у данного больного относится

- двух раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в год

- четырех раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 3-х раз в год
- один раз в неделю после имплантации, далее не реже 1 раза в месяц
- одного раза в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в два года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 49 лет обратился к участковому кардиологу.

Жалобы

На эпизоды повышения АД до 240/120 мм рт. ст. с головной болью, приливами жара к лицу, потливостью, иногда рвотой.

Анамнез заболевания

Впервые повышение АД до высоких значений (максимально 240/120 мм рт. ст.), сопровождающееся вышеуказанными жалобами, возникло около 1 месяца назад. По совету супруги в таких случаях принимал каптоприл без существенного эффекта. Отмечал нормализацию АД через некоторое время в спокойном состоянии. Ранее при головных болях и на фоне стресса АД повышалось до уровня 160/80 мм рт. ст., однако по этому поводу пациент не обследовался. В течение последней недели приступы участились, несколько раз вызывал бригаду скорой медицинской помощи, от госпитализаций отказывался. Сегодня утром после наиболее тяжелого эпизода повышения АД обратился к участковому кардиологу.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * работает старшим научным сотрудником в НИИ;
- * перенесённые заболевания, операции: варикозная болезнь вен нижних конечностей, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- * наследственность: мать - сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, умерла после разрыва аневризмы головного мозга в возрасте 83 лет, отец - рак пищевода, умер в 93 года;
- * аллергоанамнез: неотягощен;
- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое, рост 1,82 м, вес 76 кг, индекс массы тела 22.30 кг/м^2 , t тела 37.3°C . Пациент тревожен, говорит быстро и бессвязно. Кожные покровы нормальной окраски, гиперемия лица, видимые слизистые розового цвета, периферических отёков нет. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений 16 в мин.

При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, ритмичный, ЧСС 99 уд/мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- двух раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в год
- четырех раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 3-х раз в год
- один раз в неделю после имплантации, далее не реже 1 раза в месяц
- одного раза в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в два года

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования с учетом характера жалоб и анамнеза пациента

- двух раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в год
- четырех раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 3-х раз в год
- один раз в неделю после имплантации, далее не реже 1 раза в месяц
- одного раза в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в два года

Результаты инструментального метода обследования

Основной диагноз

- двух раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в год
- четырех раз в течение полугода после имплантации, далее не реже 3-х раз в год
- один раз в неделю после имплантации, далее не реже 1 раза в месяц
- одного раза в течение полугода после имплантации, далее не реже 1 раза в два года

Диагноз

Какова дальнейшая лечебная тактика

- медикаментозное лечение
- оперативное лечение
- динамическое наблюдение
- лучевая терапия

В рамках предоперационной подготовки пациенту показано назначение

- α -дреноблокаторов

- ингибиторов ангиотензин превращающего фермента
- блокаторов рецепторов ангиотензина II
- дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов

Какова предпочтительная техника хирургического лечения данного больного с учетом размера опухоли

- резекция надпочечника с сохранением части коры
- лапароскопическая односторонняя адреналэктомия
- лапароскопическая двусторонняя адреналэктомия
- операция с открытым доступом

У данного больного может быть использована следующая комбинация гипотензивных препаратов

- доксазозин + моксонидин
- доксазозин + атенолол
- доксазозин + празозин
- доксазозин + соталол

При назначении α -адреноблокатора в начале терапии пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации

- ограничение употребления поваренной соли до 2 г в сутки
- интенсивные физические нагрузки
- строгий постельный режим в течение 2-3 дней
- дозированные физические нагрузки

Альфа-адреноблокаторы должны быть назначены до операции минимум за + ___ + дней

- 14
- 10
- 12
- 7

У данного больного не злокачественная форма феохромоцитомы, поскольку

- болезнь манифестировала позднее 45 лет
- размеры опухоли не превышают 8 см
- отсутствует метастатическое поражение
- возраст пациента менее 55 лет

В случае большой кровопотери в послеоперационном периоде пациенту следует контролировать уровень

- мочевой кислоты

- общего билирубина
- печеночных трансаминаз
- глюкозы крови

Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено через + _____ + недели после операции

- мочевой кислоты
- общего билирубина
- печеночных трансаминаз
- глюкозы крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- * Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни;
- * медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту;
- * по профессии бухгалтер;
- * перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет;
- * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
- * вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
- * регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровней

- мочевой кислоты
- общего билирубина

- печеночных трансаминаз
- глюкозы крови

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются

- мочевой кислоты
- общего билирубина
- печеночных трансаминаз
- глюкозы крови

Результаты инструментальных методов обследования

На основании имеющихся данных, данному пациенту можно поставить диагноз

- мочевой кислоты
- общего билирубина
- печеночных трансаминаз
- глюкозы крови

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

- парацетамола
- ибупрофена
- морфина
- дротаверина

Госпитализация пациенту

- не показана
- показана в плановом порядке
- показана в экстренном порядке
- показана в случае появления приступов «заложенности» за грудиной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- дигоксин
- клопидогрель
- ингибиторы протонной помпы
- антиаритмические препараты 1С класса

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациента относят мужской пол и

- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям
- курение
- работу бухгалтером
- перенесенную лапароскопическую холецистэктомию в возрасте 56 лет

В случае развития гипокалиемии больному показано введение

- физиологического раствора
- калия и магния аспарагината
- «поляризующей смеси»
- бикарбоната натрия

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан больному

- пожизненно
- 1 год
- 1 месяц
- 6 месяцев

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

- показано в плановом порядке через месяц
- показано только после проведения тромболитической терапии
- не показано
- показано в экстренном порядке

Для длительного лечения артериальной гипертензии у этого больного препаратами выбора являются

- гипотензивные средства центрального действия
- ингибиторы АПФ
- мононитраты
- дибазол

Проведение физиотерапевтических процедур пациенту (горячие ванны, солнечные ванны, электрофорез)

- гипотензивные средства центрального действия
- ингибиторы АПФ
- мононитраты
- дибазол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина;

* медикаментозную терапию ранее не получала.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту;

* по профессии биохимик;

* перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет, аппендэктомия – в 23 года, грыжесечение – в 55 лет;

* наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет;

* вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;

* беременностей 2, родов – 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;

* регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

- гипотензивные средства центрального действия
- ингибиторы АПФ
- моонитраты
- дибазол

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

- гипотензивные средства центрального действия
- ингибиторы АПФ
- мононитраты
- дибазол

Результаты инструментального метода обследования

На основании имеющихся данных, пациентке можно поставить диагноз

- гипотензивные средства центрального действия
- ингибиторы АПФ
- мононитраты
- дибазол

Диагноз

Для обезболивания пациентке показано назначение

- дротаверина
- парацетамола
- нитроглицерина
- морфина

**В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии**

- передней нисходящей
- правой коронарной
- диагональной
- огибающей

Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- дигоксин
- омепразол
- клопидогрел
- варфарин

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациентки относят

- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям
- перенесенную тонзиллэктомию в возрасте 12 лет
- курение
- менопаузу с 52 лет

В случае развития гипокалиемии больной показано введение

- физиологического раствора
- раствора Рингера
- калия и магния аспарагината
- «поляризующей смеси»

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан

- 6 месяцев
- 1 год
- пожизненно
- 1 месяц

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной

- показано в плановом порядке через месяц
- не показано
- показано только после проведения тромболитической терапии
- показано в экстренном порядке

Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этой больной препаратами выбора являются

- дибазол и папаверин
- гипотензивные средства центрального действия
- моонитраты
- ингибиторы АПФ

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациентке

- дибазол и папаверин
- гипотензивные средства центрального действия
- моонитраты
- ингибиторы АПФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-кардиологу обратился мужчина 30 лет.

Жалобы

* На эпизоды внезапного головокружения, резкой слабости, пресинкопального и синкопального состояния;

* на снижение толерантности к физическим нагрузкам.

Анамнез заболевания

В течение года пациент стал отмечать редкие подъемы цифр АД до 150/90 мм рт. ст., постоянной гипотензивной терапии не получает.

Считает себя больным в течение месяца, когда по данным автоматического тонометра при измерении АД был зафиксирован пульс 32 уд в мин, что сопровождалось слабостью, головокружением, неприятным ощущением за грудиной (медицинской документации не предоставлено). Вызвал СМП, на ЭКГ регистрировалась АВ блокада 2 степени, в том числе с эпизодами далекозашедшей. Вводился атропин с эффектом. С этого же времени у пациента появились эпизоды головокружения, пресинкопального состояния, однократно кратковременное синкопе.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает, частые ОРВИ;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 56 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги.

Физиологические отправления в норме, со слов.

К необходимому в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- дибазол и папаверин
- гипотензивные средства центрального действия
- мононитраты
- ингибиторы АПФ

Результаты инструментальных методов обследования

В данном случае для постановки основного диагноза достаточно метода обследования

- регистрации ЭКГ в 12ти отведениях
- пробы с массажем каротидного синуса (КС)
- чреспищеводной электростимуляции
- электрофизиологического исследования сердца

Предполагаемый основной диагноз - это

- регистрации ЭКГ в 12ти отведениях
- пробы с массажем каротидного синуса (КС)
- чреспищеводной электростимуляции

- электрофизиологического исследования сердца

Диагноз

Одной из основных причин развития приобретенных ПЖБ является

- гипертоническая болезнь сердца
- опухоли средостения
- болезнь Ленегра
- понижение тонуса блуждающего нерва

Тактика ведения пациента включает в себя

- имплантацию кардиовертера-дефибриллятора
- имплантацию ЭКС
- динамическое наблюдение у кардиолога по месту жительства
- имплантацию ресинхронизирующего устройства с дефибриллятором

Имплантацию электрокардиостимулятора возможно отложить в случае

- наличия преходящих, явно обратимых причин
- сопутствующей анемии средней степени тяжести
- декомпенсации сахарного диабета 2 типа
- обострения хронического эрозивного гастрита

**Пациентам с приобретенными ПЖБ и синусовым ритмом рекомендуется
+ _____ + стимуляция**

- двухкамерная; с функцией предсердно-желудочкового проведения (DDD+AVM)
- однокамерная; предсердий AAI
- однокамерная; желудочков (VVIR)
- двухкамерная; предсердий и желудочков (DDD или DDDR)

Пациентам с нарушением внутрижелудочкового проведения и низкой фракцией выброса левого желудочка ($\leq 35\%$) необходимо рассмотреть вопрос о/об

- имплантации модулятора сердечной сократимости
- ресинхронизирующей терапии
- терапии с помощью искусственного кардиовертера-дефибриллятора
- операции “лабиринт”

Рекомендуется имплантация ЭКС больным с бессимптомными паузами, обусловленными ПЖБ II или III степени, длительностью более

- 3 секунд
- 5 секунд

- 4 секунд
- 6 секунд

Для стратификации риска внезапной сердечной смерти больным с врожденной ПЖБ III степени рекомендуется проводить обследование, направленное на выявление

- артериальной гипертензии
- нейромышечных заболеваний
- инфекционных заболеваний
- удлинения интервала QT

Частота транстелефонного мониторинга в первый месяц наблюдения каждые + _____ + дня(ей)

- 5
- 3
- 4
- 14

Пациенты с имплантированным двухкамерным ЭКС должны быть осмотрены

- 5
- 3
- 4
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 69 лет, обратился к кардиологу по месту жительства

Жалобы

Сжимающие приступообразные боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе, подъеме на 3 пролета в обычном темпе, проходящие в покое.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 61 года, когда впервые стал отмечать подъемы цифр АД. Обследовался, был поставлен диагноз «Гипертоническая болезнь».

Постоянной антигипертензивной терапии не получает. При повышении АД принимает Каптоприл.

Около года назад стали появляться сжимающие боли за грудиной при ходьбе в быстром темпе, которые проходили в покое. К врачам не обращался. Принимал НПВС. Антиангинальной терапии не получал. Самостоятельно решил выполнить исследование уровня общего холестерина – 7,1 ммоль/л. По совету жены обратился к кардиологу для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, гепатит А, двусторонний отит.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Военнослужащий. Профессиональные вредности отрицает.

Наследственность: Родители умерли в молодом и среднем возрасте от онкопатологии, у сестры сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной гиперстенического телосложения. Рост 174 см, вес 70 кг.* * Кожные покровы обычной окраски, сухие. Частота дыханий 16 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 66 в минуту, ритмичный, симметричный. Пульсация шейных артерий и тыльной артерии стопы отчетлива. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Жалобы больного соответствуют

- кардиалгии
- типичной стенокардии
- невралгии
- атипичной стенокардии

К необходимым инструментальным методам для постановки диагноза относят

- кардиалгии
- типичной стенокардии
- невралгии
- атипичной стенокардии

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз у пациента

- кардиалгии
- типичной стенокардии
- невралгии
- атипичной стенокардии

Диагноз

У данного пациента сопутствующей патологией является гипертоническая болезнь (ГБ) + ____ + стадии

- I
- II
- IV

- Ш

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больного являются

- ингаляционные бета-адреномиметики
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента короткого действия
- короткодействующие нитраты
- препараты с рефлекторным действием

Терапия данного пациента должна включать

- антикоагулянты
- фибраты
- бета-блокаторы
- метаболические препараты

Препаратами выбора для коррекции дислипидемии у больного являются

- препараты полиненасыщенных жирных кислот
- фибраты
- ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового 9 типа
- статины

Целевым уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) для данного пациента следует считать уровень не более + _____ + ммоль/л

- 3,3
- 2,2
- 4
- 1,8

Для улучшения прогноза пациентам со стабильной стенокардией показана реваскуляризация при наличии зоны стресс-индуцированной ишемии левого желудочка (по данным неинвазивных тестов) более + _____ +%

- 10
- 7
- 3
- 5

Доза аспирина, которую должен принимать пациент, составляет + _____ + мг/сут

- 170-220
- 75-150
- 270 - 320

- 25-50

Целевым значением частоты сердечных сокращений (ЧСС) у данного пациента является + ____ + ударов в минуту

- 45
- 70
- 75
- 60

Пациенту со стабильной стенокардией показана диетотерапия с целью снижения уровня

- 45
- 70
- 75
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 66 лет, поступила в кардиологическое отделение для обследования и подбора терапии.

Жалобы

На ощущение неритмичного сердцебиения.

Анамнез заболевания

* Считает себя больной с 65 лет, когда стало повышаться артериальное давление (АД) до 190/100 мм рт.ст. При обследовании был поставлен диагноз «Гипертоническая болезнь». С тех пор регулярно получает антигипертензивную терапию с положительным эффектом. Цифры АД в настоящее время 125/80 мм рт. ст. Два месяца назад отметила эпизод неритмичного сердцебиения, обратилась к кардиологу по месту жительства, была снята ЭКГ во время приступа. Со слов пациентки, было зарегистрировано нарушение ритма. Синусовый ритм восстановился сам через 3 часа. Антиаритмической терапии назначено не было. С очередным приступом аритмии, развившимся сутки назад, была госпитализирована в стационар для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, острый гайморит.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Работает воспитателем в детском саду.

Наследственность: неотягощена.

Гинекологический анамнез: беременности – 2. роды - 2. Менопауза с 54 лет.

Аллергологический анамнез: спокойный.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, рост –

170 см, вес – 63 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульсация сосудов стоп сохранена с обеих сторон.

При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, шумов нет. ЧСС – 82 уд/мин аритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст.

ЧД – 14 уд/мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза данной пациентке являются

- 45
- 70
- 75
- 60

Результаты инструментальных методов обследования

Выявленное на ЭКГ нарушение ритма является

- 45
- 70
- 75
- 60

Диагноз

Для исключения влияния факторов, которые могут вызвать данное нарушение ритма, необходимо определить уровень + _____ + в крови

- 45
- 70
- 75
- 60

Результаты обследования

По классификации у данной пациентки + _____ + форма фибрилляции предсердий

- постоянная
- длительно персистирующая
- пароксизмальная
- впервые выявленная

Для оценки риска инсульта у пациентки рекомендуется использовать шкалу

- HAS-BLED
- ORBIT
- CHA₂-DS₂-VASc
- SCORE

Количество баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc у данной пациентки равно

- 5
- 4
- 2
- 3

Предпочтительным методом для выявления тромбов ушка левого предсердия является

- чреспищеводная эхокардиография
- катетеризация камер сердца
- компьютерная томография
- рентгенография грудной клетки

Пациентке рекомендовано назначение

- метаболических препаратов
- дезагрегантов
- низкомолекулярных гепаринов
- антикоагулянтов

К непрямым антикоагулянтам относится

- варфарин
- клопидогрел
- эноксапарин натрия
- дабигатран

Учитывая длительность пароксизма фибрилляции у данной пациентки, кардиоверсию можно проводить

- после антикоагулянтной терапии в течение 1 недели
- без предварительной антикоагулянтной терапии
- через 2 дня от начала приема антикоагулянтов
- после антикоагулянтной терапии в течение 3 недель

В рамках ведения здорового образа жизни, данной пациентке с ФП необходимо рекомендовать

- ежемесячное посещение солярия
- умеренную физическую активность

- профессиональные занятия спортом
- исключение длительных перелетов

При плановых амбулаторных визитах данной пациентки к кардиологу необходимо проводить

- ежемесячное посещение солярия
- умеренную физическую активность
- профессиональные занятия спортом
- исключение длительных перелетов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к кардиологу.

Жалобы

- * На одышку при умеренной физической нагрузке;
- * обмороки на высоте физических нагрузок.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда после перенесенной ОРВИ стала отмечать одышку при физической нагрузке, в дальнейшем появились обмороки на высоте нагрузок

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту;
- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 51 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Характерными признаками легочной гипертензии при объективном обследовании пациентки являются

- ежемесячное посещение солярия
- умеренную физическую активность
- профессиональные занятия спортом
- исключение длительных перелетов

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования в данной ситуации являются

- ежемесячное посещение солярия
- умеренную физическую активность
- профессиональные занятия спортом
- исключение длительных перелетов

Результаты инструментальных методов обследования

Выявленное повышение давления в легочной артерии является следствием

- ежемесячное посещение солярия
- умеренную физическую активность
- профессиональные занятия спортом
- исключение длительных перелетов

Диагноз

Легочную артериальную гипертензию в данном случае необходимо рассматривать как проявление

- ТЭЛА
- системного заболевания соединительной ткани
- врожденного порока сердца
- идиопатической легочной гипертензии

Препаратом, необходимым для снижения давления в легочной артерии у данной пациентки является

- дилтиазем
- силденафил
- юперию
- фуросемид

Назначение варфарина рекомендовано

- больным с идиопатической легочной гипертензией, наследуемой легочной артериальной гипертензией, ассоциированной легочной артериальной гипертензией на фоне приема аноректиков
- всем пациентам с легочной артериальной гипертензией
- при легочной артериальной гипертензии варфарин не назначается
- Пациентам с легочной артериальной гипертензией на фоне врожденных пороков сердца

Целевой уровень МНО при идиопатической легочной гипертензии составляет

- 2,5-3,5
- 1,5-2,5
- 1-1,5

- 2-3

Диуретики при идиопатической легочной гипертензии назначаются

- никогда
- во всех случаях развития декомпенсации сердечной недостаточности
- всегда
- при давлении в легочной артерии больше 25 мм рт.ст

Методом выбора анестезии при хирургическом вмешательстве у данной пациентки является

- общий наркоз
- местный наркоз
- внутривенный наркоз
- эпидуральная анестезия

Доступным методом оценки функционального статуса у пациента с идиопатической легочной гипертензией является

- стресс-эхокардиография
- велоэргометрия
- тредмил-тест
- тест 6-минутной ходьбы

Оксигенотерапию необходимо рекомендовать данной пациентке

- при заболевании бронхолегочными инфекциями
- при полетах на высоте более 1500-2000м
- при совершении избыточных физических нагрузок
- в постоянном режиме

Тактикой контрацепции у данной пациентки является

- при заболевании бронхолегочными инфекциями
- при полетах на высоте более 1500-2000м
- при совершении избыточных физических нагрузок
- в постоянном режиме

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 47 лет обратился к врачу-кардиологу.

Жалобы

На повторные приступы потери сознания.

Анамнез заболевания

Первый приступ потери сознания наблюдался в возрасте 15 лет при посещении стоматолога. В кабинете было жарко и, сидя в стоматологическом кресле, больной потерял сознание на короткое время. Последующие приступы в возрасте 19, 20, 21, 22 лет в то время, когда больной учился в Институте. Обмороки отмечались при езде в общественном транспорте в положении сидя и стоя. Перед приступами больной испытывал слабость, потемнение в глазах. Очевидцы отмечали бледность кожных покровов и кратковременность бессознательного периода.

После длительной ремиссии приступы возобновились с 40-летнего возраста. Они возникали в общественном транспорте. Несколько раз больной чувствовал слабость, сонливость за рулем личного автомобиля, что вынуждало его останавливаться на обочине. Последние приступы наблюдались после ночного мочеиспускания. Все приступы возникали в положении ортостаза (стоя или сидя), были кратковременные, сопровождались теми же симптомами, что и ранее, несколько раз больной смог предотвратить полную потерю сознания переходом из положения стоя в положение сидя.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания, в том числе артериальную гипертонию, отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает инженером, профессиональных вредностей не имеет;
- * Обмороки и припадки у близких родственников отрицает.

Объективный статус

Состояние больного удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 80 кг. Цвет кожных покровов обычный. В легких изменений нет. Тоны сердца ритмичные, шумы над областью сердца и крупных сосудов не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 64 уд/мин., цифры АД (лежа) 120 и 80 мм рт ст., стоя (в течение 3-х минут) – 120-130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Неврологической патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- при заболевании бронхолегочными инфекциями
- при полетах на высоте более 1500-2000м
- при совершении избыточных физических нагрузок
- в постоянном режиме

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- при заболевании бронхолегочными инфекциями
- при полетах на высоте более 1500-2000м
- при совершении избыточных физических нагрузок
- в постоянном режиме

Результаты инструментальных методов обследования

Предположительной причиной обмороков у данного больного являются

- при заболевании бронхолегочными инфекциями
- при полетах на высоте более 1500-2000м
- при совершении избыточных физических нагрузок
- в постоянном режиме

Диагноз

Для подтверждения причины обмороков у данного больного следует выполнить

- лекарственную пробу с прокаинамидом (новокаинамидом)
- внутрисердечное электрофизиологическое исследование
- коронароангиографию
- тилт тест (длительную пассивную ортостатическую пробу)

При проведении тилт теста (длительной пассивной ортостатической пробы) не провоцируется

- обморок в результате желудочковой тахикардии
- обморок в результате ортостатической гипотонии
- вазовагальный обморок
- эпилептический приступ

Для диагностики вазовагальных обмороков альтернативой тилт тесту является

- внутрисердечное электрофизиологическое исследование
- чреспищеводное электрофизиологическое исследование
- лекарственная проба с новокаинамидом (прокаинамидом)
- длительное мониторирование ЭКГ с использованием имплантируемых петлевых регистраторов

При вазовагальных обмороках причиной развития брадикардии и асистолии является

- очаговый склероз в области синоатриального узла
- токсическое поражение предсердно-желудочкового узла
- ишемическое повреждение системы Гиса-Пуркинье
- рефлекс Бецоляда-Яриша

По данным статистики в +__+ % случаев при вазовагальных обмороках, документированных при длительном мониторировании ЭКГ, наблюдается асистолия

- 50
- 20
- 100
- 10

Вазовагальные обмороки

- не оказывают влияния на жизненный прогноз
- повышают риск инфаркта миокарда
- повышают риск ишемического инсульта
- повышают смертность от всех причин

Лекарственные средства из группы могут существенно усугублять течение вазовагальных обмороков

- альфа-адреноблокаторов
- Бета-адреноблокаторов
- Альфа-адреномиметиков
- Ингибиторов обратного захвата серотонина

Данному пациенту для предупреждения рецидивов обмороков показано

- изменение климатических условий
- назначение антиаритмических препаратов
- значительное ограничение физических нагрузок
- увеличение приема жидкости и соли

При вазовагальных обмороках, протекающих с асистолией свыше 3 секунд, имплантация постоянного электрокардиостимулятора может потребоваться больному

- изменение климатических условий
- назначение антиаритмических препаратов
- значительное ограничение физических нагрузок
- увеличение приема жидкости и соли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 22 лет обратилась к врачу-кардиологу.

Жалобы

На повторные приступы потери сознания.

Анамнез заболевания

Приступы потери сознания с 19 лет через 3 месяца после родоразрешения, которое осуществлялось путем кесарева сечения. Приступы всегда наблюдались при резком пробуждении: при плаче ребенка, телефонном звонке, или от

прикосновения. Потеря сознания наблюдалась либо в положении лежа, либо больная вскакивала и теряла сознание. Со слов матери – очевидца большинства приступов: бессознательный период длился от нескольких секунд до 1,5 минут, была бледность лица, иногда наблюдались судороги, хрипящее дыхание, после чего обмякала, было непроизвольное мочеиспускание, если бессознательный период длился более минуты, то после возвращения сознания наблюдалась спутанность, иногда больная засыпала. Всегда помнила начало приступа. При неврологическом обследовании ставился диагноз эпилепсии и назначалась терапия трилепталом, к которому в связи с неэффективностью был присоединен топамакс. Комбинация этих препаратов также была неэффективна. В связи с отсутствием эффекта от применения противоэпилептических препаратов неврологами было высказано сомнение в правильности диагноза эпилепсии, больная направлена для проведения кардиологического обследования

Анамнез жизни

- * В 19 лет поставлен диагноз эпилепсии, принимает противоэпилептические препараты;
- * не курит, алкоголь не употребляет;
- * не работает, сидит с маленьким ребенком;
- * мать 44 лет здорова, с отцом они не проживают, и о его судьбе ничего неизвестно.

