

Федеральное государственное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО

## **КАРДИОЛОГИЯ**

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов для  
ординаторов, обучающихся по специальности  
31.08.36 Кардиология

Красноярск  
2018

УДК 616.12(076.1)  
ББК 54.10  
К21

Составители: канд. мед.наук, доц. О. О. Кузнецова; д-р мед. наук, проф. Г. В. Матюшин;  
канд. мед. наук, доц. Е. А. Савченко; канд. мед. наук, доц. М. И. Ганкин; канд. мед. наук,  
доц. Д. А. Кужель;  
д-р мед.наук, проф. Н. Г. Гоголашвили

Рецензенты: зав. каф.внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.  
Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. С. Ю. Никулина; зав. каф. внутренних болезней  
№ 2 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. И. В.  
Демко

Кардиология : сб. ситуац. задач с эталонами ответов для К21 ординаторов,  
обучающихся по специальности 31.08.36 Кардиология /  
сост. О. О. Кузнецова, Г. В. Матюшин, Е. А. Савченко [и др.]. –  
Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 45 с.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям  
федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014)  
по специальности 31.08.36 Кардиология; адаптированы к образовательным технологиям с  
учетом специфики обучения по специальности 31.08.36 Кардиология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от «25» июня 2018г.)

УДК 616.12(076.1)  
ББК 54

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.  
Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
2018

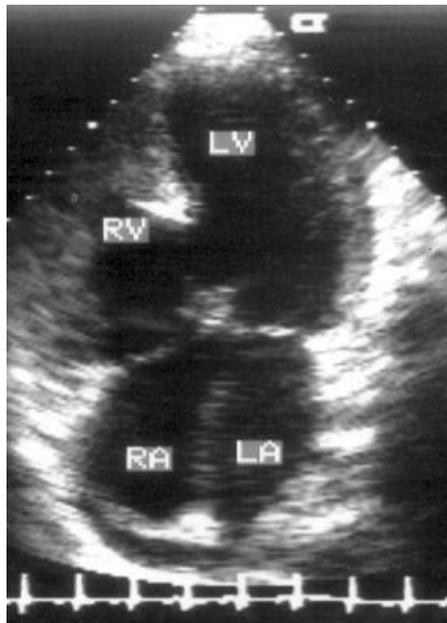
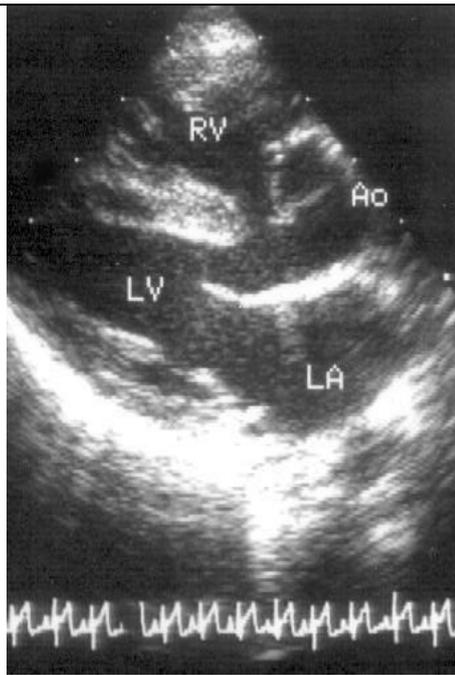
Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной - при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс - 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастеральной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД - 75/50 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура - 37°C. Шейные вены не набухшие.</p> <p>Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1.0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0.05-0.75 в/в, допамин в/в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт. ст. и больной был госпитализирован.</p> <p>Вопросы:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.</li> <li>2. Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.</li> <li>3. Кардиогенный шок. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.</li> <li>4. Подъем интервала S-T выпуклостью вверх, с переходом в зубец T в I, aVL и грудных отведениях (по данным пальпации следует ожидать передний инфаркт миокарда). Патологические зубцы Q в первые 3 часа могут отсутствовать.</li> <li>5. При шоке медикаменты должны вводиться внутривенно, а не подкожно или внутримышечно. Строфантин (также, как и дигоксин) не показан. Внутрь показана нагрузочная доза аспирина (150-325 мг).</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6

	<p>1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?</p> <p>2. Как оценить ночной приступ болей?</p> <p>3. Осложнение?</p> <p>4. Что ожидается на ЭКГ?</p> <p>5. Оцените лечение СМП.</p>			
002	<p>Больная 60 лет, длительное время страдает гипертонической болезнью (до 240/120 мм рт.ст.), регулярной терапии не получала. Около года назад впервые обратила внимание на появление одышки при ходьбе, стали отекать лодыжки, но к утру отёки проходили. Два месяца назад отёки ног стали постоянными. Значительно ухудшилось состояние последний месяц - одышка стала выраженной, при малейшей нагрузке и в покое, спит полусидя, из-за отёчности ноги не входят в обувь, значительно увеличился в объёме живот. Объективно: ЧДД - 26 в минуту. В лёгких выслушиваются единичные влажные хрипы, в правой плевральной полости - жидкость. ЧСС - 100 в минуту, пульс - 74 в минуту, ритм неправильный. Печень +7 см, плотноватая, край истончён, массивные отёки ног. ЭхоКГ - фракция выброса - 27%, увеличение полостей левого желудочка и значительно - левого предсердия.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите степень АГ</li> <li>2. Определите риск АГ</li> <li>3. Определите стадию АГ</li> <li>4. Ваш диагноз?</li> <li>5. Проведите коррекцию лечения?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Третья</li> <li>2. Очень высокий (4)</li> <li>3. Третья</li> <li>4. Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск – 4. Постоянная форма фибрилляции предсердий. СН III стадии (IV ФК).</li> <li>5. Лечение: петлевой диуретик в/венно под контролем диуреза, затем – петлевой диуретик в таблетках (фуросемид, торасемид); ингибитор АПФ под контролем АД, медленно титруя дозу; сердечный гликозид в дозе 0,125 мг в сутки; верошпирон 25-200 мг в сутки, поддерживающая доза 25-50 мг в сутки; бета-блокатор (медленно титруя дозу); при возможности лабораторного контроля и отсутствии противопоказаний – антикоагулянт непрямого действия (варфарин).</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11
003	<p>Больной М., 35 лет. Жалобы на боли в прекардиальной области,</p>	<p>1. Острый экссудативный перикардит. Основания:</p>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5,

