



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология
Квалификация (специальность)	врач - кардиолог
Форма обучения	очная

Разработчик: кафедра госпитальной терапии с курсом МСЭ

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Сергей Степанович Якушин	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой
Наталья Валентиновна Добрынина	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Елена Амишевна Смирнова	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой
Евгений Владимирович Филиппов	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 № 105"Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология"
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Программа государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) разработана в соответствии с требованиями приказа Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»; приказа Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры; ФГОС ВО по специальности 31.08.36 Кардиология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.02.2022 № 105; Основной профессиональной образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.36 Кардиология.

ГИА включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

1. Примеры тестовых заданий:

1. Какие симптомы характерны для аускультативной картины недостаточности митрального клапана?

- а) систолический шум у основания сердца;
- б) хлопающий I тон;
- в) мезодиастолический шум;
- г) систолический шум на верхушке;

2. Шум Грехема-Стилла характерен для:

- а) пролапса митрального клапана;
- б) митрального стеноза;
- в) ХНЗЛ;
- г) аортальной недостаточности;

3. Больной 50 лет поступил в клинику с диагнозом: распространенный передний инфаркт миокарда. После двух суток лечения в блоке интенсивной терапии стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. При обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в точке Боткина, ранее не выслушивающийся.

Предположительный диагноз:

- а) тромбоэмболия легочной артерии;
- б) крупозная пневмония;
- в) постинфарктный перикардит;
- г) отрыв сосочковой мышцы;
- д) синдром Дресслера;

4. Факторами риска ИБС являются:

- а) артериальная гипертензия;
- б) курение;
- в) сахарный диабет;
- г) ожирение;
- д) все перечисленное;

5. Частыми симптомами митрального стеноза являются:

- а) одышка;
- б) приступы удушья;
- в) кровохарканье;
- г) сердцебиение;
- д) все перечисленные.

6. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации – на верхушке ослабление 1 тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии – увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

- а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) недостаточность устья аорты;
- г) стеноз устья аорты;

7. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является:

- а) эмбологенный инфаркт;
- б) очаговый нефрит;
- в) диффузный нефрит;
- г) амилоидоз;
- д) все перечисленное.

8. Препаратом выбора при аритмиях у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона - Уайта является:

- а) изоптин;
- б) кордарон;
- в) ланикор;
- г) новокаинамид;
- д) обзидан.

9. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- а) тампонада сердца;
- б) подозрение на гнойный процесс;
- в) замедленное рассасывание экссудата;
- г) диагностическая пункция;
- д) все перечисленное;

10. Для миокардитов характерно:

- а) расширение границ сердца;
- б) приглушенность тонов;
- в) систолический шум у верхушки;
- г) все перечисленное.

11. Для гипертрофической обструктивной кардиомиопатии характерно:

- а) сужение пути оттока из левого желудочка;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) гипертрофия левого желудочка;
- г) внезапная смерть;
- д) все перечисленное.

12. Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:

- а) ревматизм;
- б) инфекционный эндокардит;
- в) аномалия Эбштейна;
- г) травма;
- д) все перечисленное;

13. Основными признаками нефрогенной гипертензии является:

- а) уменьшение размеров почек;
- б) дистопия почек;
- в) нарушение функции почек;
- г) сужение почечной артерии на 20%;
- д) наличие признаков конкрементов в лоханке;

14. Какое из приведенных положений верно в отношении синдрома пролапса митрального клапана?

- а) чаще выявляется у молодых женщин;
- б) обусловлен миксоматозной дегенерацией соединительной ткани;
- в) встерчается при синдроме Марфана;
- г) всегда сопровождается митральной регургитацией;
- д) правильно а,б,в;

15. Укажите заболевания, с которыми чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

- а) диафрагмальная грыжа;
- б) острый панкреатит;
- в) пептическая язва пищевода;
- г) инфаркт миокарда;
- д) миокардит;

16. По поводу изолированной систолической гипертензии с максимумом АД 200/90 мм рт.ст. пациент 22 лет был обследован в поликлинике. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялось. При флюорографии грудной клетки выявлены

изменения, напоминающие узурацию нижней поверхности ребер. Какова причина гипертензии?

- а) гипертоническая болезнь;
- б) стеноз сонной артерии;
- в) гипертиреоз;
- г) эссенциальная гипертензия;
- д) коарктация аорты;

17. Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?

- а) диастолический шум на верхушке;
- б) систолодиастолический шум;
- в) шум Флинта;
- г) систолический шум на верхушке;
- д) шум Грехема-Стилла;

18. Наибольшее значение при определении риска развития инфаркта миокарда у больного со стенокардией напряжения имеет:

- а) снижение толерантности к физической нагрузке;
- б) число пораженных коронарных артерий;
- в) количество перенесенных инфарктов миокарда;
- г) возраст;
- д) интенсивность болевого синдрома.

19. Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, требуют прекращения лечения:

- а) ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы;
- б) кашель;
- в) потеря вкусовых ощущений;
- г) падение АД после первого приема;

20. Противопоказаниями для применения β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда являются:

- а) мерцательная аритмия;
- б) наджелудочковая экстрасистолия;
- в) желудочковая экстрасистолия;
- г) атриовентрикулярная блокада;
- д) глаукома.

21. Основным электрокардиографическим признаком крупноочагового (Q-образующего) инфаркта миокарда является:

- а) подъем сегмента ST в нескольких отведениях;
- б) депрессия сегмента ST в нескольких отведениях;
- в) появление комплекса QS в двух и более отведениях;
- г) блокада левой ножки пучка Гиса;
- д) нарушение сердечного ритма.

22. При дилатационной кардиомиопатии отмечается:

- а) диффузное снижение сократительной способности миокарда;
- б) локальное снижение сократительной способности миокарда;
- в) повышение сократительной способности миокарда;
- г) утолщение межжелудочковой перегородки;
- д) верно в) и г).