Объективный статус

Состояние больной удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Цвет кожных покровов обычный. В легких изменений нет. Сердечные тоны звучные, шумы над областью сердца и крупных сосудов не выслушиваются. Ритм сердца правильный, Частота сердечных сокращений 68 уд/мин., цифры АД (лежа) 110 и 70 мм рт ст., стоя (в течение 3-х минут) – 100-110/70-80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Неврологической патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- изменение климатических условий
- назначение антиаритмических препаратов
- значительное ограничение физических нагрузок
- увеличение приема жидкости и соли

Результаты инструментальных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования с учетом выявленных изменений на ЭКГ

- изменение климатических условий
- назначение антиаритмических препаратов
- значительное ограничение физических нагрузок
- увеличение приема жидкости и соли

Результаты лабораторных методов обследования

Изменения на ЭКГ в 12-ти отведениях наряду с обмороками свидетельствуют о наличии у больной

- изменение климатических условий
- назначение антиаритмических препаратов
- значительное ограничение физических нагрузок
- увеличение приема жидкости и соли

Диагноз

Причиной обмороков у данной больной является

- пароксизмальная полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт»
- трепетание предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений
- фибрилляция предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений
- предсердно-желудочковая блокада

Предположительной причиной развития синдрома удлиненного интервала QT у данной больной является

- скрытое структурное поражение сердца
- другая экстракардиальная причина
- наследственная аномалия ионных каналов
- неврологическая патология

При варианте синдрома удлиненного интервала QT пароксизмы желудочковой тахикардии возникают в раннем послеродовом периоде и провоцируются внезапными аудиосигналами

- третьем
- втором
- четвертом
- первом

Возникновение желудочковой тахикардии и внезапной смерти при третьем молекулярно-генетическом варианте синдрома удлиненного интервала QT типично во время

- марафонского бега
- плавания
- сна
- стресса

Данной больной с целью предупреждения внезапной сердечной смерти и рецидивов обмороков показано назначение

- верапамила
- амиодарона
- бета-адреноблокаторов
- альфа-адреноблокаторов

В случае сохранения обмороков данной больной следует

- имплантировать электрокардиостимулятор
- имплантировать автоматический кардиовертер-дефибриллятор
- провести денервацию почечных артерий
- выполнить катетерную аблацию зоны тахикардии

Для купирования электрического «шторма» (3 и более разрядов автоматического кардиовертер-дефибриллятора в течение одних суток) у больных с синдромом удлинённого интервала QT следует использовать _____ внутривенно

- магния сульфат
- амиодарон
- пропранолол
- верапамил

Данной пациентке рекомендуется избегать

- профессиональных занятий спортом
- употребления продуктов, содержащих жиры животного происхождения
- пеших прогулок
- поездок в общественном транспорте

Ребенку больной при выявленном нормальном интервале QT на ЭКГ показано проведение

- профессиональных занятий спортом
- употребления продуктов, содержащих жиры животного происхождения
- пеших прогулок
- поездок в общественном транспорте

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу кардиологу.

Жалобы

На

* давящие боли за грудиной, одышку, возникающие без четкой связи с физическими нагрузками, проходящие самостоятельно или после приема нитратов (пользуется редко из-за сильной головной боли);

- * дестабилизацию цифр артериального давления (снижение до 80/60 мм рт.ст., подъемы до 160/90 мм рт.ст.);
- * синкопальные состояния;
- * перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

Около 20 лет беспокоят обмороки (1-2 раза в год), возникающие, в основном, при стрессовых ситуациях.

Ухудшение состояния в течение 5 месяцев, когда стала впервые отмечать приступы загрудинных болей, одышку, синкопальные состояния (в течение последних 2-х месяцев 3 эпизода с потерей сознания), дестабилизацию цифр АД (подъемы до 200/110 мм рт.ст., снижение до 80/60 мм рт.ст., ранее АД было в пределах 110-130/80 мм рт.ст.). Принимала симптоматическую терапию по требованию.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * отец умер в 53 года, перенес ИМ, мать страдает ГБ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 93 кг, ИМТ 34.2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст., систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимыми в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- профессиональных занятий спортом
- употребления продуктов, содержащих жиры животного происхождения
- пеших прогулок
- поездок в общественном транспорте

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения этиологии данного заболевания необходимо провести

- профессиональных занятий спортом
- употребления продуктов, содержащих жиры животного происхождения
- пеших прогулок
- поездок в общественном транспорте

Результаты

Повышенное содержание + _____ + ассоциировано с острыми сердечно-сосудистыми событиями, сердечной недостаточностью и смертью

- креатинина
- Nt-proBNP, тропонина Т
- общего холестерина, ЛНП, ЛВП, ТГ
- СОЭ, лейкоцитов

Наиболее вероятным диагнозом является

- креатинина
- Nt-proBNP, тропонина Т
- общего холестерина, ЛНП, ЛВП, ТГ
- СОЭ, лейкоцитов

Диагноз

+ _____ + метод лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является основным в лечении данной патологии

- Хирургический
- Медикаментозный
- Бальнеологический
- Физиотерапевтический

Преимущественным видом хирургического лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является

- септальная миомэктомия
- двухкамерная электрокардиостимуляция
- имплантация кардиовертер-дефибриллятора
- алкогольная септальная абляция

Альтернативным методом хирургического лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка является

- имплантация ИКД
- септальная миомэктомия
- двухкамерная электрокардиостимуляция
- алкогольная септальная абляция

Основной группой препаратов, рекомендованной к терапии при гипертрофической кардиомиопатии, являются

- диуретики
- ингибиторы АПФ
- β -адреноблокаторы
- сердечные гликозиды

Среди β -адреноблокаторов предпочтение отдают

- анаприлину
- тимололу
- бисопрололу
- карведилолу

При невозможности назначения β -блокаторов, следует использовать

- ингибиторы АПФ (эналаприл)
- диуретики (фуросемид)
- антагонисты минералкортикоидных рецепторов (спиронолактон)
- антагонисты кальция (верапамил)

У родственников первой линии родства старше 20 лет рекомендовано проводить обследование с ЭКГ и ЭхоКГ каждые

- 6 месяцев
- 2-5 лет
- 7-10 лет
- 10 лет

По шкале + _____ + рассчитывают риск внезапной сердечной смерти

- 6 месяцев
- 2-5 лет
- 7-10 лет
- 10 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная О. 38 лет, пришла на прием к кардиологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Усиленное неритмичное сердцебиение, перебои в работе сердца, повышенная утомляемость, раздражительность, повышенная потливость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около месяца, когда впервые стала замечать перебои в работе сердца. Также, отметила небольшую потерю веса, несмотря на повышение аппетита. К врачам не обращалась. За последнюю неделю ощущения неритмичного сердцебиения стали постоянными, в связи с чем пациентка решила обратиться к врачу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ, ангины.

Курит по 15 сигарет в день в течение 18 лет, алкоголем не злоупотребляет. Работает продавцом.

Наследственность: не отягощена.

Гинекологический анамнез: беременности – 1, роды – 1, аборт - 0. Цикл регулярный, 28 дней.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больная нормостенического телосложения. Рост 164 см, вес 53 кг. Кожные покровы влажные. Определяется небольшой тремор пальцев вытянутых рук. Лимфоузлы не увеличены. Пульсация сосудов стоп сохранена с обеих сторон. Пульс 88 в мин, аритмичный, симметричный. АД 105/60 мм рт ст. на обеих руках. Тоны сердца аритмичные, шумов нет. Частота дыханий 18 в мин. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза данной пациентки являются

- 6 месяцев
- 2-5 лет
- 7-10 лет
- 10 лет

Результаты инструментальных методов обследования

Диагностированное на ЭКГ нарушение ритма является

- 6 месяцев
- 2-5 лет
- 7-10 лет
- 10 лет

Диагноз

К необходимым лабораторным методам для исключения факторов, вызывающих данное нарушение ритма, относят определение уровня/уровней

- 6 месяцев
- 2-5 лет
- 7-10 лет
- 10 лет

Результаты определения уровня/уровней

Выявленные изменения гормонов щитовидной железы соответствуют

- гипотиреозу
- аутоиммунному тиреоидиту
- тиреотоксикозу
- узловому зобу

**Нарушение ритма у данной пациентки относят к + _____ +
форме фибрилляции предсердий**

- постоянной
- пароксизмальной
- впервые выявленной
- длительно персистирующей

**Для оценки риска инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий
рекомендуется использовать шкалу**

- CHA₂-DS₂-VASc
- HAS-BLED
- ORBIT
- ATRIA

**Для контроля частоты желудочкового ритма у пациентов с фибрилляцией
предсердий на фоне тиреотоксикоза рекомендуется использовать**

- бета-блокаторы
- антагонисты кальция
- ингибиторы if-каналов
- сердечные гликозиды

**Тахисистолической фибрилляция предсердий является при частоте ритма
желудочков более**

- 90
- 100
- 80
- 70

Сумма баллов у данной пациентки по шкале CHA₂-DS₂-VASc

- 3
- 1
- 4
- 2

**Терапия оральными антикоагулянтами при фибрилляции предсердий
рекомендована всем женщинам, имеющим сумму баллов по шкале
CHA₂-DS₂-VASc**

- 2
- 1
- 4
- 3

При терапии варфарином для профилактики тромбоэмболии, контроль МНО необходим не реже 1 раза в + _____ + недель

- 14 - 16
- 4 - 6
- 8 -10
- 10 -12

После проведения катетерной аблации ФП рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение + ____ + недели(недель)

- 14 - 16
- 4 - 6
- 8 -10
- 10 -12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 54 года, доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии экстренно.

Жалобы

Давящие загрудинные боли.

Анамнез заболевания

Около 6 месяцев назад стал отмечать давящие боли за грудиной при ходьбе в быстром темпе, к врачам не обращался, терапии не получал. Боли купировались самостоятельно при прекращении нагрузки. В течение последних 4 дней загрудинные боли стали возникать в покое. В день госпитализации - приступ загрудинных болей в течение 40 минут. Пациент вызвал бригаду скорой помощи. Врач скорой помощи зарегистрировал ЭКГ, купировал боли ингаляцией изосорбида динитрата, дал ацетилсалициловую кислоту 300 мг и клопидогрел 300 мг. Пациент был госпитализирован.

Анамнез жизни

* Рос и развивался без особенностей.

* Перенесенные заболевания: детские инфекции, Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый – около 7 лет.

* Курит по 10 сигарет в день в течение 30 лет, алкоголем не злоупотребляет. Работает переводчиком-синхронистом.

* Наследственность: мать умерла от инфаркта миокарда в возрасте 52 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной нормостенического телосложения.

Рост 186 см, вес 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены Пульсация сосудов стоп сохранена с обеих сторон. Пульс 94 в мин, ритмичный, симметричный. АД 115/75 мм рт ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Частота дыханий 18 в мин. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Необходимыми инструментальными и лабораторными методами для постановки диагноза у больных с острым коронарным синдромом являются

- 14 - 16
- 4 - 6
- 8 -10
- 10 -12

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

При инфаркте миокарда уровень сердечного тропонина повышается больше + _____ + перцентиля верхнего референсного уровня

- 88-го
- 99-го
- 95-го
- 90-го

Окончательный диагноз основного заболевания

- 88-го
- 99-го
- 95-го
- 90-го

Диагноз

Для стратификации риска больных с острым коронарным синдромом (ОКС) используется шкала

- HAS-BLED
- EHRA
- GRACE
- SCORE

Неотложное выполнение коронарографии (<24 ч от поступления пациента в стационар) при ОКС без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ показано, если есть

- сумма баллов по шкале GRACE, равная 100

- перенесенный ранее инфаркт миокарда
- перенесенное ранее острое нарушение мозгового кровообращения
- признаки высокого риска развития инфаркта миокарда

Больному с ОКС и содержанием глюкозы в крови 9.0 ммоль/л необходимо

- снижать уровень глюкозы менее 6 ммоль/л
- стремиться к уровню глюкозы в пределах 11-13 ммоль/л
- снижать уровень глюкозы менее 7 ммоль/л
- поддерживать текущий уровень глюкозы крови

Перед плановым хирургическим вмешательством у больного, находящегося на двойной антитромбоцитарной терапии (клопидогрел и ацетилсалициловая кислота), клопидогрел необходимо отменить за + ____ + суток до операции

- 3
- 10
- 7
- 5

Длительность двойной антитромбоцитарной терапии у данного больного вне зависимости от тактики лечения и типа установленного стента составляет + ____ + месяца/месяцев

- 6
- 12
- 3
- 9

Данному больному высокодозная терапия статинами (аторвастатином в суточной дозе 80мг) показана

- при уровне общего холестерина более 5 ммоль/л
- при уровне общего холестерина более 4 ммоль/л
- при уровне общего холестерина более 3 ммоль/л
- независимо от уровня общего холестерина

Целевым уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП) для данного пациента следует считать уровень менее или равный ++ ____ ++ ммоль/л

- 2,5
- 3,5
- 5
- 1,8

Программа реабилитации больного с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST включает в себя полный отказ от

- курения
- дозированных физических нагрузок
- инсоляции
- употребления кофе

Программа физической реабилитации больных после инфаркта миокарда без подъема ST должна, по возможности, включать аэробные физические тренировки, как минимум

- курения
- дозированных физических нагрузок
- инсоляции
- употребления кофе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет поступил в блок неотложной кардиологии.

Жалобы

На давящие боли за грудиной с иррадиацией по левую лопатку, остро возникшие днем на работе, сопровождающиеся одышкой в покое

Анамнез заболевания

Ранее жалоб не предъявлял, в больнице не лечился. Периодически отмечал повышение давления до цифр 160\100 мм рт. ст., однако, постоянной терапии не получал.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания - отрицает
- * Курит в течение 20 лет, алкоголь по 500 мл в неделю (в переводе на чистый спирт)
- * профессиональных вредностей не имел
- * Отмечал кашель и крапивницу на прием препаратов группы ингибиторов АПФ, после чего самостоятельно прекратил их прием
- * отец умер от инфаркта миокарда в 55 лет, мать перенесла мозговой инсульт в 60 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Сатурация 92%. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- курения
- дозированных физических нагрузок
- инсоляции
- употребления кофе

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для подтверждения диагноза острого коронарного синдрома лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня

- курения
- дозированных физических нагрузок
- инсоляции
- употребления кофе

Результаты лабораторных методов обследования

Основным диагнозом у данного пациента является

- курения
- дозированных физических нагрузок
- инсоляции
- употребления кофе

Диагноз

Для купирования болевого приступа у данного пациента, связанного с острым инфарктом миокарда, необходимо назначить

- нестероидные противовоспалительные средства перорально
- внутривенное введение транквилизаторов
- внутривенное введение наркотического анальгетика
- нитроглицерин сублингвально

В качестве терапии (исключая антитромбоцитарные препараты) у данного пациента необходимо назначить

- бета-адреноблокаторы
- блокаторы рецептора альдостерона
- ингибиторы АПФ (ангиотензин превращающего фермента)
- введение «поляризующих смесей», содержащих глюкозу, калий и инсулин

Наиболее целесообразной стратегией ведения данного пациента является

- медикаментозная терапия с купированием болевого приступа

- ранняя реабилитация с купированием болевого приступа без реперфузионной терапии
- перевод пациента в терапевтическое отделение с рекомендацией выполнения стресс-теста в течении 6 месяцев
- реперфузионная терапия

Наиболее целесообразно выполнить чрескожное вмешательство данному пациенту ++ _____ ++ доступом

- медикаментозная терапия с купированием болевого приступа
- ранняя реабилитация с купированием болевого приступа без реперфузионной терапии
- перевод пациента в терапевтическое отделение с рекомендацией выполнения стресс-теста в течении 6 месяцев
- реперфузионная терапия

Дополнительная информация

При коронарной ангиографии выявлена стеноз средней трети передней нисходящей артерии 50%, правая коронарная артерия без гемодинамически значимого стенозирования.

{nbsp}

Оптимальной тактикой ведения в данном случае является

- выполнение первичного ЧКВ инфаркт-связанной артерии со стентированием
- выполнение баллонной ангиопластики передней нисходящей артерии без имплантации стента
- консервативное лечение с последующей ранней активизацией пациента
- выполнение операции экстренного аорто-коронарного шунтирования

В данном случае предпочтительна имплантация стента

- с лекарственным покрытием
- голометаллического
- саморасширяющего металлического каркаса
- биорасстворимого каркаса (стента)

При возникновении у пациента после восстановления проходимости передней нисходящей артерии возник эпизода устойчивой желудочковой тахикардии перешедшей в фибрилляцию желудочков, необходимо провести

- трансвенозную стимуляцию сердца
- внутривенное введение лидокаина
- внутривенное введение амиодарона
- электрическую кардиоверсию

В качестве антитромбоцитарной терапии у пациентов после имплантации стента с лекарственным покрытием назначают

- антикоагулянты без антиагрегантов
- антикоагулянт в сочетании с ингибитором P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов
- только ацетилсалициловую кислоту
- ацетилсалициловую кислоту + ингибитор P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Двойную антитромбоцитарную терапию у данного пациента с невысоким риском тромботических осложнений и низким риском геморрагических осложнений назначают на срок ++ ____ ++ месяцев

- антикоагулянты без антиагрегантов
- антикоагулянт в сочетании с ингибитором P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов
- только ацетилсалициловую кислоту
- ацетилсалициловую кислоту + ингибитор P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице).

Анамнез заболевания

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

Анамнез жизни

* более 20 лет отмечается повышенное артериальное давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили.

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не было

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Для выявления угрожающих жизни заболеваний в первую очередь следует провести

- антикоагулянты без антиагрегантов

- антикоагулянт в сочетании с ингибитором P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- только ацетилсалициловую кислоту
- ацетилсалициловую кислоту + ингибитор P2Y12-рецепторов тромбоцитов

Результаты обследования

На ЭКГ имеются признаки + _____ + инфаркта миокарда

- антикоагулянты без антиагрегантов
- антикоагулянт в сочетании с ингибитором P2Y12-рецепторов тромбоцитов
- только ацетилсалициловую кислоту
- ацетилсалициловую кислоту + ингибитор P2Y12-рецепторов тромбоцитов

В данной ситуации участковому врачу терапевту необходимо рекомендовать пациентке разжевать 250 мг + _____ + и принять внутрь 600 мг + _____ +. Вызвать бригаду СМП для экстренной госпитализации пациентки.

- ацетилцистеина; клопиксола
- ацетилсалициловой кислоты; клопидогреля
- клопиксола; ацетилцистеина
- клопидогреля; ацетилсалициловой кислоты

Реперфузионная терапия в данном случае

- ацетилцистеина; клопиксола
- ацетилсалициловой кислоты; клопидогреля
- клопиксола; ацетилцистеина
- клопидогреля; ацетилсалициловой кислоты

Пациентке необходимо экстренно выполнить

- введение адреналина
- наружную контрпульсацию
- медикаментозную дефибрилляцию
- электрическую дефибрилляцию

При неэффективности трех разрядов энергией в 150–360 Дж перед применением следующих разрядов рекомендуется внутривенное болюсное введение

- введение адреналина
- наружную контрпульсацию
- медикаментозную дефибрилляцию
- электрическую дефибрилляцию

После имплантации стента с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать комбинацию

- клопидогрела и тикагрелора
- АСК и клопидогрела
- АСК и ривароксабана
- АСК и тикагрелора

При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию рекомендуется проводить

- в течение месяца
- в течение полугода
- в течение года
- неопределенно долго

Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии АСК и тикагрелором следует отменить

- тикагрелор
- АСК
- оба препарата
- любой из этих препаратов

При отсутствии противопоказаний, назначение ингибиторов АПФ данной пациентке является

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Для уточнения показаний к назначению бета-адреноблокаторов следует выполнить

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Результаты обследования

При отсутствии противопоказаний, назначение бета-адреноблокаторов данной пациентке является

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)

- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На давящие за грудиные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает.
- * в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * профессиональных вредностей не имела.
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Результаты лабораторных методов обследования

На основании жалоб пациентки, результатов обследования можно диагностировать стенокардию напряжения + _____ + функционального класса

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- желательным (IIa)
- обязательным (I)

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

- III стадии с артериальной гипертензией 1-й степени
- III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени
- II стадии с артериальной гипертензией 2-й степени
- II стадии с артериальной гипертензией 1-й степени

Результаты + _____ + позволяют констатировать у данной пациентки высокий риск смерти

- стресс-эхокардиографии
- определения уровня холестерина в крови
- трансторакальной эхокардиографии
- оценки предтестовой вероятности ИБС

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и + _____ + раз(а) в день

- ивабрадина 5 мг 2
- нитросорбида 10 мг 2
- верапамила 40 мг 3
- амлодипина 5 мг 1

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить + _____ + раза в день

- дилтиазем 120 мг 2
- нитросорбид 10 мг 2
- дилтиазем 60 мг 3
- верапамил 40 мг 3

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке наряду с назначением ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг в сутки должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше + _____ + ммоль/л

- дилтиазем 120 мг 2
- нитросорбид 10 мг 2

- дилтиазем 60 мг 3
- верапамил 40 мг 3

Состояние гемодинамики соответствует + ____ + классу по Killip

- II
- IV
- I
- III

Для купирования отека легких пациентке необходимо вводить

- дигоксин внутривенно струйно
- метопролол внутривенно струйно
- нитроглицерин внутривенно капельно
- натрия аденозинтрифосфат внутривенно струйно

Пациентам с ОКС рекомендовано немедленное снижение

- ДАД ниже 80 мм рт. ст
- ДАД ниже 90 мм рт. ст
- САД ниже 160 мм рт. ст
- САД ниже 140 мм рт. ст

В данной ситуации пациентке показана

- ДАД ниже 80 мм рт. ст
- ДАД ниже 90 мм рт. ст
- САД ниже 160 мм рт. ст
- САД ниже 140 мм рт. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает.
- * в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * профессиональных вредностей не имела.

* аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- ДАД ниже 80 мм рт. ст
- ДАД ниже 90 мм рт. ст
- САД ниже 160 мм рт. ст
- САД ниже 140 мм рт. ст

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- ДАД ниже 80 мм рт. ст
- ДАД ниже 90 мм рт. ст
- САД ниже 160 мм рт. ст
- САД ниже 140 мм рт. ст

Результаты лабораторных методов обследования

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения + _____ + функционального класса

- ДАД ниже 80 мм рт. ст
- ДАД ниже 90 мм рт. ст
- САД ниже 160 мм рт. ст
- САД ниже 140 мм рт. ст

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

- II стадии с артериальной гипертензией 2-й степени
- III стадии с артериальной гипертензией 1-й степени
- II стадии с артериальной гипертензией 1-й степени
- III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

Результаты + _____ + позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти

- стресс-эхокардиографии
- определения уровня холестерина в крови

- оценки предтестовой вероятности ИБС
- холтеровского мониторирования ЭКГ
- трансторакальной эхокардиографии

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и + _____ + раз(а) в день

- ивабрадина 5 мг 2
- амлодипина 5 мг 1
- нитросорбида 10 мг 2
- верапамила 40 мг 3

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить + _____ + раза в день

- дилтиазем 120 мг 2
- верапамил 40 мг 3
- нитросорбид 10 мг 2
- дилтиазем 60 мг 3

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке наряду с назначением ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг в сутки должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше + _____ + ммоль/л

- дилтиазем 120 мг 2
- верапамил 40 мг 3
- нитросорбид 10 мг 2
- дилтиазем 60 мг 3

В данной ситуации для лечения отека легких пациентке необходимо ввести внутривенно

- морфин
- дигоксин
- нитроглицерин
- метопролол

Пациентам с рефрактерным отеком легких в сочетании с артериальной гипотонией рекомендована краткосрочная внутривенная инфузия

- дигоксина
- добутамина
- мексидола
- метопролола

Рекомендуемая скорость инфузии добутамина составляет
+ _____ + мкг/(кг×мин)

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

В данном случае пациентке показана

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

Жалобы

нет

Анамнез заболевания

Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

Результаты инструментальных методов обследования

Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

Результаты обследования

При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гипертензией используются результаты определения в крови уровня

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

Результаты обследования

Выявленное нарушение ритма является пароксизмальной(-ым)

- 0,25-1,0
- 2,5-10
- 0,025-0,1
- 25-100

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- идиопатической
- следствием ишемической болезни сердца
- следствием артериальной гипертонии
- следствием заболевания щитовидной железы

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂-DS₂-VASc равна

- 1
- 2
- 3
- 0

Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

- обязательна (класс рекомендаций I)
- возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)
- не желательна (класс рекомендаций III)
- возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать

- обязательна (класс рекомендаций I)
- возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)
- не желательна (класс рекомендаций III)
- возможна, но не обязательна (класс рекомендация IIa)

Пациентке показана экстренная

- транспортировка
- электрическая кардиоверсия
- медикаментозная кардиоверсия
- тромболитическая терапия

Для проведения электрической кардиоверсии бифазным дефибриллятором необходимо выбрать энергию разряда + _____ + Дж.

- 70-110
- 160-200
- 120-150
- 40-60

Перед проведением электрической кардиоверсии необходимо ввести + _____ + в лечебных дозах.

- дигоксин
- лидокаин
- новые оральные антикоагулянты
- гепарин

Пациентке после восстановления синусового ритма показана + _____ + - х недельная антикоагуляция с последующей оценкой риска тромбоэмболических осложнений и необходимости длительной антикоагулянтной терапии.

- дигоксин
- лидокаин
- новые оральные антикоагулянты
- гепарин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На ноющие боли в области грудины, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха

Анамнез заболевания

На ноющие боли в области грудины, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха. Боли беспокоят в течение последних 3 месяцев.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в 1 мин, АД 175/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- дигоксин
- лидокаин
- новые оральные антикоагулянты
- гепарин

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- дигоксин
- лидокаин
- новые оральные антикоагулянты
- гепарин

Результаты лабораторных методов обследования

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

- дигоксин
- лидокаин

- новые оральные антикоагулянты
- гепарин

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения

- II функционального класса
- I функционального класса
- III функционального класса
- IV функционального класса

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

+ _____+. Сердечно-сосудистый риск + _____+.

- II стадии, 2-й степени; очень высокий
- III стадии, 3-й степени; высокий
- III стадии, 2-й степени; очень высокий
- II стадии, 3-й степени; высокий

В качестве стартовой антиангинальной и антигипертензивной терапии можно назначить комбинацию

- бисопролола 5 мг 1 раз в день и верапамила 40 мг 3 раза в день
- амлодипина 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день
- бисопролола 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день
- бисопролола 5 мг 1 раз в день и нитросорбида 10 мг 2 раза в день

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить

- дилтиазем 60 мг 3 раза в день
- верапамил 40 мг 3 раза в день
- дилтиазем 120 мг 2 раза в день
- нитросорбид 10 мг 2 раза в день

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг 1 р/сутки, а также назначен статин (аторвастатин) в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше

- дилтиазем 60 мг 3 раза в день
- верапамил 40 мг 3 раза в день
- дилтиазем 120 мг 2 раза в день
- нитросорбид 10 мг 2 раза в день

Прием статина требует контроля

- ГГТП, ЩФ
- электролиты крови
- АСТ, АЛТ

- креатинин, мочевиная кислота

В данной клинической ситуации (АСТ, АЛТ увеличены в пределах 2-х норм) прием статина следует

- заменить на эзетимиб
- продолжить
- продолжить в сниженной дозе
- отменить

При продолжении терапии статинами на фоне повышенных до 3-х норм АСТ, АЛТ необходимо проконтролировать эти показатели через + _____ + недель(-и)

- 10-12
- 7-8
- 4-6
- 2-3

В случае, когда у пациентов не удается достичь целевой уровень ХС ЛНП на монотерапии статинами, следует прибегнуть к комбинированной терапии, добавляя к статинам

- 10-12
- 7-8
- 4-6
- 2-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний в анамнезе нет
- * не курит, регулярное употребление алкоголя отрицает
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 112 в

1 мин, пульс 96 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- 10-12
- 7-8
- 4-6
- 2-3

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня

- 10-12
- 7-8
- 4-6
- 2-3

Содержание в крови

Выявленное нарушение ритма является впервые выявленной(-ым)

- 10-12
- 7-8
- 4-6
- 2-3

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂-DS₂-VASc равна

- 3
- 0
- 2
- 1

Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента

- обязательна (класс рекомендаций I)
- возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)
- возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)
- не желательна (класс рекомендаций III)

Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через + _____ + адекватной антикоагулянтной терапии

- месяц
- 2 недели
- 3 недели
- 1 неделю

Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если

- при трансторакальной эхокардиографии не выявлены тромбы в левом предсердии
- при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии
- высокочувствительный тропониновый тест отрицательный
- высокочувствительный Д-димер тест отрицательный

После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует

- при трансторакальной эхокардиографии не выявлены тромбы в левом предсердии
- при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии
- высокочувствительный тропониновый тест отрицательный
- высокочувствительный Д-димер тест отрицательный

Механизм действия дабигатрана обусловлен прямым обратимым ингибированием

- XIIa фактора
- Ха фактора
- тромбина
- плазмина

При применении дабигатрана контроль МНО

- требуется у пациентов с кровотечениями в анамнезе
- требуется у пациентов старше 65 лет
- не требуется
- требуется

В данной ситуации пациенту следует рекомендовать

+ _____ + прием(-а) дабигатрана

- отменить на 1 день
- уменьшить дозировку
- продолжить в прежней дозе
- отменить постоянный

Пациентам с развитием тяжелого жизнеугрожающего кровотечения, развившегося на фоне приема дабигатран, возможно введение специфического антидота

- отменить на 1 день
- уменьшить дозировку
- продолжить в прежней дозе
- отменить постоянный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 23 лет обратилась к врачу -терапевту участковому

Жалобы

- * на интенсивные продолжительные боли в области верхушки сердца колющего или давящего характера, не связанные с физической нагрузкой,
- * перебои в работе сердца,
- * одышку при повседневных нагрузках,
- * повышение температуры до 37,4°C - 37,6°C

Анамнез заболевания

Несколько дней назад переболела вирусной инфекцией, продолжала ходить на работу во время болезни. Вчера вечером поднялась температура до 37,6°C, появились боли в области верхушки сердца колющего характера, слабость, одышка. Сегодня утром обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Занималась любительским спортом в течение 3 лет
- * Работает медицинской сестрой в поликлинике
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Наследственность неотягощена
- * Аллергологический анамнез неотягощен
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,4°C. ИМТ 24 кг/м². Отёков нет. ЧДД – 20 в мин, при аускультации лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины в V межреберье, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край III ребра. Ритм неправильный (экстрасистолы), ЧСС 102 в 1 минуту. На верхушке I тон ослаблен, выслушивается систолический шум. Пульс 102 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- отменить на 1 день
- уменьшить дозировку
- продолжить в прежней дозе
- отменить постоянный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- отменить на 1 день
- уменьшить дозировку
- продолжить в прежней дозе
- отменить постоянный

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- отменить на 1 день
- уменьшить дозировку
- продолжить в прежней дозе
- отменить постоянный

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- дилатационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца
- системной красной волчанкой, синдромом гипермобильности соединительной ткани, синдромом Марфана
- гипертиреозом, острым бронхитом вирусного генеза, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы
- гипертрофической кардиомиопатией, инфекционным эндокардитом, внебольничной пневмонией

Тактика ведения пациента предусматривает

- лечение в стационаре на дому
- лечение в дневном стационаре
- стационарное лечение в профильном отделении
- лечение в общетерапевтическом отделении

К основным целям лечения больной миокардитом относится предотвращение формирования необратимой дилатации камер сердца, хронической сердечной недостаточности и

- возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)

- постинфекционной астении
- анемии хронического заболевания
- хронической болезни почек

Неспецифическая терапия миокардита включает назначение

- возникновения угрожающих жизни состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)
- постинфекционной астении
- анемии хронического заболевания
- хронической болезни почек

Для АВ-блокады II типа Мобитц II на ЭКГ характерно

- выпадение комплекса QRS без предшествующего удлинения интервала P-R(Q)
- F/f волны, одинаковая длительность интервала R-R
- расстояние P-P и R-R одинаковые, при этом расстояние P-P < R-R, зубцы P могут накладываться на комплексы QRS
- выпадение комплекса QRS с постепенным удлинением интервала P-R(Q)

Данной пациентке показана

- постоянная кардиостимуляция
- дефибрилляция
- временная кардиостимуляция
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

При выполнении временной эндокардиальной однокамерной стимуляции электрод располагают в

- правом желудочке
- левом предсердии
- левом желудочке
- правом предсердии

При верном расположении электрода на ЭКГ регистрируется спайк ЭКС за которым следует

- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса
- уширенный зубец T
- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса
- инвертированный P

В случае прогрессирования острой сердечной недостаточности, вызванной миокардитом, для лечения используют методы вспомогательного кровообращения, в частности, метод

- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса
- уширенный зубец Т
- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса
- инвертированный Р

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 54 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (занятия хореографией) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина.

* Медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту

* По профессии актер

* Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 32 лет

* При эпизодическом измерении АД были зафиксированы значения 150-154/88-102 мм рт. ст. К врачу не обращался, не обследовался.

* Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно.

* Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 42 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, выраженная потливость. Температура тела 37,2°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса
- уширенный зубец Т
- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса
- инвертированный Р

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса
- уширенный зубец Т
- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса
- инвертированный Р

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятный диагноз

- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса
- уширенный зубец Т
- желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса
- инвертированный Р

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

- парацетамола
- нитроглицерина
- ибупрофена
- морфина

В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение

+ _____ + артерии

- ствола левой коронарной
- огибающей
- передней нисходящей
- диагональной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- омепразол
- клопидогрель
- варфарин
- дигоксин

Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является

- курение
- перенесенную аппендэктомию в возрасте 32 лет
- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям
- работу актером

Больному показана госпитализация в стационар

- через 28 дней
- через 10 дней
- через 7 дней
- немедленно

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан в течение

- 1 года
- 6 месяцев
- 1 месяца
- жизни

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

- не показано
- показано только после проведения тромболитической терапии
- показано в экстренном порядке
- показано в плановом порядке через месяц

Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются

- ингибиторы АПФ
- препараты магния
- моонитраты
- гипотензивные средства центрального действия

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации

- ингибиторы АПФ

- препараты магния
- мононитраты
- гипотензивные средства центрального действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 51 год вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

- * Утром после интенсивной физической нагрузки (работа в саду) отметил появление чувства сжатия, сдавления за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина.
- * Медикаментозную терапию ранее не получал. Периодически беспокоили боли в затылочной области, по этому поводу не обследовался, к врачу не обращался.
- * ЭКГ зарегистрирована за год до обращения – без патологии.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * По профессии переводчик
- * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет
- * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно.
- * Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, выраженная потливость. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 70 уд. в минуту, АД 134/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

- ингибиторы АПФ
- препараты магния
- мононитраты
- гипотензивные средства центрального действия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

- ингибиторы АПФ
- препараты магния
- мононитраты
- гипотензивные средства центрального действия

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом будет

- ингибиторы АПФ
- препараты магния
- мононитраты
- гипотензивные средства центрального действия

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

- парацетамола
- ибупрофена
- нитроглицерина
- морфина

В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение
+ _____ + **артерии**

- ствола левой коронарной
- передней нисходящей
- правой коронарной
- диагональной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- клопидогрел
- варфарин
- омепразол
- дигоксин

Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является

- работа переводчиком
- курение
- перенесенная аппендэктомия в возрасте 22 лет
- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

Больному показана госпитализация в стационар

- через 7 дней
- через 24 часа
- через 28 дней
- немедленно

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан

- 6 месяцев
- пожизненно
- 1 месяц
- 1 год

При развитии рецидива болевого синдрома в грудной клетке проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

- показано только после проведения тромболитической терапии
- не показано
- показано в экстренном порядке
- показано в плановом порядке через месяц

Во время госпитализации больному проведено суточное мониторирование АД. Среднее АД ночью – 152/104 мм рт. ст., среднее АД днем – 144/93 мм рт. ст., для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются

- ингибиторы АПФ
- гипотензивные средства центрального действия
- мононитраты
- препараты магния

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации

- ингибиторы АПФ
- гипотензивные средства центрального действия
- мононитраты
- препараты магния

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-кардиологу обратилась женщина 40 лет

Жалобы

На эпизоды учащенного ритмичного сердцебиения, внезапно начинающиеся и заканчивающиеся, сопровождающиеся затрудненным вдохом, головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда впервые без какой-либо причины внезапно возник эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, что сопровождалось общей слабостью, дискомфортом. Купировался спонтанно через 5 минут. За медицинской помощью не обращалась. Через полгода возник очередной приступ тахикардии, однако, уже с выраженной клинической картиной (затрудненный вдох, головокружение, общая слабость) и продолжительностью до 2 часов. В дальнейшем приступы участились до 1 раза в месяц, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * у отца возникали за всю жизнь несколько эпизодов учащенного сердцебиения.

Объективный статус

состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме, со слов.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- ингибиторы АПФ
- гипотензивные средства центрального действия
- мононитраты
- препараты магния

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся

- ингибиторы АПФ
- гипотензивные средства центрального действия
- мононитраты
- препараты магния

Результаты лабораторных методов исследования

Основной предполагаемый диагноз - это

- ингибиторы АПФ
- гипотензивные средства центрального действия
- моонитраты
- препараты магния

Диагноз

Причиной возникновения АВ-узловой реципрокной тахикардии является

- дисфункция синусового узла
- функционирование в сердце аномального дополнительного проводящего пути (пучок Кента)
- триггерная активность
- «продольная диссоциация» АВ-узла

Для прекращения приступов (АВУРТ) рекомендуется

- принять горизонтальное положение
- проведение «вагусных» проб
- скрещивание ног и их напряжение
- обильное питье

Для купирования приступов АВУРТ рекомендовано внутривенное введение

- лидокаина
- дигоксина
- верапамила
- атропина

При повторно рецидивирующей АВУРТ рекомендовано

- проведение катетерной аблации «медленного» пути АВ-узла.
- проведение катетерной аблации пучка Кента
- имплантации электрокардиостимулятора
- проведение операции “лабиринт”

Применение катетерной аблации позволяет добиваться радикального излечения в _____% случаев

- 86
- 90
- 70
- 95

Редким (около 0,5% случаев) осложнением катетерной аблации является

- АВ-блокада III степени

- тампонада сердца
- аорто-венозное соустье
- пристеночный тромбоз поверхностной бедренной вены

При наличии структурного заболевания сердца и хронической сердечной недостаточности препаратом выбора с профилактической целью является

- амиодарон
- пропafenон
- верапамил
- соталол

После проведения катетерной аблации наджелудочковых нарушений сердца рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение

- 2 недель
- 1 месяца
- 1 недели
- 3 месяцев

Эффективность радиочастотной катетерной аблации составляет

- 2 недель
- 1 месяца
- 1 недели
- 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу обратился мужчина 37 лет

Жалобы

На ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, общую слабость, повышенную утомляемость, снижение толерантности к физическим нагрузкам.

Анамнез заболевания

Гипертоническая болезнь с 2013 года, когда впервые были зафиксированы высокие цифры АД - 160/100 мм рт ст, адаптирован к АД 120-130/80 мм рт ст. АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает нерегулярно. При плохом самочувствии фиксировал подъемы АД до 170/100 мм рт ст.

Настоящее ухудшение в течение 2х месяцев, когда пациента стало беспокоить учащенное неритмичное сердцебиение, появилась общая слабость, повышенная утомляемость, снизилась толерантность к физическим нагрузкам.

Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает
- курит в течение 10 лет по ½ пачке в день, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имел

- аллергических реакций не было
- отец здоров

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 190 см, масса тела 115 кг. ИМТ=31,9. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, ЧСС 98 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 2 недель
- 1 месяца
- 1 недели
- 3 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2 недель
- 1 месяца
- 1 недели
- 3 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Нарушение ритма сердца, выявленное у данного пациента, -это

- частая наджелудочковая экстрасистолия
- трепетание предсердий
- наджелудочковая тахикардия
- фибрилляция предсердий

Основным заболеванием является

- частая наджелудочковая экстрасистолия
- трепетание предсердий
- наджелудочковая тахикардия
- фибрилляция предсердий

Диагноз

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- персистирующую
- пароксизмальную

- хроническую
- длительно персистирующую

Тактика ведения данного пациента включает

- постановку электрокардиостимулятора
- контроль ритма сердца
- операцию катетерной аблации АВ-узла
- постановку кардиовертера-дефибриллятора

_____ степень спонтанного эхоконтрастирования при проведении чреспищеводной эхокардиографии является фактором очень высокого риска ишемического инсульта

- II
- III
- IV
- I

Риск тромбэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc у данного больного равен

- 2
- 3
- 0
- 1

Антикоагулянтную терапию у данного больного после кардиоверсии рекомендовано продолжить

- в течение 7-8 недель
- в течение 9-10 недель
- в течение 3-4 недель
- в течение 5-6 недель

Единственным препаратом, разрешённым к применению с целью профилактики рецидивов ФП у больных недостаточностью кровообращения, является

- пропafenон
- соталол
- амиодарон
- лапаконитина гидробромид

Пациенту рекомендован визит к кардиологу с периодичностью 1 раз в + _____ + месяца(ев)

- 10

- 12
- 18
- 6

Пациентам, получающим новые оральные антикоагулянты, рекомендуется контроль функции почек с периодичностью 1 раз в _____ месяца(ев)

- 10
- 12
- 18
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к кардиологу

Жалобы

На эпизоды головокружения, возникающие независимо от положения тела, общую слабость

Анамнез заболевания

Со слов больного, в марте текущего года по данным автоматического тонометра при измерении АД был зафиксирован пульс 32 уд в мин, что сопровождалось слабостью, головокружением, неприятным ощущением за грудиной (медицинской документации не предоставлено). Пресинкопальные и синкопальные состояния отрицает.

Постоянной терапии не получает.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * аллергических реакций не было
- * матери имплантирован ЭКС в 49 лет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Рост 175 см, масса тела 60 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 35 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги.

Мочеиспускание безболезненное. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы исследования

- 10
- 12
- 18
- 6

Результаты инструментальных методов исследования

Выявленное нарушение ритма является

- 10
- 12
- 18
- 6

Диагноз

Основной причиной развития приобретенных предсердно-желудочковых блокад является

- понижение тонуса блуждающего нерва
- болезнь Ленегра
- гипертоническая болезнь
- дислипидемия

Тактика ведения пациента включает в себя

- динамическое наблюдение у кардиолога по месту жительства
- имплантацию кардиовертера-дефибриллятора
- постоянную электрокардиостимуляцию
- имплантацию ресинхронизирующего устройства

Данному больному рекомендован _____ режим постоянной электрокардиостимуляции

- двухкамерный
- однокамерный (со стимуляцией предсердий)
- асинхронный
- однокамерный (со стимуляцией желудочков)

При наличии хронотропной недостаточности синусового узла у больных с приобретенными предсердно-желудочковыми блокадами (ПЖБ) и синусовым ритмом рекомендовано использование режима электрокардиостимулятора с функцией

- поиска собственного атриовентрикулярного проведения
- частотной адаптации
- переключения режимов
- антитахикардической стимуляции

Отложить имплантацию ЭКС возможно в случае

- сопутствующей анемии средней степени тяжести
- обострения хронического эрозивного гастрита

- наличия переходящих явно обратимых причин
- декомпенсации сахарного диабета 2 типа

Рекомендуется имплантация ЭКС больным с атриовентрикулярной блокадой 2 степени

- после модификации АВ-узла
- на фоне лекарственных препаратов с угнетающим действием на ПСС
- при наличии клинических симптомов брадикардии
- в остром периоде инфаркта миокарда

Для стратификации риска внезапной сердечной смерти больным с врожденной атриовентрикулярной блокадой III степени рекомендуется проводить обследование, направленное на выявление

- ламинопатии
- удлинения интервала QT
- синдрома Бругада
- болезни Фабри

Пациентам с приобретенными ПЖБ и синусовым ритмом рекомендуется + _____ + стимуляция

- двухкамерная; предсердий и желудочков (DDD или DDDR)
- двухкамерная; с функцией предсердно-желудочкового проведения (DDD+AVM)
- однокамерная; желудочков (VVIR)
- однокамерная; предсердий AAI

Пациенты с имплантированным двухкамерным ЭКС должны быть осмотрены в первые 6 месяцев

- ежемесячно
- дважды
- однократно
- трижды

После имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) транстелефонное мониторирование в первый месяц наблюдения проводят каждые + _____ + дней

- ежемесячно
- дважды
- однократно
- трижды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся

- ежемесячно
- дважды
- однократно
- трижды

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

- ежемесячно
- дважды
- однократно

- трижды

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленное при холтеровском мониторинге ЭКГ нарушение ритма является

- желудочковой тахикардией
- трепетанием предсердий
- фибрилляцией желудочков
- фибрилляцией предсердий

Основным заболеванием является

- желудочковой тахикардией
- трепетанием предсердий
- фибрилляцией желудочков
- фибрилляцией предсердий

Диагноз

Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

- SCORE
- GRACE
- HCM Risk-SCD
- HAS-BLED

Частью общей оценки при обследовании пациентов с данной патологией является

- эндомикардиальная биопсия миокарда
- исследование гормонов щитовидной железы
- МРТ головного мозга
- ДНК-диагностика и генетическое консультирование

Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение

- трансторакальной ЭХО-КГ с провокационной пробой
- тредмил-теста
- велоэргометрии
- пробы с добутамином

Для уточнения данных ЭХО-КГ и исключения других заболеваний пациенту рекомендуется выполнить

- МРТ сердца
- эндомиокардиальную биопсию
- коронарную ангиографию
- позитронно-эмиссионную томографию

В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

- препараты I B класса
- бета-блокаторы
- препараты I C класса
- дигидропиридиновые антагонисты кальция

Данному пациенту не рекомендуется назначение для урежения ритма

- дилтиазема
- ивабрадина
- верапамила
- дигоксина

В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

- верапамила
- ивабрадина
- аллапинина
- дигоксина

«Золотым стандартом» лечения для данного пациента является

- верапамила
- ивабрадина
- аллапинина
- дигоксина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- * на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертензии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
- * Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.
- * Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обеих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные не звонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- верапамила

- ивабрадина
- аллапинина
- дигоксина

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- верапамила
- ивабрадина
- аллапинина
- дигоксина

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- верапамила
- ивабрадина
- аллапинина
- дигоксина

Изменения на ЭКГ, которые можно наблюдать у данного больного, следующие

- атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда
- подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка
- фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- признаки ГЛЖ

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ, у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

- комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- блокаторы рецепторов ангиотензина II
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

- нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

- ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков
- блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- увеличение потребления говяжьего мяса и печени

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- увеличение потребления говяжьего мяса и печени

Жалобы на увеличенные болезненные грудные железы у пациента могут быть обусловлены приемом

- пищи с низким содержанием соли
- спиронолактона
- бисопролола
- валсартана

В данной ситуации пациенту следует рекомендовать заменить спиронолактон на

- триамптерен
- гипотиазид
- эплеренон
- торасемид

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать с

- бета-адреноблокатором
- блокатором рецепторов ангиотензина

- блокатором кальциевых каналов
- антиагрегантом

Пациентам с низкой фракцией сердечного выброса, получающим антагонисты минералокортикоидных рецепторов, рекомендовано регулярно контролировать в крови содержание

- бета-адреноблокатором
- блокатором рецепторов ангиотензина
- блокатором кальциевых каналов
- антиагрегантом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое,
- * боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке,
- * усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение,
- * дискомфорт в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота,
- * перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение,
- * слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работал слесарем.
- * Вредные привычки отрицает
- * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела $36,5^{\circ}\text{C}$. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- бета-адреноблокатором
- блокатором рецепторов ангиотензина
- блокатором кальциевых каналов
- антиагрегантом

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- бета-адреноблокатором
- блокатором рецепторов ангиотензина
- блокатором кальциевых каналов
- антиагрегантом

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом и его осложнением является

- бета-адреноблокатором
- блокатором рецепторов ангиотензина
- блокатором кальциевых каналов
- антиагрегантом

При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать

- сердечные гликозиды
- антиаритмические препараты
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- диуретики

Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в

- продолжении приема торасемида и верошпирона в привычной для пациента дозировке
- замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг
- замене принимаемых диуретиков на фуросемид, вводимый внутривенно, вплоть до выписки больного из стационара
- замене верошпирона на фуросемид в таблетированной форме в дозе 60 мг/сут и увеличении дозы торасемида в два раза

Дегидратационная терапия в активной фазе должна проводиться с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более + _____ + литра в сутки

- 1,6 - 2,0
- 2,6 - 3,0
- 1–1,5
- 2,1 - 2,5

Уменьшение дозы диуретиков необходимо осуществлять при достижении больным состояния

- булемии
- гиповолемии
- эуволемии
- гиперволемии

Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента + _____ + , которые отсутствуют в ранее назначенной терапии

- блокаторы кальциевых каналов
- антагонисты витамина К
- ингибиторы АПФ
- М-холиноблокаторы

Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- гипернатриемия
- гипокалиемия
- гиперкалиемия

- гипонатриемия

Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является

- амиодарон
- бисопролол
- эналаприл
- дилтиазем

Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в

- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Три года назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Два года назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии

без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Два месяца назад травмировала палец на приусадебном участке. Лихорадку с подъемами температуры до 37,5^o^C стала отмечать в течение последнего месяца.

Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5^o^C, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * иные хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5 °C. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO₂ — 90% без респираторной поддержки.

При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см.

Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание

со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является + _____ +, активным, подострым

- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса

Диагноз

При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

- Джейнуэя
- Филатова-Коплика
- Лукина-Лимбмана
- Рота

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

- Филатова-Коплика
- Рота
- Лукина-Лимбмана
- Дженуэйя

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

- при снижении температуры
- в период подъема температуры
- без ожидания подъема температуры
- дважды при подъеме и снижении температуры тела

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить

- цефтриаксон
- оксациллин
- ванкомицин
- ципрофлоксацин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит +_____+ недель (и)

- 1-2
- 8-10
- 2-3
- 4-6

Доза оксациллина, согласно современным рекомендациям, составит +_____+ г внутривенно в сутки в 4-6 введений

- 6
- 8
- 12
- 10

В случае развития аллергической реакции на антибактериальный препарат первой линии, его следует заменить на

- ванкомицин
- клиндамиин
- тикарциллин
- фосфомици

В междисциплинарную «команду эндокардита» обязательно входят кардиолог, анестезиолог, кардиохирург, клинический фармаколог, бактериолог и

- инфекционист
- ревматолог
- окулист
- рентгенолог

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при

- инфекционист
- ревматолог
- окулист
- рентгенолог

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара

Жалобы

На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6).