23. Полную атриовентрикулярную блокаду диагностируют по ЭКГ на основании:

- а) независимости появления предсердных и желудочковых комплексов при правильном ритме желудочковых комплексов;
- б) увеличения интервала P-Q (более 0.2 с);

- в) отсутствия зубцов Р;
- г) укорочения интервала Р-Q (менее 0.1 с);
- д) наличия периодики Венкебаха - Самойлова.

24. Электрокардиографическими признаками синдрома Фридерика являются:

- а) нерегулярный ритм желудочков;
- б) мерцание или трепетание предсердий;
- в) полная атриовентрикулярная блокада;
- г) все перечисленные;
- д) верно б) и в).

25. Аускультативными признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются:

- а) ослабление I и II тонов сердца;
- б) четвертый тон;
- в) аортальный тон изгнания;
- г) систолический и протодиастолический шум;
- д) все перечисленное;

26. Аускультативными признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия являются:

- а) усиление I тона на верхушке сердца;
- б) тон открытия митрального клапана;
- в) апикальный систолический шум, связанный с I тоном;
- г) мезодиастолический шум;
- д) все перечисленное;

27. Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации является:

- а) асцит;
- б) гепатомегалия;
- в) отеки;
- г) пансистолический шум над мечевидным отростком;
- д) все перечисленное;

28. Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме Вольф-Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

- а) дигоксин;
- б) анаприлин;
- в) новокаинамид;
- г) кордарон;

29. Усиление II тона над легочной артерией характерно для всего перечисленного, кроме:

- а) митрального порока сердца;
- б) первичной легочной гипертензии;
- в) вторичной легочной гипертензии при хронических неспецифических заболеваниях легких;
- г) аортальных пороков сердца;
- д) рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии.

30. Спиронолактон может вызывать:

- а) гинекомастию у мужчин;
- б) нарушение менструального цикла у женщин;
- в) гирсутизм;
- г) гиперкалиемию;
- д) все перечисленные нарушения;

31. Какие ЭКГ-критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолии?

- а) преждевременный комплекс QRS;
- б) экстрасистолический комплекс похож на основной;

- в) наличие неполной компенсаторной паузы;
- г) наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом;
- д) правильно все;

32. Какие меры считают наиболее эффективными для профилактики повторной тромбоэмболии легочной артерии у больного тромбозом глубоких вен голени?

- а) гепарин подкожно;
- б) длительный прием оральных антикоагулянтов;
- в) антиагреганты;
- г) тромболитические средства;
- д) установка зонтичного фильтра в нижнюю полую вену.

33. Что характерно для мерцательной аритмии?

- а) частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
- б) отсутствие зубцов Р;
- в) наличие преждевременных комплексов QRS;
- г) укорочение интервалов PQ;
- д) наличие дельта-волны;

34. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

- а) артериальная гипотензия;
- б) пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;
- в) брадикардия;
- г) олигурия;
- д) правильно а,г;

35. Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки:

- а) диффузный гиперкинез;
- б) диффузный гипокинез;
- в) локальный гипокинез;
- г) локальный гиперкинез;
- д) правильно 1 и 4;

36. Эндокардит Либмана - Сакса — это

- а) бактериальный эндокардит;
- б) эндокардит при системной красной волчанке;
- в) ревматический эндокардит;
- г) терминальный эндокардит;
- д) подострый септический эндокардит.

37. Частыми причинами смерти больного с инфекционным эндокардитом являются:

- а) абсцессы миокарда;
- б) почечная недостаточность;
- в) тромбоэмболия мозговых артерий;
- г) интоксикация;
- д) застойная недостаточность кровообращения.

38. Инфекционный эндокардит развивается чаще всего:

- а) при ишемической болезни сердца;
- б) при синдроме слабости синусового узла;
- в) при ревматической болезни сердца;
- г) при дефекте межпредсердной перегородки;
- д) при кардиомиопатиях;

39. Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных со следующими поражениями:

- а) стенозом основного ствола левой коронарной артерии;
- б) проксимальным поражением задней коронарной артерии;
- в) дистальным поражением огибающей артерии;

- г) проксимальным поражением огибающей артерии;
- д) при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерий;

40. Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 40-59 лет является:

- а) 170 в мин;
- б) 175 в мин;
- в) 180 в мин;
- г) 140 в мин;
- д) менее 120 в мин;

41. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- а) поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- б) спазм крупной коронарной артерии;
- в) спазм мелких сосудов коронарной артерии;
- г) тромбоз коронарной артерии;

42. Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

- а) изменение фракции выброса;
- б) ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- в) повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- г) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50Вт;
- д) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт;

43. Прямые признаки нижнего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях:

- а) I, aVL, V₁-V₄;
- б) II, III, aVF;
- в) I, aVL, V₅-V₆;
- г) aVL, V₁-V₂;
- д) V₁-V₆.

44. Тактика лечения остро возникшей брадикардии с приступом Морганьи - Адамса - Стокса включает:

- а) наружный массаж сердца;
- б) внутрисердечное введение атропина;
- в) внутрисердечное введение адреналина;
- г) временную эндокардиальную стимуляцию сердца;
- д) внутривенное введение акупента, изадрина.

45. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными:

- а) ЛПВП;
- б) ЛПНП;
- в) ХМ;

46. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- а) стеноза почечной артерии;
- б) фибромускулярной гиперплазии почечной артерии;
- в) фибромускулярной дисплазии почечной артерии;
- г) тромбоза почечной артерии;
- д) правильно все;

47. Для лечения больных с брадиформой синдрома слабости синусового узла применяют все перечисленные препараты, кроме:

- а) β-адреноблокаторов;
- б) атропина;
- в) эуспирана;
- г) изадрина.

48. Показаниями для электроимпульсной терапии являются все перечисленные, кроме:

- а) мерцания желудочков (клиническая смерть);
- б) желудочковой тахикардии;
- в) пароксизмальной тахикардии у больных в острой стадии инфаркта миокарда; г) наличия активного ревматического процесса;
- д) отсутствия эффекта от медикаментозной терапии при мерцании предсердий продолжительностью до одного года.

49. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- а) ишемии внутренних органов ниже места сужения;
- б) тромбоза вен нижних конечностей;
- в) недостаточности мозгового кровообращения;
- г) присоединения атеросклероза магистральных артерий;
- д) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях;

50. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается:

- а) пароксизмальная предсердная тахикардия;
- б) фибрилляция (мерцание) предсердий;
- в) атриовентрикулярная диссоциация;
- г) желудочковая экстрасистолия.

51. Шум Грехема-Стилла характерен для:

- а) пролапса митрального клапана;
- б) митрального стеноза;
- в) ХНЗЛ;
- г) аортальной недостаточности;

52. Шум Флинта обусловлен:

- а) относительной митральной недостаточностью;
- б) относительным митральным стенозом;
- в) высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии;

53. К понятию нестабильной стенокардии относится:

- а) впервые возникшая стенокардия;
- б) прогрессирующая стенокардия;
- в) вариантная стенокардия;
- г) все перечисленное;

54. Для стенокардии Принцметала характерны все перечисленные признаки, кроме:

- а) циклического характера;
- б) возникновения болей в покое ночью;
- в) подъема сегмента ST выше изолинии во время приступа;
- г) появления болей при нагрузке;
- д) равенства периода нарастания боли периоду ее исчезновения;

55. При лечении гепарином контрольным тестом является:

- а) уровень протромбина;
- б) уровень фибриногена;
- в) время свертывания крови;
- г) время кровотечения;
- д) активированное частичное тромбопластиновое время;

56. У больного 50 лет после перенесенного обширного инфаркта миокарда на ЭКГ блокада левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярная блокада I степени, периодически блокада II степени (I тип нарушения по Мобитцу) в некоторых циклах. Необходимость имплантации искусственного водителя ритма подтверждает следующий клинический симптом:

- а) значительная одышка при физической нагрузке;

- б) кратковременные потери сознания;
- в) приступы стенокардии через каждые 50 м ходьбы;
- г) все перечисленные симптомы;
- д) ни один из перечисленных симптомов;

57. Желудочковая экстрасистолия в остром периоде инфаркта миокарда является показанием к терапии:

- а) сердечными гликозидами;
- б) лидокаином;
- в) алопентом;
- г) реланиумом;
- д) верапамилом;

58. Самой частой причиной развития легочной гипертензии является:

- а) хроническая обструктивная болезнь легких;
- б) туберкулез легких;
- в) интерстициальный легочный фиброз (синдром Хаммана - Рича);
- г) тромбоэмболия легочной артерии;
- д) кифосколиоз;

59. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает ТЭЛА, являются все перечисленные, кроме:

- а) травм костей таза и нижних конечностей;
- б) злокачественных новообразований;
- в) заболеваний венозной системы;
- г) оперативных вмешательств;
- д) острых вирусных инфекций.

60. Электрокардиографическими признаками синдрома Вольфа - Паркинсона - Уайта являются:

- а) ширина комплекса QRS, превышающая 0,10 с;
- б) интервал P-Q < 0,11 с;
- в) наличие d-волны;
- г) все перечисленные;
- д) верно а) и в);

61. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) глубокий зубец Q в отведениях V₄-V₆;
- б) депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях;
- в) депрессия сегмента ST во II, III и aVF отведениях;
- г) синдром S₁-Q₃;
- д) инверсия зубца T в грудных отведениях.

62. Для синдрома Кона характерно все перечисленное, кроме:

- а) гипокалиемии;
- б) гиперренинемии;
- в) гипогликемического алкалоза;
- г) судорожного синдрома;
- д) высокого содержания альдостерона в крови.

63. У больного 39 лет, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

- а) гидроперикард;
- б) гемоперикард;
- в) повторный инфаркт миокарда;
- г) инфекционный экссудативный перикардит;

64. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации – на верхушке ослабление 1 тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии – увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

- а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) недостаточность устья аорты;
- г) стеноз устья аорты;

65. Сердечные гликозиды можно назначать со всеми перечисленными препаратами, кроме:

- а) тиазидовых диуретиков;
- б) верошпирон;
- в) нитросорбида;
- г) препаратов кальция;
- д) препаратов калия;

66. При каких заболеваниях развивается ишемия миокарда?

- а) гипертрофическая кардиомиопатия;
- б) дилатационная кардиомиопатия;
- в) аортальный стеноз;
- г) узелковый полиартериит;
- д) пролапс митрального клапана.

67. Все перечисленные нарушения ритма опасны развитием фибрилляции желудочков, кроме:

- а) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии;
- б) желудочковой тахикардии;
- в) частой желудочковой экстрасистолии (более 10 экстрасистол в 1 мин);
- г) политопных и залповых желудочковых экстрасистол;
- д) желудочковых экстрасистол типа R на T.

68. Какой из перечисленных результатов лабораторного и инструментального обследования наиболее характерен для инфекционного эндокардита:

- а) анемия;
- б) ускоренное СОЭ;
- в) вегетации на клапанах при ЭХО-КГ;
- г) гематурия;
- д) все перечисленные;

69. Самым ранним электрокардиографическим признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

- а) изменение комплекса QRS;
- б) инверсия зубца T;
- в) нарушение сердечного ритма;
- г) подъем сегмента ST.

70. У больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, появились боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, увеличение СОЭ, динамика изменений ЭКГ при этом без особенностей. Ваш диагноз:

- а) распространение зоны поражения миокарда;
- б) идиопатический перикардит;
- в) постинфарктный синдром (синдром Дресслера);
- г) разрыв миокарда;
- д) разрыв сердечных хорд.

71. Длительное обездвиживание больного с инфарктом миокарда может привести:

- а) к брадикардии;

- б) к артериальной гипертензии;
- в) к тромбоэмболическим осложнениям;
- г) к сердечной недостаточности;
- д) к снижению систолического объема сердца.