Лихорадку с подъемами температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * иные хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5 °С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Периферических теков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO₂ — 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- инфекционист
- ревматолог
- окулист
- рентгенолог

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- инфекционист
- ревматолог

- окулист
- рентгенолог

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный Инфекционный эндокардит согласно современной классификации является + _____ +, активным, острым

- инфекционист
- ревматолог
- окулист
- рентгенолог

Диагноз

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

- Рота
- Джейнуэя
- Филатова-Коплика
- Лукина-Лимбмана

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

- на пике лихорадки
- дважды при подъеме и снижении температуры тела
- при снижении температуры
- без ожидания подъемов температуры

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает + _____ +, римфацин и генатимицин

- ципрофлоксацин
- ванкомицин
- оксациллин
- цефтриаксон

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит + _____ + недель(и)

- 3
- 2
- 6
- 4

Расчётная доза ванкомицина, согласно современным рекомендациям, составит + _____ + мг/кг внутривенно в сутки в 2-3 введения

- 80
- 5
- 30
- 10

Расчётная доза гентамицина, согласно современным рекомендациям, составит + _____ + мг/кг в сутки в/в или в/м в 1 введение

- 3
- 6
- 9
- 1

Данной пациентке рекомендуется замена варфарина в течение 1-2 недель на

- ривароксобан
- низкомолекулярный гепарин
- дипиридамол
- аспирин

Всем пациентам после перенесенного ИЭ рекомендуется в рамках диспансерного наблюдения проводить трансторакальную ЭхоКГ в течение первого года в сроки

- 1, 3, 6, 12 месяцев
- 3, 6 и 12 месяцев
- 6 и 12 месяцев
- 3 и 12 месяцев

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

- 1, 3, 6, 12 месяцев
- 3, 6 и 12 месяцев
- 6 и 12 месяцев
- 3 и 12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к кардиологу обратилась девушка 26 лет

Жалобы

Нет

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации впервые в анализах крови выявлена выраженная гиперлипидемия: общий холестерин 10,02 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 8,08 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности 1,35 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л. Ранее не обследовалась. Склонна к АД 100/60 мм. рт.ст.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально;

* не работает, домохозяйка;

* замужем. Имеет 1 дочь 4-х лет;

* наследственность: бабушка 86 лет по материнской линии перенесла ИМ в возрасте 55 лет, имеет ксантелазмы век; мать 59 лет имеет выраженную гиперхолестеринемию, ксантомы ахилловых сухожилий и ксантелазмы век, страдает ИБС с 49 лет; у родной сестры 27 лет и брата 25 лет так же выявлена выраженная гиперхолестеринемия;

* не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,76 м, вес 68 кг, индекс массы тела $21,95 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, липоидная дуга роговицы, пальпаторно утолщение ахилловых сухожилий, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Пульсация на a.dorsalis pedis сохранена

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом диагностики является

- 1, 3, 6, 12 месяцев
- 3, 6 и 12 месяцев
- 6 и 12 месяцев
- 3 и 12 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Неинвазивные инструментальные методы выявления атеросклероза, протекающего без клинических проявлений, включают в себя

- 1, 3, 6, 12 месяцев
- 3, 6 и 12 месяцев
- 6 и 12 месяцев
- 3 и 12 месяцев

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных данных основным диагнозом является

- 1, 3, 6, 12 месяцев
- 3, 6 и 12 месяцев
- 6 и 12 месяцев
- 3 и 12 месяцев

Диагноз

Пациентку можно отнести к группе + _____ + риска развития сердечно-сосудистых осложнений

- умеренного
- очень высокого
- высокого
- низкого

Целевым уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности для пациентки является

- < 3,0 ммоль/л
- снижение уровня ХС ЛНП на 25% от исходного значения
- снижение уровня ХС ЛНП на 50% от исходного значения
- < 1,4 ммоль/л

Диетические рекомендации для данной группы пациентов включают

- исключение из рациона простых углеводов
- ограничение употребления алкоголя до 2 алкогольных единиц в сутки
- снижение количества холестерина из пищи до 200 мг/день
- ограничение употребления поваренной соли до 9 г в сутки

Для данной пациентки медикаментозное лечение

- в настоящее время не требуется
- включает статины
- включает фибраты
- включает полиненасыщенные жирные кислоты

Тактика лечения данной пациентки включает

- курсовую терапию статинами
- пожизненный прием фибратов
- назначение эзетемиба в монотерапии
- назначение статинов в высокой дозе

Если не удастся достигнуть целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности на фоне терапии высокими дозами статинов следует

- добавить фибраты
- добавить омега3-полиненасыщенные жирные кислоты
- заменить статин на другой
- добавить эзетимиб

Семейная гиперхолестеринемия характеризуется

- ксантоматозом сухожилий, ранним атеросклерозом
- пальмарными и тубулоэруптивными ксантомами
- панкреатитами, желчекаменной болезнью
- эруптивными ксантомами, гепатоспленомегалией

Пациентам с гиперхолестеринемией следует

- ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество пуринов
- исключить интенсивные аэробные и анаэробные физические нагрузки
- ограничить время работы за компьютером до 3-х часов в день
- ограничить приём пищи, богатой трансжирами и насыщенными жирами

При планировании беременности следует

- ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество пуринов
- исключить интенсивные аэробные и анаэробные физические нагрузки
- ограничить время работы за компьютером до 3-х часов в день
- ограничить приём пищи, богатой трансжирами и насыщенными жирами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к кардиологу обратился мужчина 53 лет

Жалобы

Одышку при физической нагрузке (ходьбе на 200-300 метров), периодически возникающие отеки нижних конечностей, живота

Анамнез заболевания

1,5 месяца назад перенес острое респираторное заболевание с длительным повышением температуры тела до фебрильных цифр (на протяжении 2-х недель), катаральными явлениями, кашлем со слизистой мокротой, по поводу чего самостоятельно принимал антибиотики. Через 3 недели от начала заболевания отметил появление отеков на ногах, отечность паховой области и живота, в связи с чем обратился к терапевту. При КТ выявлена картина двусторонней полисегментарной пневмонии, выпот в правой плевральной

полости, в брюшной полости и полости перикарда, кардиомегалия. Проводилась диуретическая терапия (торасемид 10 мг и спиронолактон 25 мг). Настоящее обращение к кардиологу связано с появлением одышки при незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально;
- * работает частным предпринимателем;
- * женат, есть сын;
- * наследственность: неотягощена;
- * не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 178 см, вес 83 кг, 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Подкожно-жировой слой развит умеренно; Лимфоузлы: не увеличены. Костно-суставная система, мышечная система без особенностей. ЧДД - 18/минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 95/мин, ритм правильный. АД 110/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество пуринов
- исключить интенсивные аэробные и анаэробные физические нагрузки
- ограничить время работы за компьютером до 3-х часов в день
- ограничить приём пищи, богатой трансжирами и насыщенными жирами

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество пуринов
- исключить интенсивные аэробные и анаэробные физические нагрузки
- ограничить время работы за компьютером до 3-х часов в день
- ограничить приём пищи, богатой трансжирами и насыщенными жирами

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество пуринов
- исключить интенсивные аэробные и анаэробные физические нагрузки
- ограничить время работы за компьютером до 3-х часов в день
- ограничить приём пищи, богатой трансжирами и насыщенными жирами

Диагноз

У данного пациента _____ стадия хронической сердечной недостаточности по классификации Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко

- IIА
- IIВ
- III
- I

У данного пациента _____ функциональный класс хронической сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца

- II
- III
- IV
- I

Вероятным генезом кардиомиопатии является

- лекарственный
- иммуноопосредованный
- инфекционный
- токсический

Обязательными препаратами лечения сердечной недостаточности у данного пациента являются

- антагонисты кальция
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Дополнительным не медикаментозным методом лечения данного пациента является

- имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)
- имплантация однокамерного электрокардиостимулятора (ЭКС)
- внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК)
- экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)

При прогрессировании снижения фракции выброса левого желудочка и развитии терминальной сердечной недостаточности у пациента целесообразно рассмотреть

- имплантацию электрокардиостимулятора
- усиленную наружную контрпульсацию
- трансплантацию сердца

- аортокоронарное шунтирование

Данному пациенту не целесообразно назначение

- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- диуретиков
- статинов
- бета-блокаторов

Допустимым видом физической нагрузки у данного пациента является

- регулярные анаэробные нагрузки для снижения риска сердечно-сосудистой смерти
- проведение высокоинтенсивных физических тренировок для повышения анаэробного порога
- ограничение физических нагрузок для снижения частоты декомпенсаций
- регулярные физические аэробные нагрузки для снижения риска госпитализаций по поводу ХСН

Для верификации генеза кардиомиопатии следует выполнить

- регулярные анаэробные нагрузки для снижения риска сердечно-сосудистой смерти
- проведение высокоинтенсивных физических тренировок для повышения анаэробного порога
- ограничение физических нагрузок для снижения частоты декомпенсаций
- регулярные физические аэробные нагрузки для снижения риска госпитализаций по поводу ХСН

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился в приемное отделение

Жалобы

На одышку при физической нагрузке (ходьба до 100 метров)

Анамнез заболевания

Более года назад перенес инфаркт миокарда. С тех пор беспокоила одышка при физической нагрузке (ходьба до 500 метров). Боль в грудной клетке не рецидивировала. За последнее время значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, усилилась одышка.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * курит более пачки в день;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 180 см, масса тела 80 кг ИМТ 25 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Имеются отеки ног (до колен).

Дыхание везикулярное, отмечаются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1.5-2 см выступает из-под края реберной дуги

Для проведения дифференциальной диагностики одышки в данной ситуации необходимо определить уровень + _____ + в крови

- регулярные анаэробные нагрузки для снижения риска сердечно-сосудистой смерти
- проведение высокоинтенсивных физических тренировок для повышения анаэробного порога
- ограничение физических нагрузок для снижения частоты декомпенсаций
- регулярные физические аэробные нагрузки для снижения риска госпитализаций по поводу ХСН

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- регулярные анаэробные нагрузки для снижения риска сердечно-сосудистой смерти
- проведение высокоинтенсивных физических тренировок для повышения анаэробного порога
- ограничение физических нагрузок для снижения частоты декомпенсаций
- регулярные физические аэробные нагрузки для снижения риска госпитализаций по поводу ХСН

Результаты инструментальных методов обследования

Основной причиной одышки у данного пациента является

- острый инфаркт миокарда
- острая тромбоэмболия легочной артерии
- обострение бронхиальной астмы
- острая декомпенсация сердечной недостаточности

На основании данных анамнеза, физикального осмотра, результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования основным заболеванием пациента является хроническая сердечная недостаточность + _____ + фракцией выброса левого желудочка

- острый инфаркт миокарда
- острая тромбоэмболия легочной артерии

- обострение бронхиальной астмы
- острая декомпенсация сердечной недостаточности

Диагноз

Для устранения симптомов, связанных с задержкой жидкости, необходимо назначение

- бронхолитиков
- глюкокортикостероидов
- диуретиков
- бета-адреноблокаторов

При стабильном течении заболевания, прием ингибиторов ангиотензин превращающего фермента /блокаторов рецепторов ангиотензина II у данного пациента

- возможен, но не обязателен
- не желателен
- обязателен
- возможен, но не желателен

При стабильном течении заболевания, прием бета-адреноблокаторов у данного пациента

- возможен, но не обязателен
- не желателен
- обязателен
- возможен, но не желателен

В случае сохранения симптомов хронической сердечной недостаточности на фоне терапии ингибиторами ангиотензин превращающего фермента /блокаторами рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторами, назначение антагонистов рецепторов минералокортикоидов

- возможно, но не обязательно
- не рекомендовано
- рекомендовано
- возможно, но не желательно

Применение прямых ингибиторов ренина у данного пациента

- рекомендовано
- возможно, но не желательно
- возможно, но необязательно
- не рекомендовано

Применение верапамила у данного пациента

- рекомендовано
- возможно, но не желательно
- возможно, но не обязательно
- не рекомендовано

Следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения данному пациенту

- имплантации кава-фильтра
- катетерной аблации аритмогенных зон сердца
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации электрокардиостимулятора

После выписки из стационара регулярные физические аэробные нагрузки для данного пациента

- имплантации кава-фильтра
- катетерной аблации аритмогенных зон сердца
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации электрокардиостимулятора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился к врачу-кардиологу в поликлинику

Жалобы

На приступы учащенного ритмичного сердцебиения, возникающие внезапно с длительностью до 5 минут и купирующиеся самостоятельно

Анамнез заболевания

Со слов пациента, впервые 5 лет назад возник приступ учащенного сердцебиения, пароксизмы возникали 1 раз в 6 месяцев. У кардиолога на наблюдался, мед. терапию не принимал. В течение последнего месяца отмечает учащение пароксизмов до нескольких раз в день, купирующихся самостоятельно или медикаментозно при вызове бригады скорой помощи.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное, неврологический статус не страдает. Активность сохранена. Конституционные особенности: нормостеник.

Рост(см) = 183. Вес (кг) = 87. Индекс массы тела = $29,86 \text{ кг/м}^2$.

Строение тела правильное. Развитие подкожной клетчатки нормальное. Отёков

нет. Окраска кожных покровов обычная. Окраска слизистых: не изменена, слизистые чистые. Язык – налета нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы: тонус мышц сохранен. Дыхательная система. Грудная клетка правильной формы. Частота дыхательных движений 18 в мин. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердечно-сосудистая система. Тоны сердца ясные. Шумов сердца нет. ЧСС = 71 уд/мин. АД: на левой руке - 110/70 мм рт.ст. АД: на правой руке - 115/70 мм рт.ст. Пульс удовлетворительного наполнения = 71 уд./мин. Appetit сохранен. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул оформленный, регулярный со слов пациента. Мочеотделение свободное, безболезненное со слов пациента. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- имплантации кава-фильтра
- катетерной аблации аритмогенных зон сердца
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации электрокардиостимулятора

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня

- имплантации кава-фильтра
- катетерной аблации аритмогенных зон сердца
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации электрокардиостимулятора

Результаты лабораторных методов обследования

На основании данных анамнеза, физикального осмотра и инструментальных методов исследования основным заболеванием пациента является

- имплантации кава-фильтра
- катетерной аблации аритмогенных зон сердца
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации электрокардиостимулятора

Диагноз

Выявленное нарушение ритма в данном случае следует классифицировать как

- пароксизмальное
- персистирующее

- интермитирующее
- постоянное

В зависимости от механизма тахикардию следует считать

- макро re-entry
- микро re-entry
- макро, микро re-entry
- фокусной

В зависимости от количества аритмогенных участков, данную тахикардию следует считать

- из АВ соединения
- монофокусной
- многофокусной
- полифокусной

В зависимости от характера атриовентрикулярного проведения данную тахикардию следует считать

- с неправильным проведением
- с правильным проведением
- с редким проведением
- в сочетании с атриовентрикулярным блоком

Для купирования тахикардии пациенту рекомендуется препараты

- I класса
- селективных бета-блокаторов
- сердечных гликозидов
- II класса

Методом выбора в лечении данного больного является

- электроимпульсная терапия
- балонная криоизоляция устьев легочных вен
- открытая операция на сердце
- катетерная абляция

Ожидаемая эффективность катетерной абляции у данного пациента + ____ + %

- 70
- 60
- 90-95
- 50-55

Препаратом выбора при лечении предсердной тахикардии в сочетании с низкой фракцией выброса менее 40% является

- этацизин
- амиодарон
- пропафенон
- новокаинамид

Следует рекомендовать ограничение физической нагрузки после катетерной аблации в течение

- этацизин
- амиодарон
- пропафенон
- новокаинамид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сухость во рту, жажду,
- * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работал мастером по металлу
- * Вредные привычки отрицает

* Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов, голеней. Т тела 36,9⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- этацизин
- амиодарон
- пропафенон
- новокаинамид

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- этацизин
- амиодарон
- пропафенон
- новокаинамид

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- этацизин
- амиодарон
- пропафенон
- новокаинамид

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

- тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л
- осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н~2~О
- СКФ по СКД-ЕРІ= 66,46 мл/мин/1,73 м²
- НвА1с = 7,6%

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

- метформин
- инсулин короткого действия
- глибенкламид
- ингибитор альфа-гликозидазы

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

- ингибитор АПФ
- дигидропиридиновых антагонистов кальция
- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- тиазидных диуретиков

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью и нарушением функции почек при выборе ингибитора АПФ следует отдать предпочтение

- квинаприлу
- лизиноприлу
- фозиноприлу
- каптоприлу

Тактика терапии бета-блокаторами наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

- замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)
- продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)
- отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете
- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

При замене у данного пациента метопролола, принимавшегося в дозе 25 мг в сутки, на бисопролол необходимо рекомендовать начальную дозу последнего, равную + _____ + мг

- 7,5

- 2,5
- 5
- 1,5

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

- прогрессирование гипертрофии левого желудочка
- артериальная гипертензия
- гипогликемия/сокращение признаков гипогликемии
- синусовая тахикардия

Учитывая признаки застойных явлений у данного пациента, такому больному необходимо назначить

- верапамил
- ивабрадин
- торасемид
- дигоксин

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

- верапамил
- ивабрадин
- торасемид
- дигоксин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

- * на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сухость во рту, жажду,
- * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50

мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Работал мастером по металлу
- * Вредные привычки отрицает
- * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,9⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- верапамил
- ивабрадин
- торасемид
- дигоксин

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- верапамил
- ивабрадин
- торасемид
- дигоксин

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования пациенту можно поставить предполагаемый диагноз

- верапамил
- ивабрадин
- торасемид
- дигоксин

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

- тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л
- HbA1c = 7,6%
- СКФ по СКД-ЕРІ = 66,46 мл/мин/1,73 м²
- осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н₂О

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

- ингибитор альфа-гликозидазы
- метформин
- глибенкламид
- инсулин короткого действия

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- дигидропиридиновых антагонистов кальция
- ингибитор АПФ
- тиазидных диуретиков

Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

- замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)
- отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете
- продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)
- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

- замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)
- отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете
- продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)
- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

В данной ситуации пациенту показана респираторная поддержка в виде неинвазивной вентиляции легких с + _____ + давлением

- положительным
- гипер-
- отрицательным
- нормальным

В данной ситуации пациенту показано внутривенное болюсное введение

- петлевых диуретиков
- бета-адреноблокаторов
- мезатона
- недигидропиридиновых антагонистов кальция

С целью уменьшения пред-и постнагрузки пациенту в данной ситуации показано внутривенное введение

- мезатона
- нитроглицерина
- верапамила
- метопролола

Пациентам с острой декомпенсацией ХСН с низким сердечным выбросом, сохраняющимися явлениями застоя, гипоперфузии, несмотря на применение вазодилататоров и/или диуретиков, рекомендованы препараты с + _____ + эффектом

- мезатона
- нитроглицерина
- верапамила
- метопролола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение кардиореанимации с направительным диагнозом «острый коронарный синдром»

Жалобы

На давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку

Анамнез заболевания

В течение многих лет артериальная гипертония с максимальными цифрами АД до 180/100 мм рт. ст. Адаптирована к 120-130/80 мм рт. ст. Инфаркты миокарда, инсульты, сахарный диабет отрицает.

Настоящее ухудшение наступило сегодня, когда впервые в жизни у пациентки возник приступ давящих болей за грудиной, с иррадиацией в левую руку, продолжительностью 30 минут.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курение 1 пачка в день в течение 30 лет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние на момент осмотра средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 82 кг, ИМТ 29,05 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные на ощупь. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 уд в мин, АД 160/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Основным методом инструментальной диагностики у больных с диагнозом «острый коронарный синдром» является

- мезатона
- нитроглицерина
- верапамила
- метопролола

Результаты инструментального метода обследования

Клиническое значение имеет определение уровня биохимических маркеров повреждения, таких как

- мезатона
- нитроглицерина
- верапамила
- метопролола

Результаты обследования

На основании полученных данных, наиболее вероятным диагнозом у больной является

- мезатона
- нитроглицерина
- верапамила
- метопролола

Диагноз

Наиболее точной шкалой для стратификации риска неблагоприятного исхода у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST является шкала

- CRUSADE
- GRACE
- CHA2DS2-VASc
- PESI

На момент наблюдения пациентка стала отмечать возобновление болей за грудиной, ЧСС 72 уд в мин, АД при измерении 174/88 мм рт ст, на снятой ЭКГ без отрицательных изменений. В данном случае целесообразно наладить внутривенную инфузию

- добутамина
- нитроглицерина
- нифедипина
- допамина

На основании имеющихся клинических, инструментальных и лабораторных данных назначение бета-адреноблокаторов у данной пациентки с момента поступления

- нежелательно
- возможно, но не обязательно
- возможно, но нежелательно
- рекомендовано

Назначение клопидогрела вместо тикагрелора в качестве ингибитора P2Y₁₂-рецепторов у данной больной

- возможно, но нежелательно
- возможно, но не обязательно
- не рекомендовано
- рекомендовано

Проведение коронароангиографии у данной больной в течение 2-24 ч (больная категории высокого риска)

- рекомендовано
- возможно, но нежелательно

- не рекомендовано
- возможно, но не обязательно

Выбор бедренного доступа для проведения коронароангиографии у данной больной

- возможен, но нежелателен
- возможен, но не обязателен
- не рекомендован
- рекомендован

С момента поступления больная не получала парентеральные антикоагулянты. Внутривенное введение нефракционированного гепарина во время коронароангиографии

- рекомендовано
- не рекомендовано
- возможно, но не обязательно
- возможно, но нежелательно

По данным коронароангиографии выявлен 90 % стеноз проксимального сегмента огибающей артерии. Больной рекомендовано проведение

- операции коронарного шунтирования
- имплантации стент-графта в огибающую артерию
- стентирования огибающей артерии
- баллонной ангиопластики огибающей артерии

Процедура прошла без осложнений. Прекращение терапии антикоагулянтами после чрескожного коронарного вмешательства в данном случае

- операции коронарного шунтирования
- имплантации стент-графта в огибающую артерию
- стентирования огибающей артерии
- баллонной ангиопластики огибающей артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н., 68 лет, обратился к кардиологу.

Жалобы

Жалобы на выраженную одышку, слабость, утомляемость, сердцебиение при небольшой физической нагрузке, незначительную пастозность ног.

Анамнез заболевания

У пациента семь лет назад был выявлен хронический миелолейкоз, по поводу

которого была назначена длительная терапия дазатинибом в средней дозе 100 мг/сутки.

Анамнез жизни

* Другие хронические заболевания: синдром раздраженного кишечника, хронический холецистит, хронический гастрит.

* Вредных привычек не имеет.

* Профессиональных вредностей не было.

* Аллергических реакций не было.

* Отец умер от инсульта.

Объективный статус

Кожные покровы без выраженного цианоза. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхания 22 в 1 мин, при аускультации сердца тоны ритмичные, незначительно приглушены, отмечается пансистолический шум на трехстворчатом клапане, акцент II тона над легочной артерией, диастолический шум над проекцией легочного клапана, частота сердечных сокращений 98 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, плотная, отмечается незначительная пастозность стоп.

По данным пульсоксиметрии сатурация 93%.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- операции коронарного шунтирования
- имплантации стент-графта в огибающую артерию
- стентирования огибающей артерии
- баллонной ангиопластики огибающей артерии

Результаты инструментальных методов обследования

К наиболее информативным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- операции коронарного шунтирования
- имплантации стент-графта в огибающую артерию
- стентирования огибающей артерии
- баллонной ангиопластики огибающей артерии

Результаты инструментальных методов обследования

Выявленная легочная гипертензия является

- легочной артериальной
- реактивной
- посткапиллярной
- хронической тромбоэмболической

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- легочной артериальной
- реактивной
- посткапиллярной
- хронической тромбоэмболической

Диагноз

Применение дазатиниба может стимулировать развитие лекарственно-индуцированной легочной артериальной гипертензии и относится к + _____ + факторам риска

- вероятным
- возможным
- маловероятным
- определенным

Данному больному рекомендуется проведение острой фармакологической пробы (ОФП) во время катетеризации правых отделов сердца для определения потенциальной эффективности лечения

- антагонистами рецепторов к ангиотензину-2
- антагонистами кальция (АК)
- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- бета-адреноблокаторами

Для проведения острой фармакологической пробы при легочной артериальной гипертензии рекомендуется использовать

- длительнодействующие вазодилататоры
- длительнодействующие спазмолитики
- короткодействующие вазодилататоры
- короткодействующие вазоконстрикторы

Антагонисты кальция рекомендованы данному больному при условии

- отрицательной острой фармакологической пробы
- положительной нагрузочной пробы
- отрицательной нагрузочной пробы
- положительной острой фармакологической пробы

Динамический контроль на фоне лечения антагонистами кальция данному больному должен проводиться через + _____ + месяца

- 5
- 1
- 10
- 3-4

При отсутствии улучшения на фоне лечения антагонистами кальция у данного больного необходимо назначить терапию

- противовоспалительную
- бронходилатирующую
- гипотензивную
- ЛАГ-специфичную

При отрицательной острой фармакологической пробе больному с низким и промежуточным риском фатального исхода необходимо назначение терапии для лечения легочной артериальной гипертензии в виде

- двойной
- тройной
- монотерапии
- квадротерапии

При развитии легочной артериальной гипертензии, индуцированной приемом дазатиниба, показано + _____ + терапии дазатинибом

- двойной
- тройной
- монотерапии
- квадротерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет обратилась на прием к участковому кардиологу.

Жалобы

На головные боли, мелькание «мушек» перед глазами при повышении АД до 180/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Гипертоническая болезнь в анамнезе с 50 лет, повышение АД с максимальными цифрами до 215/100 мм рт. ст, адаптирована к АД 140/80 мм рт. ст. В течение нескольких лет отмечается одышка при физической нагрузке, не обследовалась. Ухудшение состояния отмечается в течение двух недель в виде нестабильности цифр АД, снижения толерантности к физической нагрузке. Также в анамнезе сахарный диабет 2 типа с 2016 года, постоянно принимает метформин 2000 мг/сут. Уровень гликемии на фоне приема терапии - 7-8 ммоль/л.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: СД 2 типа
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела

- * алергоанамнез: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента-кашель
- * семейный анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 97 кг. ИМТ-37 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст., шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования относятся

- двойной
- тройной
- монотерапии
- квадротерапии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- двойной
- тройной
- монотерапии
- квадротерапии

Результаты инструментальных методов исследования

Учитывая степень повышения артериального давления, наличие СД 2 типа в данном случае сопряжено с + _____ + сердечно-сосудистым риском

- средним
- низким
- высоким
- очень высоким

На основании данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования диагнозом у данной пациентки является

- средним
- низким
- высоким
- очень высоким

Диагноз

Пациентке рекомендовано

- назначение поликомпонентной антигипертензивной терапии
- назначение биологически активных добавок
- назначения однокомпонентной антигипертензивной терапии
- только изменение образа жизни

У данной пациентки целевыми значениями АД являются

- <140/85 мм рт ст
- <130/90 мм рт ст
- <150/90 мм рт ст
- <120/80 мм рт ст

Данной пациентке целесообразно назначить

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента + калийсберегающий диуретик
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента + Антагонисты рецепторов ангиотензина II
- бета-адреноблокаторы + Агонисты II-имидазолиновых рецепторов
- антагонисты рецепторов ангиотензина II +антагонисты кальция

На фоне проводимой терапии у пациентки сохраняются повышенные цифры АД. Целесообразна комбинация антигипертензивных препаратов, включающая

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента +калийсберегающий диуретик+бета-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента + Антагонисты рецепторов ангиотензина II + Антагонисты кальция
- антагонисты рецепторов ангиотензина II +Антагонисты кальция+диуретик
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента + Антагонисты рецепторов ангиотензина II + бета-адреноблокаторы

Спустя неделю после начала обследования и лечения у пациентки развился острый приступ подагрического артрита. В данном случае не рекомендуется назначение

- к-сберегающих диуретиков
- дигидроропиридиновых блокаторов кальциевых каналов
- тиазидных диуретиков
- статинов

Целевым уровнем HbA1c на фоне антидиабетической терапии у данной пациентки является

- <6.0%
- <7.0%
- <7.5%
- <8.5%

Одним из видов хирургического лечения гипертонической болезни является

- радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса
- радиочастотная абляция устьев легочных вен
- денервация почечных артерий
- протезирование почечных артерий

Феохромоцитому позволит исключить

- радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса
- радиочастотная абляция устьев легочных вен
- денервация почечных артерий
- протезирование почечных артерий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 года обратился к врачу-кардиологу.

Жалобы

На слабость и редкую одышку при значительной физической нагрузке- на дискомфорт и давящие боли в области сердца, при стрессе и значительной физической нагрузке (дистанция ходьбы 1000 м)

Анамнез заболевания

Повышение АД разово до 160/100 мм. рт. ст.

По УЗИ от 2008г. - выявлена аневризма брюшного отдела аорты, при контроле - отрицательной динамики нет.

С конца 2016 г. больной стал отмечать появление дискомфорта за грудиной при значительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания:

- С 1996 г. хронический миелолейкоз, ремиссия. Наблюдается гематологом. С декабря 2017г. гематологом отменен прием иматиниба (гливек).-

Проксимальная резекция желудка 2008 году по поводу Ст. желудка in situ.

(TisN0M0). Наблюдается гастроэнтерологом. - Язвенная болезнь 12-типерстной кишки в 1982 году. Хронический холестероз желчного пузыря. Рефлюкс-эзофагит, ГЭРБ.

- не курит, алкоголем не злоупотребляет

- профессиональных вредностей не имеет

- Аллергическая реакция: зуд, насморк на собачью шерсть

- отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены ЧСС 75 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Инструментальными методами исследования, которые позволяют уточнить диагноз, являются

- радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса
- радиочастотная абляция устьев легочных вен
- денервация почечных артерий
- протезирование почечных артерий

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительная информация

При выполненной стресс ЭХО КГ от 02.10.2018: на высоте нагрузки, при субмаксимальной ЧСС, появилась зона гипокинеза базального и нижнего сегмента левого желудочка; проба на скрытую коронарную недостаточность положительная в бассейне левой коронарной артерии, толерантность к физической нагрузке средняя

Для оценки факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и возможностей назначения терапии необходимо определение в крови уровня

- радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса
- радиочастотная абляция устьев легочных вен
- денервация почечных артерий
- протезирование почечных артерий

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований у данного больного можно предположить

- радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса
- радиочастотная абляция устьев легочных вен
- денервация почечных артерий
- протезирование почечных артерий

Диагноз

У данного пациента присутствуют признаки + _____ + стенокардии

- вазоспастической
- малых напряжений
- стабильной

- постанемической

Для оценки поражения коронарных артерий в данном случае целесообразно провести

- вазоспастической
- малых напряжений
- стабильной
- постанемической

Дополнительная информация

КАГ: Тип кровоснабжения: правый Передняя нисходящая артерия (ПНА): в среднем сегменте протяженно стенозирована на 50%, огибающая артерия (ОА): от устья окклюзирована, постокклюзионный отдел заполняется по внутри и межсистемным коллатералям Правая коронарная артерия (ПКА): в среднем сегменте признаки пристеночного тромбоза, суживает просвет на артерии 80%.

Учитывая данные проведенной КАГ, приоритетным методом лечения в данном случае является

- балонная ангиопластика без последующего стентирования
- протезирование брюшной части аорты
- консервативная терапия
- стентирование правой коронарной артерии

В данном случае целесообразным считается имплантация

- стент-графта
- стента с лекарственным покрытием
- голометаллического стента
- биоразлагаемого стента

После планового чрескожного коронарного вмешательства в качестве антитромботической терапии пациенту необходимо назначить

- ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел
- монотерапию ацетилсалициловой кислотой
- ацетилсалициловую кислоту, клопидогрел и апиксабан
- монотерапию оральным антикоагулянтом

Для пациента с ишемической болезнью сердца после чрескожного коронарного вмешательства предпочтительной комбинацией лекарственных препаратов является

- ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел
- монотерапию ацетилсалициловой кислотой
- ацетилсалициловую кислоту, клопидогрел и апиксабан
- монотерапию оральным антикоагулянтом

Дополнительная информация

Спустя 1 неделю после чрескожного коронарного вмешательства у пациента на фоне приема двойной антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота 100 мг, клопидогрел 75 мг) развилось желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), потребовавшее госпитализации и переливания крови.

Учитывая перенесенное ЖКК в антитромбоцитарной терапии целесообразно

- отменить двойную антитромбоцитарную терапию
- продолжить прием двойной антитромбоцитарной терапии
- перевести пациента на оральные антикоагулянты
- отменить один из препаратов в соответствии с риском кровотечений

После перенесенного желудочно-кишечного кровотечения в качестве гастропротективной терапии необходимо назначить

- цитопротекторы и стимуляторы выработки простагландина E2 в слизистой желудка
- препараты висмута
- антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы

В качестве дополнительного метода инструментального обследования при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение проводится

- цитопротекторы и стимуляторы выработки простагландина E2 в слизистой желудка
- препараты висмута
- антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет поступила в НМИЦ Кардиологии для обследования.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, общую слабость, выраженную слабость в ногах, отсутствие аппетита, эпизоды выраженного озноба и субфебрильной температуры.

Анамнез заболевания

Два года назад по поводу синдрома слабости синусового узла, приступов Моргани-Адамса-Стокса имплантирован ЭКС в режиме VVIR. Около полутора месяцев назад отметила появление эпизодов выраженного озноба, периодически повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Тогда же проходила обследование в городской больнице Каменск-Уральска, по результатам КТ ОГК

выявлена правосторонняя бронхопневмония, проводилась терапия антибиотиками цефалоспоринового ряда без существенного эффекта.

Анамнез жизни

Постинфарктный кардиосклероз (неизвестной давности), атеросклероз коронарных артерий.

Артериальная гипертензия 2 степени, 3 стадии.

Нарушение ритма и проводимости сердца: синдром слабости синусового узла, постоянная форма фибрилляции предсердий.

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов.

Аллергологический анамнез: не отягощен

Наследственность: мать умерла в возрасте 66 лет от рака легких.

Родилась в Каменск-Уральске. Профессиональных вредностей не было. На пенсии

Имеет двоих детей, дети практически здоровы.

Вдова.

Объективный статус

Рост: 156 см. вес: 83 кг. Индекс массы тела: 34 кг/м^2 . Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые на кистях рук и голенях сливные кровоизлияния. ЧДД: 17 в мин. Перкуторный звук над легочными полями - коробочный. Дыхание проводится во все отделы, с жестким оттенком. Хрипов нет. Мягкий систолический шум у основания грудины над мечевидным отростком. Ритм неправильный. ЧСС: 76 уд/мин. АД: 130/80 мм рт.ст. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- цитопротекторы и стимуляторы выработки простагландина E2 в слизистой желудка
- препараты висмута
- антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов обследования для постановки диагноза необходимо провести

- цитопротекторы и стимуляторы выработки простагландина E2 в слизистой желудка
- препараты висмута
- антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования предполагаемым основным диагнозом является

- цитопротекторы и стимуляторы выработки простагландина E2 в слизистой желудка
- препараты висмута
- антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы

Диагноз

При первичном осмотре пациентки на наличие инфекционного эндокардита могли указывать

- слабость в нижних конечностях при ходьбе как по ровной поверхности, так и в горку
- одышка при незначительных физических нагрузках или в покое
- пятна Джейнуэя - безболезненные геморрагические пятна диаметром 1-4 мм на ладонях и стопах
- перкуторно коробочный звук над легочными полями

Терапию данной пациентки следует начинать с

- сердечных гликозидов
- антибактериальной терапии
- назначения нитратов
- инфузионной терапии NaCl

Наряду с медикаментозной терапией пациентке требуется

- восстановление синусового ритма
- наблюдение
- настройка работы кардиостимулятора
- хирургическое лечение

Пациентке рекомендована антибактериальная терапия на протяжении

- 4-6 недель
- одного дня
- полугода
- одной недели

Дополнительное лечение пациентке

- требуется в виде лучевой терапии
- требуется в виде назначения сердечных гликозидов
- требуется в виде иммуномодуляторов

- не требуется

В качестве хирургического лечения необходимо провести

- полное удаление системы, электродов и санацию полости раны
- удаление электродов, с сохранением самого устройства в ложе
- хирургическую обработку электродов с сохранением их на месте
- нормализацию положения электрода без его удаления

Препаратом выбора при инфекционном эндокардите, протезированных и непротезированных клапанов, вызванного НАСЕК-группой микроорганизмов, является

- фторхинолон
- пенициллин
- цефтриаксон
- мирамистин

Контрольное эхокардиографическое исследование после выписки из стационара необходимо провести

- дважды с интервалом в один месяц, после чего повторное обследование при появлении новых симптомов
- через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства
- только в случае ухудшения состояния
- однократно через полгода и дальнейшее наблюдение не требуется

Первым этапом развития инфекционного эндокардита является

- дважды с интервалом в один месяц, после чего повторное обследование при появлении новых симптомов
- через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства
- только в случае ухудшения состояния
- однократно через полгода и дальнейшее наблюдение не требуется

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит.
- * Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет
- * работает водителем-дальнобойщиком,
- * 32 года курит по 20 сигарет в день.
- * Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- дважды с интервалом в один месяц, после чего повторное обследование при появлении новых симптомов
- через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства
- только в случае ухудшения состояния
- однократно через полгода и дальнейшее наблюдение не требуется

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- дважды с интервалом в один месяц, после чего повторное обследование при появлении новых симптомов
- через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства
- только в случае ухудшения состояния
- однократно через полгода и дальнейшее наблюдение не требуется

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- дважды с интервалом в один месяц, после чего повторное обследование при появлении новых симптомов
- через 3, 6, 12 месяцев после оперативного вмешательства
- только в случае ухудшения состояния
- однократно через полгода и дальнейшее наблюдение не требуется

Данный пациент относится к категории + _____ + риска сердечно-сосудистых осложнений

- низкого
- очень высокого
- высокого
- умеренного

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях
- проб с дозированной физической нагрузкой
- диагностической обзорной коронароангиографии
- биохимических анализов крови для определения уровня тропонинов

Противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой у пациентов с подозрением на ИБС является

- сахарный диабет
- сердечная недостаточность III-IV ФК (NYHA)
- хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей
- гемофилия

Одной из причин прекращения выполнения пробы с физической нагрузкой у пациента с подозрением на ИБС является

- депрессия ST до 1 мм
- подъем сегмента ST больше 1 мм
- подъем сегмента PQ больше 1 мм
- депрессия PQ до 1 мм

Тактика лечения данного больного должна включать

- экстренную госпитализацию в кардиохирургический стационар для проведения диагностической коронароангиографии
- комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами

- только коррекцию модифицируемых факторов риска без назначения медикаментозной терапии
- увеличение дозы короткодействующих нитратов до максимально переносимой в комбинации с НПВС для профилактики и лечения головной боли

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет
+ _____ + мг/сут

- 75-100
- 500-1000
- 5-10
- 25-50

В рационе больного за счет жиров должно быть обеспечено не более
+ _____ + % энергетической ценности пищи

- 10
- 30
- 40
- 20

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС
рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП
\ _____ ммоль/л

- <1,4
- <2,8
- <1,0
- <3,8

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать
у больного после начала терапии, является

- <1,4
- <2,8
- <1,0
- <3,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном

повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит.
- * Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет
- * работает водителем-дальнобойщиком,
- * 32 года курит по 20 сигарет в день.
- * Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- <1,4
- <2,8
- <1,0
- <3,8

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- <1,4
- <2,8
- <1,0

- <3,8

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациента является

- <1,4
- <2,8
- <1,0
- <3,8

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

- диагностической обзорной коронароангиографии
- проб с дозированной физической нагрузкой
- биохимических анализов крови для определения уровня тропонинов
- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

Противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой у пациентов с подозрением на ИБС является

- хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей
- лихорадка
- гемофилия
- сахарный диабет

Одной из причин прекращения выполнения пробы с физической нагрузкой у пациента с подозрением на ИБС является

- покраснение кожных покровов
- стойкое снижение систолического АД более чем на 10 мм рт.ст от исходного
- увеличение ЧСС на 10% от исходного
- стойкое повышение систолического АД на 10 мм рт.ст от исходного

Тактика лечения данного больного должна включать

- увеличение дозы короткодействующих нитратов до максимально переносимой в комбинации с НПВС для профилактики и лечения головной боли
- экстренную госпитализацию в кардиохирургический стационар для проведения диагностической коронароангиографии
- только коррекцию модифицируемых факторов риска без назначения медикаментозной терапии
- комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет + _____ + мг/сут

- 25-50
- 500-1000
- 75-100
- 5-10

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

- бронхиальная обструкция со снижением ОФВ1 менее 60%
- повышение активности печеночных трансаминаз
- симптомная артериальная гипотензия и/или брадикардия
- увеличение продолжительности интервала скорректированного QT

С целью оценки эффективности и безопасности лечения статинами повторный анализ крови на липиды, печеночные трансаминазы следует выполнить через + _____ + недель(и)

- 2
- 8
- 3
- 14

Уровень печеночных трансаминаз, требующий отмены приема статинов, должен быть повышен более чем в + _____ + раза

- 2
- 3
- 2,5
- 1,5

При установлении четкой причинно-следственной связи повышения трансаминаз с приемом статина, необходимо перейти на альтернативную терапию

- 2
- 3
- 2,5
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии. В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС.

Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Домохозяйка.
- * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет.
- * Замужем. Имеет 4 взрослых детей.
- * В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки.
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 3
- 2,5
- 1,5

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2
- 3
- 2,5
- 1,5

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования предполагаемый основной диагноз пациентки

- 2
- 3
- 2,5
- 1,5

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

- гипертрофию левого желудочка
- синоатриальную блокаду 3 степени. Замещающий АВ-узловой ритм
- фибрилляцию предсердий. Гипертрофию правого желудочка
- трепетание предсердий с правильным проведением. Блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса

Пациентке, без установленного ранее диагноза ИБС, необходимо оценить предтестовую вероятность. Предтестовая оценка вероятности базируется на оценке характера болей и

- возраста и пола
- уровня АД и данных антропометрии
- данных семейного анамнеза
- показателей липидного обмена

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) ишемической болезни сердца составляет 28%. На основании этого следует

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования, так как 28% ПТВ ИБС несущественно для пациентки
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные и визуализирующие диагностические исследования
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения

Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается

- депрессия сегмента ST на 1 мм и более
- укорочение интервала PQ
- синусовая тахикардия
- элевация на электрокардиограмме сегмента S-T на 0,5 мм

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

- комплексных поливитаминных препаратов
- ингибитора АПФ
- метаболических препаратов (тримеазидин)
- заместительной гормональной терапией

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови с определением

- уровня печеночных трансаминаз и ГГТП
- уровня креатинина и расчетом СКФ
- уровня гликозилированного гемоглобина
- уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции

При назначении статина корректировать дозу препарата следует через + _____ + недель(-и)

- 15-16
- 2-3

- 13-14
- 6-8

Целевое значение ЧСС у пациентки составляет _____ ударов в минуту

- 15-16
- 2-3
- 13-14
- 6-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии. В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС.

Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Домохозяйка.
- * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет.

* Замужем. Имеет 4 взрослых детей.

* В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки.

* Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 15-16
- 2-3
- 13-14
- 6-8

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 15-16
- 2-3
- 13-14
- 6-8

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- 15-16
- 2-3
- 13-14
- 6-8

К изменениям на ЭКГ, выявленным у данной больной, относятся

- признаки гипертрофии левого желудочка
- синоатриальная блокада 3 степени, замещающий АВ-узловой ритм
- трепетание предсердий с правильным проведением, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса

- фибрилляция предсердий, гипертрофия правого желудочка

Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке необходимо проведение

- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях
- трансэзофагеального эхокардиографического исследования
- биохимических анализов крови для определения уровня кардиоспецифических ферментов (тропонинов)
- проб с дозированной физической нагрузкой

При сомнительных результатах обычной нагрузочной пробы в ходе первоначальной диагностики ИБС пациентам показано выполнение

- биопсии миокарда
- суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- стресс-бодиплетизмографии с физической нагрузкой
- стресс--ЭхоКГ с физической нагрузкой

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

- ингибитора АПФ
- метаболических препаратов (тримеазидин)
- заместительной гормональной терапии
- комплексных поливитаминных препаратов

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

- уровня креатинина и расчетом СКФ
- уровня печеночных трансаминаз и ГГТП
- уровня гликозилированного гемоглобина
- уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах
- курантил

Пациентке назначен бисопролол, антиангинальное действие которого заключается в

- снижении потребности миокарда в кислороде
- повышении артериального давления
- увеличении сократительной способности миокарда
- расширении коронарных сосудов

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Благоприятное действие нитроглицерина у больных со стенокардией обусловлено

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

- * боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- * одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
- * сердцебиение

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
- * Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от

онкологических заболеваний

* Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания отрицает.

* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C.

Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Периферических отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Основной патогенетической терапии ХСН у больной являются

- антикоагулянты
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- диуретики

Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

- установка кардиовертера-дефибриллятора
- восстановление и удержание синусового ритма
- контроль ЧСС
- установка двухкамерного электрокардиостимулятора

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

- ингибитор I^f-каналов синусового узла (ивабрадин)
- антагонисты ангиотензиновых рецепторов (валсартан)
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)
- сердечные гликозиды (дигоксин)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

- EuroSCORE II
- Фрамингемская шкала риска (АТР-III)
- CHA₂DS₂-VASc
- HEMORR₂-HAGES

Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA₂DS₂-VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст и

- женский пол
- курение
- индекс массы тела
- гиперлипидемия

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

- дезагреганты – блокаторы АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов
- непрямые антикоагулянты – антагонисты витамина К
- новые оральные антикоагулянты
- тромболитики – тканевые активаторы плазминогена

К новым оральным антикоагулянтам относят

- тикагрелол

- варфарин
- апиксабан
- клопидогрел

Данной пациентке назначен апиксабан в дозе + _____ + мг 2 р/сутки

- 3
- 5
- 1,5
- 2,5

Риск кровотечений следует оценивать по шкале

- 3
- 5
- 1,5
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

- * боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- * одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
- * сердцебиение

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
- * Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от онкологических заболеваний
- * Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет –

менопауза. Гинекологические заболевания отрицает.

* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C.

Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Периферических отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3
- 5
- 1,5
- 2,5

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 3
- 5
- 1,5
- 2,5

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациентки является

- 3
- 5
- 1,5
- 2,5

Основной патогенетической терапии ХСН у больной являются

- антикоагулянты
- ингибиторы АПФ

- сердечные гликозиды
- диуретики

Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

- установка кардиовертера-дефибриллятора
- контроль ЧСС
- установка двухкамерного электрокардиостимулятора
- восстановление и удержание синусового ритма

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

- антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)
- антагонисты ангиотензиновых рецепторов (валсартан)
- ингибитор I_f-каналов синусового узла (ивабрадин)
- сердечные гликозиды (дигоксин)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

- EuroSCORE II
- Фрамингемская шкала риска (АТР-III)
- HEMORR-2-HAGES
- CHA₂-DS₂-VASc

Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA₂DS₂-VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст, женский пол и

- курение
- сахарный диабет
- индекс массы тела
- гиперлипидемия

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

- тромболитики – тканевые активаторы плазминогена
- непрямые антикоагулянты – антагонисты витамина К
- дезагреганты – блокаторы АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов
- новые оральные антикоагулянты

К новым оральным антикоагулянтам относят

- дабигатрана этексилат
- варфарин
- тикагрелол

- клопидогрел

Данной пациентке назначен дабигатрана этексилат в дозе + _____ + мг
2 р/сутки

- 200
- 50
- 150
- 110

Источником тромбов при ишемическом инсульте на фоне фибрилляции предсердий является

- 200
- 50
- 150
- 110

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- * на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет

* Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

* Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет

* Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = $33,7 \text{ кг/м}^2$. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т $36,4^\circ \text{ C}$. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 200
- 50
- 150
- 110

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 200
- 50
- 150
- 110

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- 200

- 50
- 150
- 110

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

- фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- признаки ГЛЖ
- атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда
- подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ, у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- блокаторы рецепторов ангиотензина II
- комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков
- антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

- нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии
- пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

Лечение бета-блокаторами следует начинать с + _____ + средней терапевтической дозы

- 1/8
- 1/6
- 1/2
- 1/4

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

- верапамил

- амлодипин
- дилтиазем
- короткодействующий нифедипин

Антагонисты минералокортикостероидных рецепторов назначаются пациентам с ХСН в дозе + _____ + мг/сутки

- 100-150
- 25-50
- 0,25-0,5
- 2,5-5

К антагонистам минералокортикостероидных рецепторов относят

- маннитол
- эплеренон
- индапамид
- триамтерен

Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

- CHA₂DS₂-VASc
- TIMI
- ШОКС
- SCORE

Возникновение кашля у пациента на фоне приема иАПФ было обусловлено накоплением + _____ + в верхних дыхательных путях

- CHA₂DS₂-VASc
- TIMI
- ШОКС
- SCORE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

* На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону.

* На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи).

Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувостатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купированных нитроглицерином в течение 3-5 мин. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбиддинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетке возникают ежедневно, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет.
- * Наследственность: сведений нет
- * Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.
- * Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост 162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м². Т тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аускультации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- CHA~2~DS~2~-VASc
- TIMI
- ШОКС
- SCORE

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- CHA~2~DS~2~-VASc
- TIMI
- ШОКС
- SCORE

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- CHA~2~DS~2~-VASc
- TIMI
- ШОКС
- SCORE

Изменения на ЭКГ, выявленные у данного больного

- полная блокада правой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха
- фибрилляция предсердий, нормосистолический вариант
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются

- Профилактика желудочковых нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти
- Достижение идеального веса больного, устранение абдоминального ожирения, коррекция дислипидемии
- устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий
- полное излечение пациента за счет достижения регресса коронарного атеросклероза и устранения эпизодов ишемии миокарда

Тактика лечения данного больного должна включать

- увеличение дозы нитратов до максимально переносимых
- соблюдение больным постельного режима для профилактики возникновения приступов стенокардии
- реваскуляризацию
- замену аспирина на клопидогрел

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК
- всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО
- пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению

- пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

Коррекции дислипидемии у данного больного подразумевает

- замена розувастатина на другой статин
- увеличение дозы розувастатина
- добавление к розувастатину эзетимиба
- уменьшение дозы розувастатина

Пациенту в данной ситуации необходимо добавить к терапии

- дигоксин
- ивабрадин
- верапамил
- пропafenон

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо назначить ингибиторы

- протеаз
- АПФ
- протонной помпы
- ацетилхолинэстеразы

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на

- * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- * тяжесть в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работал токарем.
- * С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил.
- * Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- пролонгированные нитраты
- непрямые антикоагулянты

Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ является

- двусторонний стеноз почечных артерий
- атеросклероз артерий нижних конечностей
- атеросклероз коронарных артерий
- дилатационная кардиомиопатия

После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на + _____ + % выше исходных значений

- 50
- 60
- 70

- 80

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами должна включать назначение

- бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью
- иуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов
- бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Терапию диуретиками необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса больного не составит + _____ + кг ежедневно

- 0,2-0,4
- 1,6-2,0
- 0,5-1,0
- 1,1-1,5

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

- фибрилляция предсердий
- артериальная гипертензия
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- тяжелая декомпенсация ХСН

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)
- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
- ингибиторов карбоангидразы (диакарб)
- тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

- частоты сердечных сокращений

- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина

При развитии у больного гинекомастии на фоне длительного приема спиронолактона необходимо заменить его на

- частоты сердечных сокращений
- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на

- * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- * тяжесть в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работал токарем.
- * С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил.

* Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голей до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- частоты сердечных сокращений
- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- частоты сердечных сокращений
- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- частоты сердечных сокращений
- продолжительности коррегированного QT
- СКФ
- гликозилированного гемоглобина

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- сердечные гликозиды
- непрямые антикоагулянты
- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы

Прием иАПФ следует прекратить при увеличении концентрации калия в крови больше + _____ + ммоль/л

- 5,5
- 4,0
- 5
- 4,5

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

- бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью
- диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
- ингибиторов карбоангидразы (диакарб)
- тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)
- тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

- уменьшение размеров печени
- снижение частоты сердечных сокращений
- снижение конечного диастолического давления в правом желудочке
- снижение массы тела

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

- фибрилляция предсердий
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- артериальная гипертензия
- тяжелая декомпенсация ХСН

При стабильной ХСН необходимо назначить низкие дозы бета-адреноблокатора с удвоением дозы 1 раз в + _____ + дней/дня

- 14
- 3
- 10
- 7

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

- продолжительности коррегированного QT
- частоты сердечных сокращений
- гликозилированного гемоглобина
- СКФ

При снижении СКФ меньше 60 мл/мин дозу принимаемого иАПФ следует

- продолжительности коррегированного QT
- частоты сердечных сокращений
- гликозилированного гемоглобина
- СКФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н, 30 лет госпитализирован в кардиологическое отделение в плановом порядке.

Жалобы

* Давящие боли за грудиной при ходьбе, некупирующиеся нитроглицерином, прием которого вызывает резкую слабость и головокружение, приступы сердцебиения, обмороки при физическом напряжении.

Анамнез заболевания

* Впервые шум в сердце был выявлен в 6 летнем возрасте, но обследование не проводилось. В 16 лет был поставлен на диспансерный учет к ревматологу и освобожден от службы в армии. Боли за грудиной появились 3 года назад, к

врачу не обращался, ограничивал физические нагрузки. Полгода назад стали возникать синкопальные состояния во время нагрузки (подъем по лестнице).

Анамнез жизни

Образование среднее.

Работает программистом.

АД 120-130/80 мм рт ст.

Курит по 10-15 сигарет в течение 10 лет.

Семейный анамнез: старший брат больного внезапно умер в возрасте 25 лет, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной нормостенического телосложения. Рост 178 см, вес 84 кг, ИМТ 26.5 кг/м². Частота дыхания - 18 в минуту. АД - 120/85 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Пульсация каротидных артерий симметрична. Тоны сердца обычной громкости. В III-IV межреберье слева от грудины и на верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводящийся на сосуды шеи, но слышимый в подмышечной области. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови: эритроциты- $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин-128 г/л, лейкоциты- $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ- 7 мм/ч

Биохимический анализ крови: Общий холестерин - 2,54 ммоль/л, ХС ЛВП -1,31, ммоль/л, ТГ - 1,6 ммоль/л, ХС ЛНП – 2,5 ммоль/л, коэффициент атерогенности - 3,08, глюкоза сыворотки – 5,7 ммоль/л

Эхокардиография: ЛП - 48 мм, КДР-57 мм, КСР-35 мм, ПП-45 мм, ПЖ-31 мм, СДЛА - 25мм рт.ст.ФВ - 68%.МЖП - 19 мм, 23 мм в средне-перегородочном сегменте, ЗС ЛЖ - 13 мм. ИММ ЛЖ 223,2 г/м². Передне-систолическое движение створок митрального клапана, митральная регургитация 2 ст.

Внутрижелудочковый градиент давления – 38 мм рт.ст.

ЭКГ:

Предварительный диагноз

Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходящего тракта левого желудочка

Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходящего тракта левого желудочка характеризуется

- толщиной задней стенки левого желудочка более 15 мм
- выраженной гипертрофией миокарда за счёт асимметричного утолщения межжелудочковой перегородки
- градиентом давления выходного тракта левого желудочка менее 30 мм рт. ст. при нагрузке
- концентрической гипертрофией левого желудочка
- градиентом давления в выходном тракте ЛЖ в покое > 30 мм. рт. ст
- стенозом аортального клапана

План первичного инструментального обследования больного с гипертрофической кардиомиопатией обязательно должен включать

- эндокардиальное электрофизиологическое исследование
- суточное мониторирование АД
- 48-часовое мониторирование ЭКГ
- 7-суточное мониторирование ЭКГ

Лабораторными показателями, свидетельствующими о высоком риске неблагоприятного исхода у больных ГКМП, является

- высокочувствительный сердечный тропонин Т
- креатинин
- МВ-фракция креатин-фосфокиназы
- миоглобин
- глюкоза плазмы крови
- мозговой натрийуретический пептид

Симптоматическое лечение гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выходного тракта включает в первую очередь

- ингибиторы АПФ
- дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- препараты с отрицательным инотропным действием
- альфа-1-адреноблокаторы

Основными причинами приступов стенокардии у молодых пациентов с гипертрофической кардиомиопатией является

- высокая частота сердечных сокращений
- снижение плотности капиллярного русла
- систолическая компрессия эпикардиальных артерий
- аномалия коронарных артерий

Наиболее надежным методом профилактики внезапной смерти у больных с гипертрофической кардиомиопатией является

- лечение амиодароном
- имплантация стента с лекарственным покрытием
- лечение препаратами калия
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Лечение пероральными антикоагулянтами для профилактики тромбоэмболических осложнений при ГКМП и фибрилляции предсердий показано больным

- независимо от оценки по CHA₂DS₂-VASc
- с оценкой по CHA₂DS₂-VASc > 2

- с оценкой по CHA2DS2-VASc =1
- с оценкой по CHA2DS2-VASc > 1

Показанием к хирургическому лечению гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией являются/является

- градиент давления в выходном тракте ЛЖ при нагрузке, менее 50 мм рт. ст
- градиент давления в выходном тракте ЛЖ при нагрузке, равный 40 мм рт. ст
- тяжелые симптомы, существенно ограничивающие повседневную активность, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию
- градиент давления в выходном тракте ЛЖ в покое, равный 30 мм рт. ст

Гипертрофическая кардиомиопатия является

- вариантом болезни накопления с гипертрофией обоих желудочков
- гипертрофией миокарда, обусловленной постоянным приемом анаболических стероидов в больших дозах
- гипертрофией миокарда вследствие повышения нагрузки давлением
- наследственным аутосомно-доминантным заболеванием, связанным с мутацией генов, кодирующих белки саркомера

Основным механизмом формирования обструкции выходного тракта левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии является

- гиперконтрактильность кардиомиоцитов
- большая толщина перегородки
- большая толщина задней стенки миокарда левого желудочка
- переднее систолическое движение створок митрального клапана

В основе обмороков при физической нагрузке у пациента с гипертрофической кардиомиопатией с обструкцией выходного тракта лежит

- атеросклероз брахицефальных артерий
- атеросклероз мозговых артерий
- артериальная гипотензия
- фиксированный сердечный выброс

Высокий риск внезапной смерти у больных гипертрофической кардиомиопатией связан с пароксизмами

- атеросклероз брахицефальных артерий
- атеросклероз мозговых артерий
- артериальная гипотензия
- фиксированный сердечный выброс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Ю. 45 лет, обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера, умеренной интенсивности, отдающие в руки, усиливающие в положении лежа, в связи с чем несколько дней спит сидя.

Анамнез заболевания

Около 2 недель назад перенес тяжелое ОРВИ. 3 дня назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились небольшие боли в мышцах ног и постоянные боли за грудиной, уменьшающиеся на фоне приема анальгина. Обратился к терапевту.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. АД не контролирует. Бросил курить 10 лет назад, курил по 10 сигарет в день в течение 10 лет. Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстеник. Рост 180 см, вес 80 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. АД 135/88 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 88 в мин, ритмичный, симметричный. Границы сердца не расширены. Тоны сердца отчетливы, в области абсолютной сердечной тупости выслушивается двухкомпонентный шум трения перикарда. Частота дыхания 18 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови: эритроциты- $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-134 г/л, лейкоциты- $10,2 \times 10^9/л$, СОЭ- 37 мм/ч.

ЭКГ

{nbsp}

Рентгенография грудной клетки: без патологических изменений

Предварительный диагноз

Фибринозный перикардит

Основным этиологическим фактором острого фибринозного перикардита являются

- стрептококки
- энтеровирусы
- боррелии
- стафилококки

Идиопатический перикардит чаще всего вызывается

- метаболическими процессами
- бактериями

- вирусами
- аутоимунными процессами

У пациента перикардит является острым, так как его длительность составляет менее + _____ + недель

- 3
- 1
- 8
- 6

Болевой синдром при фибринозном перикардите у пациента нужно дифференцировать прежде всего с

- инфекционным эндокардитом
- инфарктом миокарда
- миокардитом
- миксомой левого предсердия

Шум трения перикарда при фибринозном перикардите

- всегда лучше выслушивается в систолу
- усиливается при нажатии фонендоскопом на грудную клетку
- связан с фазами дыхания
- всегда лучше выслушивается в диастолу

В клиническом анализе крови при остром фибринозном перикардите чаще регистрируется

- тромбоцитопения
- нейтропения
- лейкоцитоз
- анемия

На ЭКГ при остром фибринозном перикардите обычно регистрируется

- подъем сегмента ST по типу “кошачья спинка”
- синдром Q3S1
- подъем сегмента ST с провисом вниз во многих отведениях
- альтернация комплексом QRS

Лечение пациента следует начать с

- преднизолон
- ибупрофен
- колхицин
- бензилпенициллин

Доза ибупрофена при лечении острого фибринозного перикардита составляет + _____ + мг в сутки

- 1600-3200
- 200-400
- 800-1400
- 400-800

При неэффективности НПВС у пациента можно использовать

- цитостатики
- глюкокортикоиды
- сульфаниламиды
- антибиотики

Основным осложнением острого фибринозного перикардита является

- инфекционный эндокардит
- экссудативный перикардит
- разрыв миокарда
- инфаркт миокарда

Рецидив фибринозного перикардита в течение первых месяцев развивается у + _____ + % пациента

- инфекционный эндокардит
- экссудативный перикардит
- разрыв миокарда
- инфаркт миокарда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Д. 20 лет, обратилась в поликлинику к терапевту.

Жалобы

На боли в коленных суставах, повышение температуры.

Анамнез заболевания

Недавно, после контакта с больным ребенком, переболела скарлатиной. Через 3 недели появились боли в голеностопных суставах, которые прошли самостоятельно. Через несколько дней заболел правый коленный сустав, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$. Отмечалась боль при движении, покраснение и увеличение в объеме коленных суставов. Эти явления полностью купированы приемом диклофенака в течение 3-х дней. Кроме того, стала беспокоить слабость, сердцебиение и одышка при быстрой ходьбе.

Госпитализирована.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Хронических заболеваний нет. Редко болела ОРВИ. Наследственность неотягощена. Вредные привычки отрицает.

Занимается спортом.

Объективный статус

Нормостеник. Рост 170 см, вес 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Суставы при осмотре не изменены. Границы сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: ослаблен I тон, на верхушке и в точке Боткина-Эрба - систолический дующий шум, выслушивается III тон. Шум усиливается после нагрузки. ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД – 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования

Клинический анализ крови: гемоглобин 128 г/л; эритроциты 5×10^{12} /л; лейкоциты 12×10^9 /л; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 71%; эозинофилы 0%; моноциты 5%; лимфоциты 15%; СОЭ 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л (Норма 4,1 – 6,0); АСТ 12 ед/л (Норма < 37); АЛТ 23 ед/л (Норма < 41); калий 4,5 ммоль/л (Норма 3,5 – 5,1); натрий 143 ммоль/л (Норма 136 – 145); СРБ 45 мг/л (Норма < 5); АСЛ-О 1200 ед/л (норма < 250).

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. В грудных отведениях снижение амплитуды зубцов Т.

ЭХОКГ: Краевое утолщение («рыхлость») передней створки митрального клапана, ограничение подвижности утолщенной задней створки митрального клапана. Митральная регургитация I-II степени. Левое предсердие 4,3 см. Полость левого желудочка не расширена. Фракция выброса 68%.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: без патологии.

Диагноз предварительный : Острая ревматическая лихорадка

Предварительный диагноз

Острая ревматическая лихорадка

Одним из необходимых лабораторных методов для постановки диагноза у больных с подозрением на острую ревматическую лихорадку, согласно критериям Киселя-Джонса, является определение

- С-реактивного белка
- ревматоидного фактора
- антинуклеарного фактора
- сиаловых кислот

Одним из необходимых инструментальных методов для постановки диагноза у больных с подозрением на острую ревматическую лихорадку, согласно критериям Киселя-Джонса, является проведение

- сцинтиграфии миокарда
- рентгенография грудной клетки
- трансторакальной эхокардиографии
- магнитно-резонансной томографии сердца

Необходимым анализом, подтверждающим А-стрептококковую инфекцию, является

- выявление урогенитальной инфекции
- повышение титров антистрептококковых антител
- выявление HLA-B27
- выявление гемолитического стрептококка группы А при мазке из зева

К малым критериям ревматической лихорадки по данным ЭХОКГ относится

- митральная и/или аортальная регургитация
- аортальный стеноз
- митральный стеноз
- трикуспидальная регургитация

Необходимыми критериями Киселя-Джонса для постановки диагноза острой ревматической лихорадки являются

- 1 большой критерий и 3 малых вне зависимости от наличия инфекции стрептококка группы А
- 1 большой и 1 малый критерий
- 2 больших критерия или комбинация 1 большого и двух малых в сочетании с инфекцией стрептококка группы А
- 4 малых критерия

Больного с острой ревматической лихорадкой необходимо

- госпитализировать на 1 неделю с соблюдением общего режима
- вести в режиме “дневного стационара”
- госпитализировать на 2-3 недели с соблюдением постельного режима
- наблюдать амбулаторно

В качестве этиотропной терапии при острой ревматической лихорадке необходимо использовать

- тетрациклины
- карбопенемы
- аминогликозиды
- β -лактамы

При непереносимости бензилпенициллина можно использовать препараты из группы

- макролидов
- фторхинолонов
- гликопептидов
- антрациклиновых антибиотиков

Доза бензилпенициллина при лечении острой ревматической лихорадки составляет + _____ + млн Ед

- 5-6
- 1,5-4
- 7,5-8
- 1-2

Лечение бензилпенициллином необходимо продолжать в течение + _____ + дней

- 20
- 5
- 10
- 30

В качестве вторичной профилактики у пациентки можно использовать бензатин бензилпенициллин в дозе + _____ + млн ЕД в/м 1 раз в 3 недели

- 3,2
- 4,2
- 1,8
- 2,4

Длительность вторичной профилактики для этой пациентки должна составлять не менее + _____ + лет/года

- 3,2
- 4,2
- 1,8
- 2,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились

головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся

- 3,2
- 4,2
- 1,8
- 2,4

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

- 3,2
- 4,2
- 1,8
- 2,4

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

- фибрилляцией предсердий
- трепетанием предсердий
- фибрилляцией желудочков
- желудочковой тахикардией

Основным заболеванием является

- фибрилляцией предсердий
- трепетанием предсердий
- фибрилляцией желудочков
- желудочковой тахикардией

Диагноз

Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше + _____ + мм. рт. ст.,

- 10
- 30
- 5
- 20

Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

- HAS-BLED
- GRACE
- HCM Risk-SCD
- CHA2DS2-VASc

К параметрам, учитываемым в шкале риска оценки внезапной смерти при ГКМП по Европейской модели HCM Risk-SCD, относят

- вес
- пол
- рост
- возраст

В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

- препараты I C класса
- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- препараты I B класса
- бета-блокаторы

В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

- дигоксина

- верапамила
- аллапинина
- ивабрадина

Пациенту противопоказано назначение

- амиодорона
- дилтиазема
- гипотиазида
- нитросорбида

Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациенту с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет + _____ + и более %

- 2
- 3
- 4
- 1

Переоценка риска ВСС осуществляется каждые + _____ + года/лет

- 2
- 3
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина;

* медикаментозную терапию ранее не получала.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту;

* по профессии биохимик;

- * перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет, аппендэктомия – 23 лет, грыжесечение – 55 лет;
- * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет;
- * вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;
- * беременностей 2, родов – 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;
- * регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит;

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты инструментального метода обследования

Диагнозом, который можно поставить данной больной на основании имеющихся данных, является

- 2
- 3
- 4
- 1

Диагноз

В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии

- правой коронарной
- огибающей
- диагональной
- передней нисходящей

Для обезболивания пациентке показано назначение

- нитроглицерина
- морфина
- дротаверина
- парацетамола

Морфин, разведенный физиологическим раствором как минимум в 10,0 мл
, следует вводить внутривенно дробно в дозе + _____ + мг

- 10-20
- 2-4
- 0,2-0,4
- 0,1-0,2

Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- клопидогрель
- варфарин
- дигоксин
- омепразол

С учетом планирующегося первичного чрескожного коронарного
вмешательства нагрузочная доза клопидогрела должна составлять
+ _____ + мг

- клопидогрель
- варфарин
- дигоксин
- омепразол

Пациентке показано внутривенное введение

- сульфокамфокаина
- кордиамина
- дигоксина
- атропина

При неэффективности атропина рекомендовано провести

- медикаментозную кардиоверсию
- ударно-волновую терапию
- временную электрическую кардиостимуляцию
- экстренную дефибрилляцию

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной

- показано в плановом порядке через месяц
- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано только после проведения тромболитической терапии

Пациентке показано назначение аторвастатина в дозе + ____ + мг

- показано в плановом порядке через месяц
- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано только после проведения тромболитической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели

имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимание на неоднократное повышение уровня глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает юристом в строительной компании.
- * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия.
- * Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, длительный стаж курения, умер в возрасте 68 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6.
- * Имеются поражения сетчатки глаза, ангиопатия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14 кг/м^2 .

Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются.

При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно.

Хрипы не выслушиваются. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- показано в плановом порядке через месяц
- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано только после проведения тромболитической терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- нагрузочное тестирование
- суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру
- измерение артериального давления на приеме врача и предоставление дневника АД
- 12 канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру

У данного пациента наиболее вероятен диагноз

- нагрузочное тестирование
- суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру
- измерение артериального давления на приеме врача и предоставление дневника АД
- 12 канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

- метаболический синдром
- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемия, сахарный диабет 1 типа
- ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение
- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП

Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются + _____ + мм рт.ст

- 110/90
- 120/80
- 150/80
- 100/75

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения + _____ + препарата/препаратов

- 2
- 3
- 4
- 1

Рациональной комбинаций гипотензивных препаратов у данного больного будет назначение блокатора рецептора ангиотензина и

- ингибитора АПФ
- бета-адреноблокатора
- петлевого диуретика
- антагониста кальция

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- бета-адреноблокаторы

- диуретики
- альфа-адреноблокаторы

Фармакотерапия дислипидемии у данного пациента подразумевает

- назначение статинов в высоких дозах до достижения целевого ЛНП <1,4 ммоль/л
- назначение любого класса гиполипидемических препаратов только в случае повышения показателей общего холестерина и/или триглицеридов
- назначение фибратов до достижения верхней границы референсных значений уровня общего холестерина
- назначение препаратов омега-3-полиненасыщенных жирных кислот до достижения целевого уровня триглицеридов <1,7 ммоль/л

Прием статина требует контроля

- креатинин, мочевая кислота
- ГГТП, ЩФ
- электролиты крови
- АСТ, АЛТ

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 7,0
- 6,5
- 5,5
- 8,0

Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию, визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем + _____ + недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 7,0
- 6,5
- 5,5
- 8,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа

волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- * Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни;
- * медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту;
- * по профессии бухгалтер;
- * перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет;
- * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
- * вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
- * регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторными методами обследования относят определение уровня

- 7,0
- 6,5
- 5,5
- 8,0

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются

- 7,0
- 6,5
- 5,5
- 8,0

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании имеющихся данных?

- 7,0
- 6,5
- 5,5
- 8,0

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

- парацетамола
- ибупрофена
- дротаверина
- морфина

Госпитализация пациенту

- показана в экстренном порядке
- показана в случае появления приступов «заложенности» за грудиной
- показана в плановом порядке
- не показана

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- дигоксин
- ингибиторы протонной помпы
- антиаритмические препараты 1С класса
- тикагрелор

Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять + _____ + мг

- 90
- 180
- 270
- 150

Статины необходимо назначить в + _____ + дозах независимо от уровня холестерина и при условии хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний

- НИЗКИХ
- ВЫСОКИХ
- в половинной от стартовых
- средних

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

- НИЗКИХ
- ВЫСОКИХ

- в половинной от стартовых
- средних

Характерными электрокардиографическими признаками фибрилляции предсердий являются

- наличие зубцов Р, нерегулярность ритма желудочков
- наличие зубцов Р, отсутствие волн ff, регулярность ритма желудочков
- отсутствие зубцов Р, наличие волн ff, нерегулярность ритма желудочков
- регистрация зубцов Р после желудочкового комплекса, регулярность ритма желудочков

В данной клинической ситуации необходимо выполнить

- внутривенную инфузию допамина
- немедленную электрическую кардиоверсию
- временную кардиостимуляцию
- внутривенную инфузию нитроглицерина

При выполнении электрической кардиоверсии необходимо выбрать начальную энергию электрического разряда равную + _____ + Дж (бифазный)

- внутривенную инфузию допамина
- немедленную электрическую кардиоверсию
- временную кардиостимуляцию
- внутривенную инфузию нитроглицерина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

* на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке, проходящую в покое,

* слабость, повышенную утомляемость,

* сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило,

составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, служил в армии
- * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
- * Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.
- * Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- внутривенную инфузию допамина
- немедленную электрическую кардиоверсию
- временную кардиостимуляцию
- внутривенную инфузию нитроглицерина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- внутривенную инфузию допамина
- немедленную электрическую кардиоверсию
- временную кардиостимуляцию
- внутривенную инфузию нитроглицерина

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов физикального и лабораторно-инструментального исследования больному может быть установлен клинический диагноз

- внутривенную инфузию допамина
- немедленную электрическую кардиоверсию
- временную кардиостимуляцию
- внутривенную инфузию нитроглицерина

Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больным с ХСН проводят

- радиоизотопную вентрикулографию в пробе с нитроглицерином
- спирометрию в пробе с бронходилататором
- тест 6-минутной ходьбы
- ортостатическую пробу

С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

- альдостерона
- мочевой кислоты
- гликозилированного гемоглобина
- мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

- атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда
- подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка
- фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- признаки гипертрофии левого желудочка

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков

- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- блокаторы рецепторов ангиотензина II

Начальная терапия ХСН у данного больного должна включать назначение следующих групп препаратов

- ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков
- блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии
- пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать с

- антиагрегантом
- бета-адреноблокатором
- блокатором кальциевых каналов
- блокатором рецепторов ангиотензина

Лечение бета-блокаторами следует начинать с + _____ + средней терапевтической дозы

- 1/2
- 1/6
- 1/8
- 1/4

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

- * на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- * сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- * перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугодия приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала директором фабрики до 65 лет.
- * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет.
- * Замужем. Имеет 2 взрослых детей.
- * В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы.
- * Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м². На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передне-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- антитромбоцитарные препараты (аспирин)
- короткодействующие нитраты
- неселективные бета-адреноблокаторы

При лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС + ____ + в минуту

- 70-75
- 55-60
- 35-40
- 76-90

Учитывая, что у пациентки на фоне приема метопролола не достигнуты целевые уровни АД и сохраняются признаки III ФК стенокардии, антиангинальную терапию целесообразно усилить добавлением

- триметазидина
- бета-адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью
- недигидропиридинового блокатора «медленных» кальциевых каналов
- дигидропиридинового блокатора «медленных» кальциевых каналов

Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

- антагонисты рецепторов альдостерона
- ингибиторы АПФ
- заместительную гормональную терапию
- прямые оральные антикоагулянты

Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют + _____ + ммоль/л

- менее 3,0
- менее 1,4
- более 5,0
- менее 1,0

При недостижении целевых уровней холестерина пациентам со стабильной стенокардией, получающим статины, следует добавить

- эзетимиб
- атероклефит
- никотиновую кислоту
- милдронат

Для профилактики тромбозмолических осложнений данной пациентке показано назначение

- тканевого активатора плазминогена
- блокаторов Пв-Ша-рецепторов тромбоцитов
- оральных антикоагулянтов
- двойной антитромбоцитарной терапии

С целью определения степени достижения целевых показателей гликемического контроля и стратификации риска развития осложнений СД пациентке необходимо определить уровень

- эластазы 1
- HbA 1c
- С-пептид
- панкреатической амилазы

При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

- эластазы 1
- HbA 1c
- С-пептид

- панкреатической амилазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение.