72. Самым частым осложнением в первые часы инфаркта миокарда является:

- а) отек легких;
- б) кардиогенный шок;
- в) фибрилляция желудочков;
- г) разрыв миокарда;
- д) функциональная митральная недостаточность;

73. Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается:

- а) депрессии сегмента S-T во всех отведениях менее, чем на 1 мм;
- б) подъем сегмента S-T на 0.5 мм;
- в) инверсия зубца T;
- г) депрессия сегмента S-T на 2 мм и более.

74. Патогномоничным для стенокардии является:

- а) загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ;
- б) желудочковая экстрасистолия после нагрузки;
- в) загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента S-T на 1 мм и более;
- г) подъем сегмента S-T менее, чем на 1 мм;
- д) увеличение зубца Q в III стандартном и aVF отведениях.

75. К ранним клиническим симптомам недостаточности кровообращения относится все перечисленное, кроме:

- а) одышки и сердцебиения, возникающих при физической нагрузке;
- б) появления цианоза губ при физической нагрузке;
- в) появления сухих хрипов в легких;
- г) увеличения диуреза;
- д) появления никтурии.

76. Какой вид желудочковой экстрасистолии относится к пятой градации по классификации Лауна?

- а) частая монотопная;
- б) политопная;
- в) групповая;
- г) ранняя «R» на «T»

77. Какой из нижеперечисленных препаратов сочетает в себе свойства бета-блокатора и вазодилататора:

- а) лозартан;
- б) карведилол;
- в) соталол;
- г) бетаксолол;

78. Наиболее характерными признаками синдрома слабости синусового узла являются:

- а) наличие синоатриальной блокады;
- б) синдром тахикардии-брадикардии;
- в) наличие атриовентрикулярной блокады I степени;
- г) отсутствие зубца P;
- д) верно а) и б).

79. Наиболее характерными признаками синоатриальной блокады являются:

- а) периодическое выпадение отдельных сердечных циклов (зубцов P и комплексов QRS) с интервалами, равными или несколько меньшими, чем 2 или 3 интервала основного ритма;
- б) двугорбый зубец P;

в) трепетание предсердий;

г) все перечисленные.

80. С целью ограничения очага поражения при ИМ не показано применение:

а) нитроглицерина;

б) тромболитиков;

в) антагонистов кальция дигидропиридинового ряда;

г) бета-блокаторов;

д) ингибиторов АПФ;

81. Применение каких препаратов увеличивает выживаемость пациентов с ХСН?

а) диуретики;

б) сердечные гликозиды;

в) антагонисты альдостерона;

г) ингибиторы АПФ;

д) бета-блокаторы;

82. Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы характерны:

а) для митрального порока сердца;

б) для стеноза устья аорты;

в) для недостаточности аортального клапана;

г) для порока трехстворчатого клапана;

д) для врожденных пороков сердца;

83. При каком виде тахикардии наиболее эффективны «вагусные» пробы?

а) фибрилляция предсердий;

б) трепетание предсердий;

в) желудочковая тахикардия;

г) суправентрикулярная тахикардия;

84. К клиническим признакам синдрома Морганьи - Адамса – Стокса относятся:

а) повышение артериального давления;

б) потеря сознания;

в) редкий пульс;

г) частый, нитевидный пульс;

д) произвольное мочеиспускание;

85. Для левожелудочковой недостаточности характерны все перечисленные симптомы, за исключением:

а) одышки;

б) «ритма галопа»;

в) набухания шейных вен;

г) крепитация у основания легких;

д) сердечной астмы;

86. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

а) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;

б) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды;

в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;

г) оценка показателей естественного движения населения;

87. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

а) генетические;

б) природно-климатические;

в) социальные;

г) все вышеперечисленное;

88. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме

- а) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот;
- б) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения;
- в) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний;
- г) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;

89. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:

- а) мигранты;
- б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума;
- в) БОМЖ;
- г) дети, пожилые, беременные;

90. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- а) все население, за исключением неработающих граждан;
- б) дети и подростки;
- в) беременные женщины;
- г) работающие граждане;

91. Педагогика — это наука о

- а) воспитании человека в современном обществе;
- б) способах научного познания;
- в) психологических особенностях личности;
- г) физиологических закономерностях развития личности;

92. Методы педагогического исследования — это

- а) способы формирования личностных качеств;
- б) способы усвоения новых знаний;
- в) способы решения проблемных задач;
- г) способы познания объективной реальности;
- д) способы закрепления изученного материала;

93. Необходимость передачи социального опыта возникла

- а) одновременно с появлением общества;
- б) с появлением технических средств обучения;
- в) в ходе разработки содержания образования;
- г) с развитием педагогики как науки;

94. Главной движущей силой воспитания являются

- а) противоречие индивидуального и морального сознания;
- б) противоречие общественного развития;
- в) противоречие между умственным и физическим трудом;
- г) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями;
- д) расхождение ценностных ориентаций;

95. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе — это...

- а) дидактика;
- б) педагогическая система;
- в) педагогический процесс;
- г) обучение;

96. Острая лучевая болезнь развивается в результате:

- а) неравномерного гамма — облучения в дозе 0,5 Гр.;
- б) локального гамма — облучения в дозе 5 Гр.;
- в) равномерного нейтронного облучения в дозе 0,75 Гр.;
- г) равномерного тотального облучения в дозе не менее 1 Гр.;

97. Средством из индивидуальной аптечки (АИ), купирующим первичную реакцию на облучение, является:

- а) церукал;
- б) янтарная кислота;
- в) этаперазин;
- г) диметкарб;

98. Первоочередной задачей химической разведки является:

- а) установление типа ОВ;
- б) наблюдение за перемещением облака ОВ;
- в) выявление самого фактора химического заражения и оповещение об этом;
- г) отыскивание наиболее целесообразных путей преодоления зараженной территории;

99. Зорин, зоман и V-газы относятся к:

- а) ОВ смертельного действия;
- б) ОВ, вызывающие временную утрату трудоспособности;
- в) ОВ практически безвредные;
- г) ОВ практически нетоксичные;

100. Общевойсковой фильтрующий противогаз не предназначен для защиты органов дыхания от:

- а) окиси углерода;
- б) отравляющих веществ;
- в) радиоактивных веществ;
- г) биологических средств.