Жалобы

- * На одышку при физической нагрузке (ходьба до 50 метров) и в лежачем положении
- * На отеки ног
- * На увеличение в размере живота

Анамнез заболевания

Артериальную гипертензию отрицает. 2 года назад отметила появление одышки при физической нагрузке. Была госпитализирована в стационар. По результатам проведенных исследований был поставлен диагноз «Дилатационная кардиомиопатия».

Ухудшение состояния за последние три месяца, когда отметила усиление одышки, снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков ног, увеличение размеров живота.

За последнее время значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, усилилась одышка, появилась одышка в горизонтальном положении.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * вредные привычки отрицает
- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергических реакций не было
- * наследственный анамнез отягощен: мать умерла от внезапной сердечной смерти в 35 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 160 см, масса тела 65 кг. ИМТ: 25,4. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Вены шеи набухшие. Имеются отеки голеней и стоп. Дыхание жесткое, отмечаются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физикально отмечаются признаки асцита. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги.

Для верификации диагноза необходимо определить уровень

- эластазы 1
- НбА 1с
- С-пептид
- панкреатической амилазы

Результаты обследования

Для постановки диагноза инструментальные необходимо выполнить

- эластазы 1

- НбА 1с
- С-пептид
- панкреатической амилазы

Результаты инструментальных методов обследования

Основной причиной ухудшения состояния пациентки является

- эластазы 1
- НбА 1с
- С-пептид
- панкреатической амилазы

Диагноз

В данном случае сердечную недостаточность следует характеризовать как хроническую сердечную недостаточность + _____ + фракцией выброса левого желудочка

- с промежуточной
- с сохранной
- с нормальной
- со сниженной

Для устранения симптомов, связанных с задержкой жидкости пациентке необходимо назначение

- бета-адреномиметиков
- глюкокортикостероидов
- диуретиков
- гемодиализа

При стабильном течении заболевания, прием ингибиторов ангиотензин превращающего фермента/блокаторов рецепторов ангиотензина II у данной пациентки

- возможен, но не обязателен
- обязателен
- возможен, но не желателен
- не желателен

В данной клинической ситуации терапию периндоприлом следует начать с дозы + _____ + мг

- 7,5
- 5
- 10
- 2,5

При стабильном течении заболевания, прием бета-адреноблокаторов у данной пациентки

- возможен, но не обязателен
- возможен, но не желателен
- обязателен
- не желателен

В данной клинической ситуации терапию бисопрололом следует начать с дозы + _____ + мг

- 5
- 1,25

- 10
- 3,75

В случае сохранения симптомов сердечной недостаточности на фоне терапии ингибиторами ангиотензин превращающего фермента /блокаторами рецепторов ангиотензина II и бета-адреноблокаторами, назначение антагонистов рецепторов минералокортикоидов

- не рекомендовано
- возможно, но не желательно
- рекомендовано
- возможно, но не обязательно

Уровень калия и креатинина после начала терапии антагонистами рецепторов минералокортикоидов необходимо контролировать

- 1 раз в полгода
- каждые 12 месяцев
- 1 раз в месяц
- через 1 неделю

Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

- 1 раз в полгода
- каждые 12 месяцев
- 1 раз в месяц
- через 1 неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно

принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Лихорадку с подъемами температуры до 37,5^oС стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5^oС, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * иные хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5^oС. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO₂ — 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 1 раз в полгода
- каждые 12 месяцев
- 1 раз в месяц
- через 1 неделю

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 1 раз в полгода
- каждые 12 месяцев
- 1 раз в месяц
- через 1 неделю

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

- 1 раз в полгода
- каждые 12 месяцев
- 1 раз в месяц
- через 1 неделю

Диагноз

По течению инфекционный эндокардит у данной пациентки является

- острым
- хроническим
- подострым
- персистирующим

При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

- Рота
- Филатова-Коплика
- Джейнуэя
- Лукина-Лимбмана

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

- Филатова-Коплика
- Джейнуэя
- Рота
- Лукина-Лимбмана

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

- не дожидаясь подъема температуры тела
- в период подъема температуры тела
- дважды при подъеме и снижении температуры тела
- при снижении температуры

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, требуется междисциплинарный подход с участием «Команды эндокардита», в которую обязательно входят

кардиохирург, кардиолог, анестезиолог, клинический фармаколог, бактериолог и

- ревматолог
- инфекционист
- окулист
- рентгенолог

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает + _____ + , римфапицин и генатимицин

- ванкомицин
- цiproфлксацин
- оксациллин
- цефтриаксон

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки ванкомицином и рифампицином составит + ____ + недель (ли)

- ванкомицин
- цiproфлксацин
- оксациллин
- цефтриаксон

Дополнительная информация

На седьмые сутки пребывания в стационаре пациентка стала ощущать боль в правой подколенной области, чувство онемения в дистальных отделах правой нижней конечности. При осмотре: выраженный отек правой стопы и голени, конечность полусогнута в коленном суставе, любые активные и пассивные движения болезненны, конечность холодная на ощупь, пульсация на сосудах голени и стопы ослаблена. При осмотре правая подколенная ямка сложена, в подколенной области пальпируется образование овальной формы, плотное, пульсирующее, слабо эластичное, умеренно болезненное, не смещаемое при пальпации, размером 3,0x4,0 см. По данным ультразвукового сканирования данной области лоцирован неравномерно расширенный до 5,0 см в диаметре сосуд, в просвете пристегночные гиперэхогенные массы, при цветном картировании – турбулентный кровоток. Через несколько часов после интенсивного болевого приступа в подколенной области появилась гематома.

Данное состояние позволяет заподозрить

- тромбоз подколенной вены
- септический артрит
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

- тромбоз подколенной вены
- септический артрит
- септическую артериальную эмболию

- разрыв кисты Бейкера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

- * периодические головные боли, «стук» в висках;
- * неоднократно повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 мм рт. ст. не было.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей нет;
- * аллергический анамнез не отягощен;
- * отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 89 кг, (ИМТ 28,1 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- тромбоз подколленной вены
- септический артрит
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- тромбоз подколленной вены
- септический артрит
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента, вероятнее всего, имеется

- тромбоз подколленной вены
- септический артрит
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Диагноз

Шкалой для оценки общего сердечно-сосудистый риска является шкала

- KDIGO
- глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска
- CHA2DS2-VASc
- SCORE

В шкале SCORE не учитывается

- курение
- общий холестерин
- возраст
- употребление алкоголя

Для лечения данного больного более предпочтительны

- бета-блокаторы
- ингибиторы АПФ+антагонисты минералкортикоидных рецепторов
- ингибиторы АПФ и антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ+блокаторы рецепторов к ангиотензину

Данному пациенту с АГ и высоким риском СС рекомендуется

- назначение фибратов
- снижение потребления калорий
- назначение дапаглифлозина
- назначение статинов

Пороговым уровнем АД, измеренным в медучреждении, для постановки диагноза для артериальной гипертензии является + ____ + мм рт. ст

- $\geq 110/80$
- $\geq 130/70$
- $\geq 120/70$
- $\geq 140/90$

Антигипертензивные препараты, вызывающие кашель, являются

- тиазидоподобные диуретики
- блокаторы рецепторов ангиотензина
- ингибиторы АПФ
- антагонисты кальция

Диуретиком для возможной комбинированной терапии у данного больного является

- маннитол
- спиронолактон
- индапамид
- фуросемид

Лодыжечно-плечевой индекс определяется при

- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны
- оценке эластичности мелких артериол
- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

Больными, у которых возможно добиться нормальных значений АД путем изменения образа жизни, являются пациенты с артериальной гипертензией

- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны

- оценке эластичности мелких артериол
- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу-терапевту в поликлинику.

Жалобы

На резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Болевой синдром около получаса до контакта с врачом.

Анамнез заболевания

Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Через полчаса после прихода боль не прошла. Больной в срочном порядке в этот же день обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * курит
- * алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергических реакций не было
- * отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

Объективный статус

Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, дополнительные дыхательные шумы отсутствуют. Набухание вен шеи не наблюдается. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения. АД на обеих руках – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пациент госпитализирован по СМП с приема терапевта.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны
- оценке эластичности мелких артериол
- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны
- оценке эластичности мелких артериол

- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны
- оценке эластичности мелких артериол
- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

Диагноз

Инфаркт миокарда в данном случае следует относить к типу

- 4б
- 3
- 5
- 1

Лечением, наиболее предпочтительным для данного пациента, является

- противовоспалительная терапия
- инфузионная терапия
- реперфузионная терапия
- торакоскопия

Наиболее предпочтительным видом немедикаментозной терапии для данного пациента, если он доставлен в лечебное учреждение в течение 1 часа (менее 120 минут), является

- чрескожное коронарное вмешательство
- открытое кардиохирургическое вмешательство
- лапароскопия
- эндартерэктомия

Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты для пациента (если ему экстренно первично будет выполняться чрескожное коронарное вмешательство) составляет

- 100–150 мг per os. или 350 мг внутривенно (если per os невозможно)
- 600 мг всем пациентам
- 500 мг всем пациентам
- 150-325 мг

Анальгетиком для купирования ангинозной боли у пациента является

- промедол
- морфин
- анальгин с димедролом
- кеторолак

После успешного чрескожного коронарного вмешательства продолжение антикоагулянтной терапии данному пациенту

- рекомендуется в течение недели
- рекомендуется в течение 3 суток
- рекомендуется в течение 24 часов
- не рекомендуется

Пероральной нагрузочной дозой Клопидогреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве является + _____ + мг

- 100

- 10
- 600
- 80

Прием двойной анти тромботической терапии осуществляется в течение

- 1 месяца
- 12 месяцев
- неопределенно длительного времени (пожизненно)
- 2 месяцев

Рецидивом острого инфаркта миокарда, является событие, развившееся спустя не более чем + _____+, прошедших с момента первого инфаркта миокарда

- 1 месяца
- 12 месяцев
- неопределенно длительного времени (пожизненно)
- 2 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 56 лет, поступила в экстренном порядке в отделение интенсивной терапии.

Жалобы

На интенсивную боль за грудиной в течение двух часов, без эффекта от приёма нитроглицерина, на выраженную слабость, холодный пот.

Анамнез заболевания

Длительный анамнез артериальной гипертензии, адаптирована к давлению 150/90 мм рт. ст. Ранее, в течение года отмечала боли преимущественно в левой половине груди, при умеренной физической нагрузке. Боли купировались в покое. Ранее, за 5 месяцев до настоящей госпитализации, перенесла инсульт по ишемическому типу в бассейне левой СМА. Получает терапию: аторвастатин 40 мг, рамиприл 5 мг, индапамид 2,5 мг.

Анамнез жизни

Алкоголем не злоупотребляет, наркотические средства не употребляет, не курит.

Наличие аллергических реакций на препараты, пищевые продукты отрицает.

Наследственность отягощена со стороны матери – гипертоническая болезнь.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров естественной окраски, сухой, теплый, чистый. Видимые слизистые без катаральных явлений, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Правосторонняя гемиплегия.

Данная форма ишемической болезни сердца соответствует

- сердечной недостаточности

- инфаркту миокарда
- стенокардии напряжения
- безболевой форме ишемии миокарда

Учитывая данную клиническую картину, пациентке на догоспитальном этапе показано выполнение

- доплерографии
- магнитно-резонансной томографии миокарда
- пикфлоуметрии
- электрокардиографического исследования

Лабораторным маркером первой линии для верификации диагноза является

- аспаратаминотрансфераза
- D-димер
- лактатдегидрогеназа
- тропонин I

При наличии подъема сегмента ST в отведении II-III, aVF и высокого уровня тропонина I, пациентке показано проведение

- однофотонной эмиссионной томографии с таллием
- магнитно-резонансной томографии миокарда
- компьютерной томографии
- коронарографии

Предпочтительным артериальным доступом для выполнения коронарографии является

- бедренный
- плечевой
- подмышечный
- радиальный

Предпочтительной тактикой лечения при наличии тромботической окклюзии в среднем сегменте правой коронарной артерии является

- непрерывная внутривенная инфузия гепарина
- аорто-коронарное шунтирование правой коронарной артерии
- коронарная ангиопластика со стентированием правой коронарной артерии
- внутривенное введение блокаторов IIb-IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов

Противопоказанием системной тромболитической терапии у данной пациентки является

- ожирение II степени
- перенесенный ишемический инсульт в предыдущие 6 месяцев
- артериальная гипертензия
- дислипидемия

Перед проведением экстренной коронарной ангиопластики со стентированием данной пациентке необходимо назначить

- дабигатран 150 мг перорально, клопидогрел 75 мг перорально
- прасугрел 60 мг, перорально, эноксапарин натрия 0,2 подкожно
- ацетилсалициловую кислоту 300 мг перорально, клопидогрел 600 мг перорально
- прасугрел 30 мг, перорально, эноксапарин натрия 0,4 подкожно

После выполнения коронарной ангиопластики со стентированием коронарных артерий данной пациентке показана антитромбоцитарная терапия

- варфарином 2,5 мг, под контролем МНО
- апиксабаном 25 мг пожизненно, варфарином 2,5 мг, под контролем МНО
- клопидогрелем 75 мг пожизненно, прасугрелем 60 мг в течение 3 месяцев
- ацетилсалициловой кислотой 75-100 мг, неопределенно долго; клопидогрелем 75 мг, в течение минимум 6 месяцев

После удаления интродьюсера из лучевой артерии методом временного гемостаза является

- наложение асептической повязки с гемостатической губкой
- компрессионная манжета
- ушивание места пункции лучевой артерии хирургическим путем
- закрытие места пункции устройством «angioseal»

Рекомендованное время экспозиции данного метода гемостаза при пункции лучевой артерии составляет не более + _____ + часов

- 8-10
- 12-14
- 48
- 2

Для оценки риска развития контраст-индуцированной нефропатии у пациентки необходимо оценить уровень

- 8-10
- 12-14
- 48
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 50 лет, госпитализирован в стационар в плановом порядке.

Жалобы

На давящие боли в грудной клетке при прохождении менее 2-3 кварталов по ровной местности, проходящую в покое.

Анамнез заболевания

Длительный анамнез артериальной гипертензии, адаптирован к давлению 160/80 мм рт. ст. Возникновение болевого синдрома при физической нагрузке отмечает на протяжении последнего года. Боли купируются в покое, либо после приема изосорбида динитрата (нитроспрей 0,2 мг). С данными жалобами ранее обращался к терапевту. Назначена терапия: Ацетилсалициловая кислота 75 мг; Аторвастатин 20 мг. Назначенную терапию не принимал.

Анамнез жизни

- * Алкоголем не злоупотребляет
- * Наркотические средства не употребляет
- * Стаж курения 20 лет, в настоящее время не курит
- * Наличие аллергических реакций на препараты, пищевые продукты отрицает
- * Семейный анамнез не отягощен

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров

естественной окраски, сухой, теплый, чистый. Видимые слизистые без катаральных явлений, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в мин, АД 147/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный

Согласно клиническим данным данная форма ишемической болезни сердца соответствует

- стенокардии напряжения
- острому инфаркту миокарда неуточненному
- нестабильной стенокардии
- повторному инфаркту миокарда неуточненной локализации

По классификации Канадской ассоциации кардиологов функциональный класс стенокардии у данного пациента соответствует + _____ + функциональному классу

- II
- I
- III
- IV

Для верификации ишемии миокарда данному пациенту показан такой неинвазивный метод исследования, как

- эхокардиография
- тредмил-тест
- суточное мониторирование артериального давления
- суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ

Дополнительным неинвазивным методом верификации ишемии миокарда у данного пациента является

- магнитно-резонансная томография миокарда
- стресс-эхокардиография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенография органов грудной клетки

Показанием для проведения коронарографии является

- наличие в анамнезе ишемической болезни сердца на фоне отсутствия медикаментозной терапии
- показатель фракции выброса левого желудочка менее 60%, по данным трансторакального ЭхоКГ
- положительный тредмил-тест
- болевой синдром без связи с физической нагрузкой

Предпочтительным доступом при выполнении коронарографии является

- радиальный
- подмышечный
- плечевой
- бедренный

Планируемой тактикой хирургического лечения у пациента со стенозом только в средней трети передней межжелудочковой артерии до 80% является

- коронарное шунтирование
- трансплантация сердца
- баллонная ангиопластика

- эндоваскулярное лечение

Предпочтительным методом лечения данного пациента является коронарная ангиопластика со стентированием

- проксимальной трети передней межжелудочковой артерии с использованием голометаллического стента
- ствола левой коронарной артерии с использованием стента с лекарственным покрытием
- дистальной трети передней межжелудочковой артерии с использованием биорезорбируемых коронарных стентов
- средней трети передней межжелудочковой артерии с использованием стента с лекарственным покрытием

Перед проведением плановой коронарной ангиопластики со стентированием данному пациенту необходимо назначить

- ривароксабан 20 мг перорально, эноксапарин из расчёта 1 мг/кг
- ацетилсалициловую кислоту 300 мг перорально, клопидогрел 600 мг перорально
- эноксапарин из расчёта 1 мг/кг, курантил 25 мл перорально
- тикагрелор 90 мг перорально, гепарин 2000 ЕД

После выполнения коронарной ангиопластики со стентированием коронарных артерий данному пациенту показана антитромбоцитарная терапия

- тикагрелором 180 мг, курантилом 25 мл
- прасугрелем 60 мг, курантилом 25 мл
- ацетилсалициловой кислотой 100 мг, клопидогрелем 75 мг
- ривароксабаном 20 мг, эноксапарином из расчёта 1 мг/кг

Наиболее частым осложнением, встречающимся при успешном вмешательстве на магистральном сосуде, является

- тампонада сердца
- окклюзия боковой ветви
- тромбоэмболия артерий головного мозга
- массивная воздушная эмболия коронарных артерий

При возникновении перфорации коронарной артерии внутривенно введенный гепарин должен быть инактивирован путем введения

- тампонада сердца
- окклюзия боковой ветви
- тромбоэмболия артерий головного мозга
- массивная воздушная эмболия коронарных артерий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке и в покое, отеки нижних конечностей до уровня колен.

Анамнез заболевания

С 40 лет регистрировал подъёмы АД максимально до 180/100 мм рт. ст., не обследовался, лечился. Три года тому назад в возрасте 45 лет, впервые отметил появление одышки при физической нагрузке, отеков нижних конечностей.

Спустя год находился на стационарном лечении по месту жительства. По данным ЭхоКГ ФВ=53 %, зон нарушения локальной сократимости не выявлено. В это же время был впервые выявлен сахарный диабет 2 типа. Принимает метформин 850 мг 2 раза в сутки. При самоконтроле гликемии уровень глюкозы натощак составляет 7,0 ммоль/л.

Два года назад – в возрасте 46 лет, после психоэмоционального перенапряжения отметил появление боли за грудиной жгучего характера, болевой синдром купировался самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. На следующий день, болевой синдром возобновился, вызвал БСМП, был госпитализирован в стационар по месту жительства. +

По данным проведенного ЭхоКГ: ЛП 4,7 см, КДР 6,3 см, КСР 4,7 см, ФВ 49%, ТМЖП 1,1 см, ТЗСЛЖ 1,2 см, гипокинез базального нижнего, нижнеперегородочного сегментов. В стационаре проведена нагрузочная проба, проба не доведена до субмаксимальных значений, в ходе проведения пробы жалоб ангинозного характера не предъявлял, на ЭКГ без отрицательной динамики. Выписан с диагнозом постинфарктный кардиосклероз, коронароангиография не проводилась. С момента последней госпитализации в течение года чувствовал себя удовлетворительно. Две недели тому назад, после психоэмоционального перенапряжения отметил появление учащенного неритмичного сердцебиения. В поликлинике по месту жительства на ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Восстановление ритма не проводилось. С данного времени отмечает значительное усиление одышки при минимальной физической нагрузке и в покое, появление отеков ног до средней трети голени. В поликлинике по месту жительства был назначен торасемид 10 мг/сут, эспиро 50 мг/сут, учитывая выявленное нарушение ритма сердца к терапии добавлен эликвис 10 мг/сут, дигоксин по ½ таблетки 5 раз в неделю с перерывом на выходные. На фоне коррекции терапии отмечает сохранение вышеуказанных жалоб, госпитализирован в стационар для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

- * рос и развивался соответственно полу и возрасту.
- * курил в течение 26 лет по 1 пачке в день (ИКЧ 26 пачка/лет), не курит на протяжении последних 5 лет, алкоголь употребляет умеренно.
- * профессия: водитель.
- * аллергологический анамнез не отягощен.
- * семейный анамнез: мать умерла в возрасте 76 лет - ОНМК, отец умер в 60 лет - инфаркт миокарда.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, стабильное, обусловлено вышеописанными жалобами. Сознание ясное. Состояние психики не изменено. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 204 см. Вес 144 кг. ИМТ 34,6 кг/м². Температура тела 36,7°C. Кожный покров нормальной окраски, нормальной влажности, чистый. Отеки до уровня колен, напряженные. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах ниже угла лопаток, преимущественно слева, в нижних отделах обоих легких выслушиваются влажные хрипы ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 90-130 ударов в минуту. Шумы сердца не выслушиваются. Артериальное давление на правой верхней

конечности: 150/100 мм рт. ст., артериальное давление на левой верхней конечности: 150/100 мм рт. ст. Осмотр живота: обычной формы, увеличен за счет чрезмерно развитой подкожно жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Язык влажный, чистый. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, при пальпации край мягкий, безболезненный. Стул: 1 раз в день, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Сознание ясное. Доступен продуктивному контакту, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Речь не нарушена. Память не снижена.

При подозрении на наличие у пациента хронической сердечной недостаточности в план его обследования необходимо включить

- тампонада сердца
- окклюзия боковой ветви
- тромбоэмболия артерий головного мозга
- массивная воздушная эмболия коронарных артерий

Результаты обследования

Для верификации диагноза хронической сердечной недостаточности в рамках инструментальной диагностики пациенту показано проведение

- тампонада сердца
- окклюзия боковой ветви
- тромбоэмболия артерий головного мозга
- массивная воздушная эмболия коронарных артерий

Результаты инструментальной диагностики

При ЭХОКГ ФВ ЛЖ составила 35%, что соответствует ХСН с + _____ + фракцией выброса

- сохраненной
- промежуточной
- неизменной
- низкой

На основании проведённого обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

- сохраненной
- промежуточной
- неизменной
- низкой

Диагноз

В связи с наличием декомпенсации имеющейся ХСН на фоне тахисистолической фибрилляции предсердий пациенту показана

- экстренная электрическая кардиоверсия
- терапия бета-адреноблокаторами
- медикаментозная кардиоверсия амиодароном
- катетерная абляция АВ-узла

На основании клинических рекомендаций препаратом выбора для контроля ЧСС на фоне фибрилляции предсердий у данного пациента может являться

- бисопролол
- лабетолол
- прокаинамид
- пропafenон

В случае недостаточной эффективности бисопролола в отношении контроля ЧСС пациенту целесообразно добавление

- дигоксина
- дилтиазема
- ивабрадина
- верапамила

Наличие ХСН требует назначения комбинации

- ингибитора АПФ, бета-адреноблокатора, антагониста кальция дигидропиридинового
- ингибитора АПФ, бета-адреноблокатора, антагониста минералокортикоидных рецепторов
- ингибитора АПФ, бета-адреноблокатора, блокатора рецепторов ангиотензина II
- ингибитора АПФ, антагониста кальция недигидропиридинового, антагониста минералокортикоидных рецепторов

После начала терапии эналаприлом у пациента развился ангионевротический отёк. В связи с развитием ангионевротического отёка, препарат следует заменить на

- дигоксин
- дилтиазем
- ивабрадин
- кандесартан

В дополнении к проводимой терапии с целью устранения симптомов ХСН пациенту показано назначение

- никетамида (кордиамина)
- эуфиллина
- ацетилсалициловой кислоты
- фуросемида

После достижения стабилизации гемодинамики пациенту целесообразно заменить кандесартан на

- валсартан+сакубитрил
- фозиноприл+гидрохлортиазид
- лозартан+гидрохлортиазид
- периндоприл+индапамид

Пациентам, страдающим ХСН, показано избегать назначения

- валсартан+сакубитрил
- фозиноприл+гидрохлортиазид
- лозартан+гидрохлортиазид
- периндоприл+индапамид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н, 59 лет, поступил в терапевтическое отделение городской больницы с поликлинического приёма.