2. Примеры вопросов для собеседования:

Вопрос № 1

Дилатационная кардиомиопатия. Классификация. Основные клинические проявления. Критерии диагностики. Факторы риска неблагоприятного прогноза. Основные направления в лечении. Хирургические и электрофизиологические методы.

Вопрос № 2

Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Обструктивный и необструктивный тип. Критерии диагностики. Лечебная стратегия. Возможности хирургической коррекции. Факторы риска неблагоприятного прогноза.

Вопрос № 3

Синдром соединительнотканной дисплазии сердца. Внешние и внутренние фенотипические признаки. Проплапс митрального клапана. Основные клинические синдромы. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения клинически значимого пролапса митрального клапана. Осложнения, прогноз.

Вопрос № 4

Гипертоническая болезнь. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Патогенез. РААС. Симпатоадреналовая система. Дисфункция эндотелия. Подходы к классификации (стадия, степень, стратификация риска). Поражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.

Вопрос № 5

Антигипертензивная терапия. Тактика долгосрочного медикаментозного контроля артериального давления. Подходы к выбору препарата. Монотерапия и комбинированное лечение. Медикамент и качество жизни. Сопутствующая терапия для коррекции факторов риска.

Вопрос № 6

Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Стратификация риска. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз. Медикаментозная терапия для купирования симптомов.

Вопрос № 7

Диагностика стенокардии. Основные клинические признаки. Инструментальные методы – ЭКГ, пробы с физической нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводная предсердная электрическая стимуляция (стресс-тест), стресс-ЭХОКГ, фармакологические тесты, перфузионная сцинтиграфия, МСКТ сердца и коронарных артерий. Коронарная ангиография.

Вопрос № 8

Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Диагностический алгоритм. Основные направления в лечении (обезболивание, тромболитизис, антитромбоцитарные средства, β – блокаторы, ИАПФ, нитраты).

Вопрос № 9

Антитромбоцитарные средства. Ацетилсалициловая кислота. Антагонисты АДФ рецепторов тромбоцитов. Блокаторы ГП IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Вопрос № 10

Симптоматические артериальные гипертензии (ренальные, вазоренальные, опухоли надпочечников, кардиоваскулярные, лекарственные и др.). Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

Вопрос № 11

Изолированная систолическая артериальная гипертензия старших возрастных групп. Факторы риска. Основные звенья патогенеза. Особенности клиники. Выбор лекарственного препарата.

Вопрос № 12

Гипертонический криз. Факторы риска. Тактика экстренного и неотложного купирования. Показания к госпитализации. Профилактика.

Вопрос № 13

Острая сердечная недостаточность. Клиническая классификация. Основные варианты (нарастание или декомпенсация ХСН, отёк легких, гипертоническая, кардиогенный шок, изолированная правожелудочковая, при ОКС). Диагноз. Мониторирование больных с острой сердечной недостаточностью. Лечение разных вариантов.

Вопрос № 14

Хроническая сердечная недостаточность. Определение ХСН. Этиология. Современная классификация. Алгоритм постановки диагноза. Нагрузочные тесты. Основные препараты для медикаментозного лечения. ИАПФ. β – блокаторы. Антагонисты альдостерона. Диуретики. Сердечные гликозиды. Антагонисты рецепторов к ангиотензину - II. Хирургические и электрофизиологические методы лечения.

Вопрос № 15

Сердечные гликозиды. Показания. Противопоказания. Классификация. Фармакокинетика. Фармакодинамика. Основные лекарственные средства. Побочные действия.

Вопрос № 16

Диуретики. Классификация. Тиазидные и тиазидоподобные, «петлевые», антагонисты альдостерона. Фармакокинетика. Фармакодинамика. Показания. Противопоказания. Побочные действия.

Вопрос № 17

Блокаторы β -адренергических рецепторов. Показания. Противопоказания. Классификация. Основные препараты. Фармакокинетика. Фармакодинамика. Побочные действия. Методы контроля.

Вопрос № 18

Блокаторы кальциевых каналов. Показания. Противопоказания. Классификация. Основные препараты. Дигидропиридиновые и недигидропиридиновые производные. Фармакокинетика. Фармакодинамика. Побочные действия.

Вопрос № 19

Нитраты. Показания. Противопоказания. Фармакокинетика и фармакодинамика. Классификация. Основные препараты. Толерантность к нитратам и пути ее преодоления. Побочные действия.

Вопрос № 20

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Показания. Противопоказания. Классификация. Основные препараты. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные действия.

Вопрос № 21

Синдром слабости синусового узла. Этиологические факторы. Критерии диагностики. Клиника. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.

Прогноз. Медико-социальная экспертиза.

Вопрос № 22

Фибрилляция предсердий. Основные этиологические факторы. Механизмы развития. Клинические и электрокардиографические проявления. Гемодинамические последствия. Фармакологическая кардиоверсия. Электрическая кардиоверсия. Контроль частоты желудочковых сокращений при фибрилляции предсердий. Профилактика тромбоэмболических осложнений.

Вопрос № 23

Желудочковая пароксизмальная тахикардия. Этиологические факторы. Клинические проявления. ЭКГ-критерии. Методы медикаментозного купирования. Показания к кардиоверсии. Прогноз. Профилактика.

Вопрос № 24

Основные нарушения липидного обмена и липидные факторы риска. Ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы (статины), производные фиброевой кислоты (фибраты), ингибиторы абсорбции холестерина в кишечнике, никотиновая кислота, ω -3 полиненасыщенные жирные кислоты. Комбинированная терапия.