Жалобы

- * на одышку, возникающую при ходьбе в пределах квартиры;
- * на симметричные отеки голеней и стоп;
- * на невозможность спать, лежа на спине с низким головным концом из-за возникающей одышки, уменьшающейся и проходящей в положении сидя;
- * на повышение АД до 170/100 мм рт. ст, сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Примерно с 40-летнего возраста пациент страдает АГ. В 48 лет был диагностирован сахарный диабет II типа. В 52 года в связи с впервые возникшим приступом за грудиной болей бригадой скорой медицинской помощи был госпитализирован в больницу, где диагностирован инфаркт миокарда. В дальнейшем регулярно наблюдался у кардиолога по месту жительства, после последнего визита к которому 5 месяцев тому, назад регулярно принимает метформин 1000 мг/сут, эналаприл 15 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут и аспирин 100 мг/сут. 2 месяца тому назад пациент «простыл» в электричке по дороге домой с дачи, после чего появились симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле, которые прошли самостоятельно через 10 дней. Однако во время болезни пациент начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке, которая после выздоровления от ОРВИ не только не исчезла, но и продолжала постепенно прогрессировать. 3 недели тому назад больной отметил появление отёков на ногах и периодически возникающие эпизоды головной боли и лёгкого головокружения во время которых регистрировалось повышенное АД, максимально до 170/100 мм рт. ст., несмотря на регулярный приём прописанных лекарственных препаратов. В связи с ухудшением состояния пациент пришел на прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение стационара.

Анамнез жизни

Профессиональная деятельность в течение жизни: слесарь-монтажник. На протяжении последнего года пациент не работает в связи с получением 2 группы инвалидности (бессрочно) по общему заболеванию.

Перенесенные заболевания – пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь.

Семейный анамнез – мать 83 года, страдает гипертонической болезнью.

Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, вес 76 кг. ИМТ 27,9кг/м².

Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, увеличивающиеся по утрам, со слов больного. Симметричные периферические отеки на обеих ногах до уровня средней трети голеней. При сравнительной перкуссии грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются рассеянные влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 60 уд. в мин., пульс – 60 уд. в мин., дефицита пульса нет. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В план обследования пациента следует включить

- валсартан+сакубитрил
- фозиноприл+гидрохлортиазид
- лозартан+гидрохлортиазид
- периндоприл+индапамид

Результаты обследования

В план инструментальной диагностики пациента следует включить

- валсартан+сакубитрил
- фозиноприл+гидрохлортиазид
- лозартан+гидрохлортиазид
- периндоприл+индапамид

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования основной диагноз пациенту следует сформулировать как

- валсартан+сакубитрил
- фозиноприл+гидрохлортиазид
- лозартан+гидрохлортиазид
- периндоприл+индапамид

Диагноз

Диагностированную у пациента ХСН следует классифицировать как ХСН с

+ _____ + ФВ

- промежуточной
- сохраненной
- низкой
- повышенной

Выявленная у пациента ХСН соответствует + _____ +

функциональному классу (ФК)

- промежуточной
- сохраненной
- низкой
- повышенной

Дополнительная информация

Учитывая, что креатинин сыворотки при поступлении составил 128 мкмоль/л, рСКФ (ЕРІ)=52 мл/мин/1,73 м². Из анамнеза удалось уточнить, что 5 месяцев тому назад, когда пациент был на последнем визите у кардиолога, уровень креатинина составил 87 мкмоль/л, что соответствовало рСКФ (ЕРІ) = 84 мл/мин/1,73 м².

Выявленное снижение рСКФ следует трактовать как

- острое повреждение почек
- острая почечная недостаточность
- хроническая болезнь почек
- хроническая почечная недостаточность

Наиболее вероятной причиной развития острой болезни почек у пациента является

- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- хроническая болезнь почек
- сердечная недостаточность

Немедикаментозное лечение должно включать ограничение потребления натрия не более + _____ + г в сутки

- 1
- 5
- 3
- 7

Пациенту показано мониторирование в крови уровня

- магния
- калия
- кальция
- йода

Показанием для начала заместительной почечной терапии пациенту может стать калий крови > + _____ + ммоль/л

- 5,5
- 6,0
- 5,0
- 6,5

3 стадия острого повреждения почек диагностируется при уровне креатинина ≥ + _____ + мкмоль/л

- 253,6
- 453,6
- 353,6
- 153,6

При развитии гиперкалиемии в больных с острым повреждением почек для стабилизации мембран кардиомиоцитов используется

- 253,6
- 453,6
- 353,6
- 153,6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 73-х лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту поликлиники по месту проживания, которым была направлена в экстренном порядке на госпитализацию в терапевтический стационар с диагнозом нестабильная стенокардия (?).

Жалобы

Пациентка предъявляет жалобы на одышку и давящие боли за грудиной, иррадиирующие под левую лопатку, возникающие при спокойной ходьбе в пределах квартиры, купирующиеся через 1-3 минуты после приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания

С 40-летнего возраста страдает АГ. В 60 лет был диагностирован сахарный диабет II типа, в связи с чем регулярно принимает метрофмин 1000 мг/сут. Два года тому назад в связи с приступом интенсивных болей за грудиной бригадой скорой медицинской помощи была госпитализирована в сосудистый центр, где диагностирован инфаркт миокарда, проведено ЧКВ с имплантацией стента в ПМЖВ. Через 2 месяца после выписки из стационара пациентку начали беспокоить давящие боли за грудиной, иррадиирующие под левую лопатку, в связи с чем была вновь госпитализирована в стационар с диагнозом «нестабильная стенокардия», проведено КАГ с последующим ЧКВ по поводу рестеноза ПМЖВ. После выписки из стационара на протяжении последних 6 месяцев постоянно принимает метформин 500 мг 2 р/сут, аторвастатин 20 мг/сут, ацетилсалициловую к-ту 100 мг/сут, метопролола тартрат 25 мг утром, лизиноприл 10 мг/сут, брилинту 90 мг 2 раза в сутки, на фоне чего состояние оставалось относительно удовлетворительным вплоть до последней недели. На протяжении последней недели стала отмечать ухудшение состояния в виде усиления одышки, учащения ангинозных болей, снижения толерантности к физической нагрузке, в связи с чем обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Перенесенные и сопутствующие заболевания – ОРВИ 2-3 раза в год, остеоартроз коленных суставов II рентгенологической стадии. Вредные привычки отрицает. Аллергических реакций не отмечалось. Переливаний крови не было. Работала бухгалтером, в настоящее время пенсионерка.

Объективный статус

Рост 160 см, вес 80 кг, ИМТ 31,25 кг/м². Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=Пульс=65 уд/мин, АД 150/80 мм рт. ст. При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание над всеми отделами, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отёков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Лабораторное обследование, необходимое пациентке должно включать исследование в крови

- 253,6
- 453,6
- 353,6
- 153,6

Результаты обследования

Инструментальные методы обследования, проведение которых показано пациентке должны включать

- 253,6
- 453,6
- 353,6
- 153,6

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования основной диагноз, который послужил поводом для обращения за медицинской помощью, пациентке следует сформулировать как

- 253,6
- 453,6
- 353,6
- 153,6

Диагноз

Для диагностики сердечной недостаточности данной пациентке

- следует провести исследование NT-proBNP
- дополнительного обследования не требуется
- нужно назначить МРТ сердца
- требуется проведение тканевой доплерографии

На основании результатов проведённого обследования пациентке следует диагностировать наличие

- хронической сердечной недостаточности с промежуточной ФВ
- острой сердечной недостаточности
- хронической сердечной недостаточности с сохранённой ФВ
- хронической сердечной недостаточности с низкой ФВ

Расчитанный для пациентки риск по шкале GRACE=109 баллов. Выбрана инвазивная тактика дальнейшего ведения пациентки. Проведение коронароангиографии для данной больной может быть отсрочено на + _____ + часа/часов

- 36
- 72
- 24
- 2

В качестве профилактики острого повреждения почек вследствие запланированной коронароангиографии пациентке следует

- заменить аторвастатин на розувастатин
- назначить вместо метопролола тартрата метопролола сукцинат
- удвоить дозу лизиноприла
- отменить метформин

На третьи сутки нахождения пациентки в стационаре её состояние было стабильным, в связи с чем была проведена коронароангиография, которая выявила многососудистое поражение коронарных артерий. В качестве

оптимальной дальнейшей тактики ведения пациентки следует выбрать проведение

- баллонной ангиопластики
- баллонной ангиопластики + стентирования коронарных артерий
- стентирования коронарных артерий
- коронарного шунтирования

Целевые значения ХС-ЛПНП на фоне терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы для данной пациентки должны быть менее + _____ + ммоль/л

- 2,6
- 1,8
- 3,0
- 1,4

Среди бета-адреноблокаторов для назначения данной пациентке предпочтение следует отдать

- карведилолу
- ацебуталолу
- небивололу
- метопролола тартрату

Рецидивом инфаркта миокарда считается инфаркт миокарда, развившийся в течение + _____ + суток после предшествующего

- 48
- 36
- 28
- 72

Инфаркт миокарда, развившийся вследствие анемии следует классифицировать как инфаркт миокарда + _____ + типа

- 48
- 36
- 28
- 72

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет, преподаватель ВУЗа, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На общую слабость и несвойственную ранее быструю утомляемость при физической нагрузке, что проявляется в снижении темпа ходьбы и необходимости останавливаться для отдыха.

Анамнез заболевания

Впервые в возрасте 25 лет при «случайном» измерении было зарегистрировано его повышение до 160/90 мм рт. ст., которое пациент субъективно не ощущал. В дальнейшем повышение АД отмечалось неоднократно, поэтому он решил, что это его «индивидуальная норма» и к врачам на протяжении многих лет не обращался. Примерно с 40-летнего возраста в периоды повышенной психо-

эмоциональной нагрузки больной стал отмечать появление головной боли, позже он отметил, что в это время АД бывает 180/100 мм рт. ст. и выше, в связи с чем по совету знакомых стал принимать коринфар по 1 таблетке сублингвально с эффектом: АД снижалось и головная боль проходила. 4 месяца тому назад переболел COVID-19, доказанной методом ПЦР, в связи с чем был направлен на КТВР лёгких и спирометрию, оба исследования не выявили никаких отклонений от нормы. В связи с тем, что в последнее время приступы головных болей, сопровождавшиеся повышением АД участились и в течение последнего года стали появляться практически каждую неделю, пациент обратился к врачу.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался здоровым ребенком.

Курит с 20 лет, в настоящее время в среднем по 3 сигареты в день. Алкоголь употребляет эпизодически, запоев нет.

Диету не соблюдает, предпочитает подсаливать пищу.

Отец умер в возрасте 40 лет от инфаркта миокарда. Матери 70 лет, с 45 лет страдает артериальной гипертензией.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 16 лет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг, ИМТ = 24 кг/м^2 . Кожные покровы бледно-розового цвета, нормальной влажности, тургор сохранён. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. определяется лёгкая пастозность голеней. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет ни при обычном, ни при форсированном выдохе, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=пульс=90 ударов в минуту, АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

В план лабораторной диагностики пациента следует включить

- 48
- 36
- 28
- 72

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациента должно включать

- 48
- 36
- 28
- 72

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациенту следует диагностировать

- 48
- 36

- 28
- 72

Диагноз

Хроническая сердечная недостаточность, диагностированная у пациента, должна быть классифицирована как ХСН с + _____ + ФВ

- промежуточной
- низкой
- умеренно сниженной
- сохранённой

В ходе проведения теста шестиминутной ходьбы было установлено, что пациент преодолевает расстояние 400 метров, что соответствует _____ функциональному классу ХСН

- I
- II
- IV
- III

Принимая во внимание наличие у пациента АГ в качестве антигипертензивной терапии предпочтение следует отдать

- энalapрилу
- дилтиазему
- амлодипину
- моксонидину

Среди бета-адреноблокаторов предпочтение следует отдавать назначению

- ацебуталола
- соталола
- биспролола
- атенолола

При назначении эплеренона в комбинации с энalapрилом и биспрололом у пациента следует тщательно контролировать уровень

- калия
- кальция
- магния
- натрия

При сохраняющихся симптомах ХСН на фоне проводимого лечения энalapрилом, биспрололом и эплереноном на следующем этапе эскалации терапии следует рассмотреть добавление к ним

- панангина
- дапаглифлозина
- ранолазина
- добутамина

При наличии определённых показаний пациентам, страдающим ХСН следует избегать назначение

- апиксабана
- фуросемида
- амиодарона
- вольтарена

При развитии у больного ХСН фибрилляции предсердий препаратом выбора для проведения медикаментозной кардиоверсии является

- амиодарон
- карведилол
- дронедазон
- пропранолон

Для контроля ЧСС у пациентов с ФП и ХСН, находящихся в состоянии эуволемии, в качестве терапии первой линии следует использовать

- амиодарон
- карведилол
- дронедазон
- пропранолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 23 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение городской больницы.

Жалобы

На общую слабость, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке. Кроме всего вышеперечисленного пациентка отмечает чрезмерное выпадение волос на голове и повышенную потливость и подкашливание.

Анамнез заболевания

Клиника заболевания развилась 6 лет назад, когда после простуды появились сердцебиение, потливость, одышка при небольшой физической нагрузке. За 4 недели похудела на 15 кг. При обращении к врачу обнаружено увеличение щитовидной железы и повышение Т3св. и Т4св., был установлен диагноз «Диффузно-токсический зоб», назначен тиамазол в дозе 40 мг в сутки, на фоне которого самочувствие улучшилось через 4 месяца и еще через 2 месяца пациентка самостоятельно отменила лечение. Через некоторое время тиамазол был отменен. Несколько лет за медицинской помощью не обращалась, тиреоидные гормоны не контролировала, при этом самочувствие пациентку устраивало.

Ухудшение самочувствия 2 месяца назад, когда вновь после простудного заболевания отметила ухудшение состояния: появилась одышка при физической нагрузке, учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца, подкашливание,

Анамнез жизни

Росла в детском доме.

Образование средне специальное, не работает, жилплощади нет, документы утеряны.

Гинекологический анамнез: Мenses с 15 лет, нерегулярные.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 15 лет, алкоголь употребляет в среднем 1 раз в неделю.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Повышенного питания, рост 162 см, вес 58 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы бледные, влажные, горячие. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Волосы редкие, тонкие.

Истончение ногтей. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет,

частота дыханий – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, неритмичные, ЧСС=110-120 уд/мин. Дефицит пульса 10-20 уд в мин. Артериальное давление 110/70 мм

рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края

рёберной дуги. При пальпации щитовидная железа плотная, безболезненная,

подвижная, диффузно увеличена до II степени (по ВОЗ). Шейные и

надключичные лимфатические узлы не увеличены. Легкий тремор пальцев рук.

Определяются положительные симптомы Далримпля, Греффе, Брауна.

Выявленный у пациентки зоб соответствует + _____ + степени по классификации ВОЗ

- 3
- 0
- 1
- 2

Лабораторное обследование, необходимое пациентке должно включать

- 3
- 0
- 1
- 2

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациентки необходимо включить

- 3
- 0
- 1
- 2

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует диагностировать

- 3
- 0
- 1
- 2

Диагноз

Изображение 1

При госпитализации пациентке было проведено электрокардиографическое исследование (изображение 1), по результатам которого следует сделать заключение о наличии у больной

- трепетания предсердий
- фибрилляции предсердий
- частой суправентрикулярной экстрасистолии
- синусовой тахикардии

Функциональное состояние щитовидной железы соответствует синдрому

- осложнённого тиреотоксикоза
- манифестного тиреотоксикоза
- субклинического тиреотоксикоза
- манифестного гипотиреоза

В связи с выявленной у пациентки фибрилляции предсердий ей показано

- проведение медикаментозной кардиоверсии
- проведение электрической кардиоверсии
- назначение сердечных гликозидов
- назначение бета-адреноблокаторов

В связи с большим объемом щитовидной железы и невысокой приверженностью больной к лечению принято решение об оперативном лечении болезни Грейвса. Перед оперативным лечением пациентке показано

- нормализовать уровень тиреоидных гормонов
- провести курс терапии глюкокортикостероидами
- назначить амиодарон
- снизить уровень витамина D в сыворотке

С целью нормализации уровня тиреоидных гормонов пациентке показано назначение

- тиамазола
- левотироксина натрия
- йодида калия
- радиойодтерапии

При невозможности назначения бета-адреноблокаторов больным с тиреотоксикозом и фибрилляцией предсердий с целью контроля частоты желудочкового ответа, показано назначение

- верапамила
- ивабрадина
- амлодипина
- дигоксина

Фибрилляция предсердий классифицируется как пароксизмальная, если её продолжительность не превышает + ____ + суток

- 2
- 7
- 30
- 14

Для оценки симптомов фибрилляции предсердий следует использовать шкалу

- 2
- 7

- 30
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В терапевтическое отделение поступила пациентка К., 62 лет.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, быструю утомляемость, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

С 45 летнего возраста отмечает повышение АД до 160/100 мм рт. ст., на фоне которого пациента не ощущала физического дискомфорта и поэтому не лечилась. В возрасте 57 лет был диагностирован рак молочной железы, выполнена тотальная мастэктомия с последующими 3 курсами химиотерапии. Через 1,5 года в ходе планового обследования были выявлены метастазы в органы малого таза. Проведена экстирпация матки с придатками и 6 курсов полихимиотерапии. По результатам обследования достигнута ремиссия. Через 1 месяц после завершения курса химиотерапии пациентка отметила появление одышки при физической нагрузке и симметричных отеков нижних конечностей. На протяжении последующих 3 лет пациентка неоднократно обращалась к кардиологу по поводу вышеуказанных жалоб, принимала назначенные врачом препараты: фуросемид 40 мг через день, лозап 100 мг/сут и конкор 5 мг/сут с эффектом. В течение последнего месяца отмечается прогрессирование одышки, которая стала возникать при минимальных физических нагрузках и в покое, нарастание отеков нижних конечностей до уровня голеней. В связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Проживает в деревне. Пенсионер, работала смотрителем железнодорожной станции. Со слов, в районе проживания ранее осуществлялось захоронение радиоактивных отходов.

* Вредные привычки: стаж курения 40 лет по 10 сигарет в день.

* Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, экстирпация матки с придатками в 59 лет.

* Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии умерли от рака молочной железы.

* Хронические заболевания: хронический бронхит

* Хирургические операции: аппендэктомия, мастэктомия, экстирпация матки с придатками.

* Аллергический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Состояние психики: не изменено. Телосложение: гиперстеническое. Рост: 170 см. Вес: 90 кг. ИМТ: 31 кг/м². Температура тела: 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не

увеличены. Отеки нижних конечностей до уровня голеней.

Аускультация легких: жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы на фоне ослабленного дыхания в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 19 в минуту. SpO₂ ~96%.

Пульс на лучевых артериях: наполнение удовлетворительное. Пульсация на артериях нижних конечностей симметричная, сохранена. Артериальное давление на обеих руках: 135/90 мм рт. ст. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в минуту. Шумы сердца: систолический шум в точках выслушивания митрального и трикуспидального клапанов.

Осмотр живота: увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень увеличена, выступает на 2 см ниже реберной дуги.

Деятельность кишечника: регулярная, стул: 1 раз в сутки.

Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

В план лабораторного обследования пациентки следует включить

- 2
- 7
- 30
- 14

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

- 2
- 7
- 30
- 14

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациентке следует диагностировать

- 2
- 7
- 30
- 14

Диагноз

Диагностированную у пациентки хроническую сердечную недостаточность следует классифицировать как ХСН с _____ + фракцией выброса (ФВ)

- низкой
- восстановленной
- промежуточной
- сохраненной

У пациентки имеет место хроническая сердечная недостаточность + _____ + стадии, + _____ + функционального класса

- IIБ; II
- IIБ; IV

- ПА; IV
- ПА; II

Для блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы пациентке показано назначение комбинации валсартан и

- лизиноприл
- лозартан
- сакубитрил
- алискирен

Пациентка до поступления в стационар принимала 5 мг конкора в сутки. В связи с установленным диагнозом ХСН после компенсации состояния ей показано

- увеличить дозу конкора до 10 мг в сутки
- уменьшить дозу конкора до 2,5 мг в сутки
- заменить конкор на атенолол
- отказаться от дальнейшей терапии конкором

К проводимой терапии ХСН пациентке показано добавить

- гидрохлортиазид
- спиронолактон
- триамтерен
- амилорид

Для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций пациентке показано назначение гипогликемического препарата

- метформина
- лираглутида
- вилдаглиптина
- дапаглифлозина

Частым побочным действием при применении антагонистов альдостерона в комбинации с ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II является

- гипергликемия
- гипокалиемия
- гипонатриемия
- гиперкалиемия

Пациентам страдающим ХСН следует избегать назначение

- ивабрадина
- верапамила
- бисопролола
- амлодипина

Пациентам с симптомной ХСН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS ≥ 150 мс, блокадой ЛНПГ и ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию с целью уменьшения симптомов, снижения заболеваемости и смертности рекомендована

- ивабрадина
- верапамила
- бисопролола
- амлодипина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В районной поликлинике к врачу общей практики обратилась пациентка К., 66 лет.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке и иногда в покое (лежа на спине), быструю утомляемость, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

С 35 лет при диспансерном наблюдении отмечалось периодическое бессимптомное повышение АД, коррекция которого не проводилась. В возрасте 47 лет был диагностирован рак молочной железы, выполнена тотальная мастэктомия с последующими курсами лучевой и химиотерапии. Через 3 года в ходе планового обследования были обнаружены метастазы в органы малого таза. Проведена экстирпация матки с придатками и 6 курсов полихимиотерапии, на фоне которых была достигнута ремиссия заболевания. Через 1,5-2 месяца после завершения терапии пациентка стала замечать появление одышки при физических нагрузках и периодически возникающую отечность лодыжек к вечеру. На протяжении последующих 10 лет отмечалось постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам пациентка неоднократно обращалась к кардиологу по поводу вышеуказанных жалоб, периодически принимала назначенные эналаприл 5 мг/сут и лазикс 40 мг 1-2 раза в неделю, на фоне чего отмечалось исчезновение отеков. В течение последнего месяца больную беспокоит явное ухудшение самочувствия, которое выражается в снижении толерантности к физической нагрузке - отмечается прогрессирование одышки вплоть до одышки при минимальных физических нагрузках и в покое, нарастание отеков нижних конечностей до уровня голеней. Обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

- * Образование среднее специальное
- * Профессиональная деятельность в течение жизни – специалист ОТК.
- * Вредные привычки: курит с 25 лет по 5-6 сигарет в сутки.
- * Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, искусственная менопауза с 47 лет.
- * Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии умерли от рака молочной железы.
- * Хронические заболевания: хронический бронхит
- * Хирургические операции: аппендэктомия, мастэктомия, экстирпация матки с придатками.
- * Аллергический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Состояние психики: не изменено. Телосложение: гиперстеническое. Рост: 170 см. Вес: 90 кг. ИМТ: 31 кг/м². Температура тела: 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. Периферические отеки нижних конечностей до уровня голеней.

Аускультация легких: влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом

количестве в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 17 в минуту. SpO₂ ~96%. Пульс на лучевых артериях наполнение: удовлетворительное. Пульсация на артериях нижних конечностей симметричная, сохранена. Артериальное давление на обеих руках: 160/105 мм рт. ст. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в минуту. Шумы сердца: систолический шум в точках выслушивания митрального и трикуспидального клапанов.

Осмотр живота: увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Стул: 1 раз в день.

Симптом поколачивания отрицательный. Мочевыделение: не нарушено.

В связи с подозрением на развитие у пациентки хронической сердечной недостаточности (для её исключения/подтверждения) показано исследование в крови уровня

- неприлизина
- альдостерона
- ренина
- NT-proBNP

В связи с полученным анализом NT-proBNP=650 пг/мл (норма <125 пг/мл) в дальнейшее обследование пациентки необходимо включить проведение

- неприлизина
- альдостерона
- ренина
- NT-proBNP

Результаты обследования

В план инструментального обследования необходимо включить проведение

- неприлизина
- альдостерона
- ренина
- NT-proBNP

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациентке следует диагностировать

- неприлизина
- альдостерона
- ренина
- NT-proBNP

Диагноз

В зависимости от фракции выброса левого желудочка у пациентки хроническая сердечная недостаточность с + _____ + фракцией выброса

- сохраненной
- промежуточной
- восстановленной
- низкой

Хроническая сердечная недостаточность, выявленная у пациентки, соответствует + _____ + стадии

- ПА, II
- ПБ
- ПА, IV
- ПБ, II

Состояние пациентки соответствует + _____ + функциональному классу хронической сердечной недостаточности

- ПА, IV
- ПА, II
- ПБ, II
- IV

Пациентке показано назначение валсартана/сакубитрила в дозе 24/26 мг 2 раза в сутки. Препарат может быть назначен через + _____ + часа/часов после отмены эналаприла

- 12
- 24
- 6
- 36

В качестве бета-адреноблокатора пациентке показано назначение

- метопролола сукцината
- ацебуталола
- метопролола тартрата
- соталола

Пациентке был назначен эплеренон, целевая доза которого для неё должна составлять + _____ + мг в сутки

- 75
- 50
- 100
- 25

Сочетание в терапии пациентки валсартана и эплеренона требует контроля за уровнем + _____ + в крови

- натрия
- калия
- глюкозы
- кальция

Назначение ивабрадина при хронической сердечной недостаточности противопоказано при

- суправентрикулярной экстрасистолии
- полной блокаде левой ножки пучка Гиса
- фибрилляции предсердий
- гипертрофии левого желудочка ≥ 14 мм