Вопрос № 25

Метаболический синдром. Факторы, влияющие на развитие. Определение. Критерии диагностики. Диагностика на уровне первичного звена здравоохранения и в условиях стационара. Основные принципы лечения метаболического синдрома.

Вопрос № 26

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Эпидемиология. Источники тромбов. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Критерии диагноза. Лечебная тактика на догоспитальном и госпитальном этапе (тромболизис, антикоагулянты). Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения ТЭЛА. Прогноз. Профилактика.

Вопрос № 27

Легочная гипертензия. Факторы риска и ассоциированные клинические состояния. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Медикаментозное лечение. Пролонгированная оксигенотерапия. Медикаментозное лечение.

Вопрос № 28

Внебольничная пневмония. Основные этиологические варианты. Критерии диагностики, оценка тяжести. Пульсоксиметрия. Ведение больных внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.

Вопрос № 29

Нозокомиальная (внутригоспитальная) пневмония. Основные этиологические варианты. Особенности течения. Критерии диагностики, оценка тяжести.

Пульсоксиметрия. Антибактериальная терапия.

Вопрос № 30

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и оценка степени тяжести. Лечение ХОБЛ стабильного течения и обострений в соответствии с международными рекомендациями GOLD (2010 г). Бронхолитики. Ингаляционные глюкокортикостероиды. Муколитики. Пролонгированная кислородотерапия.

Вопрос № 31

Бронхиальная астма. Определение. Факторы, влияющие на развитие и клинические проявления БА. Механизмы развития. Клиническая картина. Диагностика. Классификация по степени тяжести. Пикфлоуметрия. Критерии контроля над астмой в соответствии с GINA (2009 г). Ступенчатый подход к долгосрочному лечению бронхиальной астмы. Ингаляционные глюкокортикостероиды.

Вопрос № 32

Приступ бронхиальной астмы. Степени тяжести обострения. Пульсоксиметрия. Лечение обострения (приступа) бронхиальной астмы в домашних условиях и в условиях стационара. Ингаляционная терапия (небулайзеры, спейс-камеры и др.).

Вопрос № 33

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Факторы риска. Концепции патогенеза. Методы выявления *Helicobacter pylori*. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Лечение. Схемы эрадикационной терапии. Показания к хирургическому лечению.

НПВП-гастропатии. Профилактика.

Вопрос № 34

Хронический бескаменный холецистит. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Желчегонные средства. Лечение в зависимости от сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей. Показания к хирургическому лечению.

Вопрос № 35

Хронический панкреатит. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение обострения. Показания к хирургическому лечению.

Вопрос № 36

Дисбиоз кишечника. Этиология. Патогенетические механизмы возникновения. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика гнилостной и броидальной диспепсии. Селективная деконтаминация. Пробиотики и энтеросорбенты.

Вопрос № 37

Пиелонефриты. Этиология. Факторы риска. Классификация хронического пиелонефрита. Патогенез. Основные клинические синдромы. Осложнения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия. Уросептики. Особенности лечения у беременных.

Вопрос № 38

Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз гипохромных анемий. Схемы лечения. Парентеральные и пероральные препараты железа.

Вопрос № 39

V_{12} -дефицитная (мегалобластная) анемия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Фуникулярный миелоз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Критерии эффективности лечения.

Вопрос № 40

Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложные мероприятия. Профилактика.

Вопрос № 41

Сахарный диабет. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностические критерии и степени тяжести сахарного диабета. Сосудистые осложнения сахарного диабета. Принципы лечения. Критерии компенсации углеводного обмена. Показания к госпитализации. Инсулинотерапия. Понятие об инсулиновых помпах. Пероральные сахароснижающие препараты. (препараты сульфанилмочевины, бигуаниды и др.)

Вопрос № 42

Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез. Классификация по тяжести тиреотоксикоза. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тиреотоксический криз. Особенности лечения у пожилых. Принципы лечения. Тиреостатические препараты.

Вопрос № 43

Подагра. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Вопрос № 44

Реактивные артриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Синдром Рейтера. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Вопрос № 45

Нейроциркуляторная дистония. Этиология. Классификация. Клинические синдромы. Критерии диагноза. Лечение. Экстренная помощь при вегетососудистых кризах.

Вопрос № 46

Миокардиодистрофии. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Критерии диагноза. Принципы лечения (этиологическое, патогенетическое, симптоматическое). Прогноз.

Вопрос № 47

Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические варианты. Критерии диагноза. Этиологическое, патогенетическое, симптоматическое лечение.

Вопрос № 48

Перикардиты. Этиология, патогенез. Критерии диагностики. Клиника сухого и экссудативного перикардита. Конструктивный перикардит. Тактика лечения больных с различными этиологическими и клиническими вариантами перикардитов.

Вопрос № 49

Инфекционный эндокардит. Эпидемиология. Этиология. Факторы риска, входные ворота инфекции. Патогенез. Классификация. Возможная органная и системная патология. Особенности клинических проявлений в зависимости от возбудителя и варианта течения. Критерии и структура диагноза. «Маски» инфекционного эндокардита. Инфекционный эндокардит наркоманов. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Особенности антибактериальной терапии. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Профилактика.

3. Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1

32-летний мужчина госпитализирован с жалобами на боли в сердце, перебои, обмороки, которые появились полгода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии

толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 1,7см, задней стенки левого желудочка- 1,3см, размер полости левого желудочка в диастолу 5,2см.

I. Сформулируйте клинический диагноз.

II. Какой противоритмический препарат целесообразно назначить больному?

- А.Метопролол.
- Б.Кордарон.
- В.Лидокаин.
- Г.Хинидин.
- Д.Новокаинамид.

Ситуационная задача № 2

Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое.

I. Данный случай стенокардии можно классифицировать как:

- а) нестабильная стенокардия;
- б) стабильная стенокардия напряжения;
- в) вариантная стенокардия;
- г) впервые возникшая стенокардия.

II. Стенокардию у этого больного можно отнести к функциональному классу:

- а) I;
- б) II;
- в) III;
- г) IV;
- д) функциональный класс определить невозможно.

- сформулируйте клинический диагноз;

- перечислите необходимые дополнительные методы исследования;

- принципы лечения;

- дайте медико-экспертные рекомендации.

Ситуационная задача № 3

Больной 50 лет в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 мин, проходят самостоятельно или после приема нитроглицерина; АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту, ЭКГ покоя без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. На ЭКГ во время приступа болей зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях.

I. Наиболее вероятный диагноз:

- а) кардиалгия;
- б) нейроциркуляторная дистония;
- в) стенокардия напряжения;
- г) вариантная стенокардия;
- д) гипертрофическая кардиомиопатия.

II. Больному следует назначить:

- а) антитромбоцитарные;
- б) b-адреноблокаторы;
- в) каптоприл;
- г) коринфар;
- д) все перечисленное.

Ситуационная задача № 4

36-летняя больная с митральным пороком сердца госпитализирована с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель, сердцебиения. При осмотре ортопноэ, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в легких. ЧСС 126 в минуту. Пульс 86 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ – фибрилляция предсердий. При ЭХО-КГ

размер левого предсердия 5,2 см, левого желудочка в диастолу 5,8 см. Площадь левого предсердно-желудочкового отверстия 1,8 см².

- I. Сформулируйте клинический диагноз.
- II. Какую тактику лечения следует выбрать?

- а) пропранолол;
- б) хинидин;
- в) кордарон;
- г) дигоксин;
- д) электроимпульсная терапия.

Ситуационная задача № 5

68-летний мужчина в течение года жалуется на головокружения, обмороки, пошатывание при ходьбе, дважды наблюдались приступы фибрилляции предсердий. ЧСС 52 в минуту. АД 160/70 мм рт.ст.

- I. Сформулируйте клинический диагноз.
- II. Какие исследования могут быть использованы для уточнения диагноза?

- а) пробы с атропином и изопротеренолом;
- б) проба с калия хлоридом;
- в) проба с физической нагрузкой;
- г) суточное мониторирование ЭКГ;
- д) электрофизиологическое исследование.

Ситуационная задача № 6

У 40-летнего больного в течение 2 лет подъема АД до 300/160 мм рт.ст., сопровождающиеся сердцебиением, дрожью, возбуждением, болями в животе, лейкоцитозом до $24,4 \cdot 10^9/\text{л}$, гипергликемией до 10,4 ммоль/л. При компьютерной томографии выявлено объемное образование правого надпочечника. Наиболее вероятный диагноз?

- а) гипертоническая болезнь;
- б) феохромоцитома;
- в) тиреотоксикоз;
- г) вазоренальная гипертензия;
- д) болезнь Иценко-Кушинга.

Ситуационная задача № 7

Больная Р., 30 лет, рабочая, поступила в клинику в 1987 г. с жалобами на ознобы по вечерам, недомогание, сыпь на ногах, слабость в правой руке и ноге. Больной себя считает 8 мес, когда остро повысилась температура до 39° С, появились ознобы, сердцебиение, слабость. По поводу диагностированного ОРЗ получила антибиотики 5 дней с хорошим эффектом; измерять температуру тела прекратила. Через 1,5 мес - острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, субфебрилитет. В течение недели получала антибиотики, температура нормализовалась. Амбулаторно продолжалась реабилитация после инсульта. Больная отмечала частые познобливания по вечерам, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Месяц назад температура тела приобрела фебрильный характер, появилась яркая мелкоточечная сыпь на ногах, больная заметила изменение формы ногтей, болезненные узелки на ладонях. В поликлинике сданы анализы: Крови: Нв 96 г/л, СОЭ 36 мм/ч; Мочи: относит. плот. 1012, белок 1,5 г/л, эр. 10-12 в п/зр, лейкоц. 15-20 в п/зр. Врачом поликлиники диагностирован пиелонефрит, назначены антибиотики на 10 дней. Температура тела снизилась до субфебрильной, но после отмены лечения вновь повысилась. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения. В анамнезе: аппендэктомия за 2 года до заболевания, экстракция зуба за 2 недели до начала болезни. Вредных привычек не имеет. Объективно: бледна, на коже ног геморрагическая сыпь, на ладонях болезненные узелки, ногти в виде «часовых стекол». Остаточные явления гемипареза справа. Вес 60 кг, рост 172 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы

сердца в норме, тоны сохранены. Диастолический шум в III межреберье слева от грудины II степени громкости. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 120/50 мм.рт.ст. Печень у края реберной дуги. Длинник селезенки 14 см. Отеков нет.

1. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.
2. Что необходимо сделать для его уточнения.
3. Как объяснить причину инсульта у молодой женщины?
4. Тактика ведения больных.
5. Медико-экспертные рекомендации.

Ситуационная задача № 8

Больной М., в 25-летнем возрасте перенес острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождавшееся правосторонним гемипарезом. При обследовании обращало на себя внимание повышение СОЭ до 35 мм/ч. Обсуждался диагноз системного васкулита, проведен короткий курс терапии преднизолоном в дозе 30 мг. Функция конечностей постепенно восстановилась в течение 3 мес. Через полгода у больного появился субфебрилитет, одышка, кашель с отделением небольшого количества мокроты. При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Пальцы в виде барабанных палочек. Бледность кожных покровов. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы. У верхушки I тон усилен, выслушиваются систолический и диастолический шумы, меняющиеся при изменении положения тела. Пульс 96 уд/мин, АД 105/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. В крови увеличение СОЭ до 45 мм/ч, Hb 86 г/л. Рентгенография грудной клетки: признаки венозного застоя. Увеличение левого предсердия. ЭКГ: без особенностей.

1. Сформулируйте Ваш диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие обследования надо провести для уточнения диагноза?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача № 9

Больной М., 53 лет, слесарь. Много лет злоупотребляет алкоголем. Со слов больного, последние годы пить бросил. В течение 5 лет беспокоит одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, периодически возникают боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, продолжительные. На ЭКГ регистрировали единичные желудочковые экстрасистолы. В поликлинике по месту жительства диагностировали ИБС. Непостоянно принимал нитраты. 3 мая 1986 г. у больного появились интенсивные боли в области сердца, сердцебиения, одышка при небольшой физической нагрузке. Больной был госпитализирован в отделение интенсивной терапии. При поступлении состояние средней тяжести. Бледен. Холодный пот. Отеки ног. На лице расширена сосудистая сеть. Контрактура Дюпюитрена. Увеличение околоушных слюнных желез. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритм галопа; на верхушке выслушивается систолический шум. ЧСС 126 уд/мин. Пульс 115 уд/мин, аритмичный. АД 170/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Селезенка не пальпируется.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные методы исследований.
3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Сформулируйте основные принципы лечения.
5. Дайте медико-экспертные рекомендации.

Ситуационная задача № 10

75-летний больной, страдающий синдромом слабости синусового узла, обратился к врачу с жалобами на частые обмороки. В течение последних 2 месяцев дважды возникали

приступы фибрилляции предсердий. Частота сердечных сокращений 45 в минуту.

I. Перечислите необходимые дополнительные методы исследований.

II. Какую тактику лечения следует выбрать?

- А) лечения не требуется;
- Б) хинидин в сочетании с атропином;
- В) изопротеренол;
- Г) временная электрокардиостимуляция;
- Д) имплантация кардиостимулятора.

Ситуационная задача № 11

Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, котирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного пневмонией. Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин., АД = 110/70 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритм галопа, ЧСС – 100 уд/мин., ритм правильный. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из – под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?

2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

3. Тактика лечения пациента?

Ситуационная задача № 12

Мужчина 55 лет. Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет – II тип (легкое течение). Гиперлипидемия II Б тип. Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,25 ммоль/л, альфа-холестерин 0,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?

2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?

3. Каковы методы коррекции дислипидемии в данном случае?

Ситуационная задача № 13

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

1. Сформулируйте правильный диагноз.

2. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования.

3. 3. Ваша тактика.

Ситуационная задача № 14

Мужчина 49 лет. Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда переднее-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не прослушиваются. В легких – дыхание несколько ослаблено,

хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5-й день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм.рт.ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

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

Ситуационная задача № 15

Мужчина 60 лет. Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в $V_1 - V_4$, элевация сегмента ST в I, AVL, $V_1 - V_5$ на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал престариум, биспролол и аспирин. На 5-е сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

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

Ситуационная задача № 16

Женщина 53 лет. В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушения сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос. Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров. ЭКГ: Ритма синусовый 60 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Диффузные изменения миокарда. ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная. ЭХО КГ: без особенностей. АНАЛИЗ КРОВИ: Холестерин 7,9% моль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном – без особенностей.

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

Ситуационная задача № 17

Мужчина 43 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе – хронический тонзиллит с частыми ангинами. ОБЪЕКТИВНО: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9 C⁰. ЧСС = 95 уд/мин., АД = 140/30 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм, ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте. Аускультация легких – без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет: АНАЛИЗ КРОВИ: эритроциты 2900000, Нв

10,8 мг/%, лейкоциты 5100, СОЭ 52 мм/час.

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

Ситуационная задача № 18

Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов. Приступы возникали с частотой до 1-2 раза в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. В последствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм.рт.ст.). Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета II типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия II ст.

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

Ситуационная задача № 19

Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм.рт.ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе. ОБЪЕКТИВНО: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм.рт.ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм.рт.ст., S = D. Ритм сердечных сокращений правильный, систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей. ЭКГ: отклонение электрической оси сердца влево, признаки гипертрофии левого желудочка. ЭХО КГ: ЛП = 3,2 см, КДР = 5,0 см, КСР = 3,2 см, Тмжп = 1,2 см, Тзс = 1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

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

Ситуационная задача № 20

Мужчина 40 лет. Доставлен бригадой «Скорой помощи» в БИТ впервые развившимся приступом сердцебиения, который продолжается около 40 минут. Со слов больного пульс «не просчитывался». ОБЪЕКТИВНО: состояние относительно удовлетворительное. АД = 130/80 мм.рт.ст. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС по пульсу и по тонам сердца 200 уд/мин. Признаков недостаточности кровообращения нет. На снятой ЭКГ: ритм желудочков правильный 200 уд/мин., комплекс QRS резко уширен (0,20^{''}), деформирован во всех 12-ти отведениях. Суждение врачей об ЭКГ разноречиво. Технической возможности для проведения чрезпищеводной ЭКГ и ЧПЭС нет. Приступ затягивается по времени, отмечается тенденция к снижению АД.

1. Какие нарушения ритма могут иметь указанную ЭКГ – картину?
2. Тактика лечебных мероприятий (что является препаратом выбора, какие

препараты категорически запрещены, возможность дифференциальной диагностики).

Критерии итоговой оценки ГИА:

- оценки «отлично» заслуживает выпускник, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, демонстрирующий клиническое мышление, владеющий современными методами диагностики, принципами лечения, реабилитации больных, оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях, умеющий ориентироваться в профессиональной среде, вести аргументированную дискуссию.

- оценки «хорошо» заслуживает выпускник, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные экзаменом задания, владеющий на достаточном уровне сформированности компетенциями в области всех видов деятельности, определённых ФГОС ВО.

- оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, обнаруживший знания учебно-программного материала в объёме, необходимом для дальнейшей профессиональной деятельности, но допускающий неточности в отдельных видах заданий, предусмотренных программой экзамена, имеющий слабое развитие отдельных компетенций, владеющий на уровне пороговой сформированности компетенциями.

- оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой экзамена заданий; у выпускника не сформированы компетенции, характеризующие профессиональную деятельность акушера-гинеколога.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.