<p>усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела. Заболел остро 2 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела - 38°C. Сердце расширено в обе стороны, на верхушке тоны приглушены, на основании ясные; в области III межреберного промежутка слева от грудины - систоло-диастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед. Пульс 93 в минуту, наполнение его уменьшается на вдохе. АД - 110/85 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту.</p> <p>При рентгеноскопии размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация усилена. ЭКГ: снижение вольтажа, подъем сегмента ST практически во всех отведениях до 1,5 мм, депрессия сегмента PR.</p> <p>На 3-й день состояние больного внезапно ухудшилось: одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени. АД - 100/90 мм рт. ст. Пульс - 120 в минуту, вялый, мягкий.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз при поступлении?</li> <li>2. Укажите два противоречия в описании исходных данных.</li> <li>3. Ваши назначения?</li> <li>4. Что произошло на 3-й день?</li> <li>5. Что следует предпринять?</li> </ol>	<p>характерные боли, лихорадка, шум трения перикарда, признаки увеличения полости перикарда (увеличение сердца, приглушенность тонов, уменьшения вольтажа зубцов ЭКГ).</p> <p>2.а) уменьшение наполнения пульса (парадоксальный пульс) должно быть на вдохе, а не на выдохе;</p> <p>б) при перикардальном выпоте должно быть снижение до исчезновения пульсации контуров сердца, особенно слева (неподвижное сердце).</p> <p>3. Постельный режим. Реопирин по 1 таблетке 3-4 раза в сутки или другой препарат из группы нестероидных противовоспалительных средств. Применение стероидных гормонов при умеренном выпоте (вначале) не имеет определенных преимуществ. Антибиотики не показаны в силу отсутствия сведений об этиологии и предположительно негнойным характером экссудата.</p> <p>4. Синдром тампонады сердца.</p> <p>5. Пункцию перикарда, удаление жидкости и ее исследование (в том числе бактериологическое).</p>		ПК 6
---	--	--	------

004



Вопросы:

1. Какой вариант ВПС изображен на снимках?
2. Слышен ли этот порок при аускультации?
3. Может ли этот порок наблюдаться у пациентов с «ТетрадойФалло»?
4. Перечислите основные компоненты комбинированного ВПС – «ТетрадаФалло».
5. Какое лечение оптимально при данном пороке?

1. Дефект межжелудочковой перегородки.
2. Да - грубый систолический шум в III-IV межреберье у левого края грудины/
3. Да.
4. ДМЖП + стеноз ствола легочной артерии + гипертрофия правого желудочка + декстрапозиция аорты.
5. Хирургическое

ТК ГИА

УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

005	<p>Мужчина 56 лет. Последние 10 лет избыточный вес (ИМТ 36,5). В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли, сухость во рту, жажда. Однако к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем. Отмечает сильную слабость, потливость.</p> <p>Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС <math>\approx</math> 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210/130 мм рт. ст. D=S. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: Тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Признаки ГЛЖ.</p> <p>ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая ретинопатия.</p> <p>АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,86 ммоль/л, мочевина 15,8 ммоль/л, креатинин 178 мкмоль/л, глюкоза 8,7 ммоль/л.</p> <p>АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.</p> <p>СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.</p> <p>ЭХОКГ: Аорта утолщена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,4 см, Тзс = 1,2 см.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. МСКТ-ангиография БОА или брюшная аортография, определение активности ренина плазмы.</li> <li>2. Сахарный диабет 2 типа.</li> <li>3. Нарушение функции почек с азотемией, особенно на фоне СД 2 типа, является фактором риска развития контрастиндуцированной ОПН.</li> <li>4. Диагноз: Атеросклероз. Окклюзия левой почечной артерии. Вторично сморщенная левая почка. Вазоренальная гипертония (злокачественное течение). Гипертоническое сердце. Хроническая форма фибрилляции предсердий (тахисистолическая форма). НК II Б ст. (Шф.к. по NYHA). Гиперлипидемия II Б тип.</li> <li>5. Нефрэктомия (полная утрата функции почки).</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
-----	--	--	--------	------------------------

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения основного диагноза?</li> <li>2. Какое еще заболевание наиболее вероятно будет выявлено при обследовании?</li> <li>3. Какие возможны трудности при проведении обследования?</li> <li>4. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?</li> <li>5. Какова тактика в отношении левой почки?</li> </ol>			
006	<p>Больная А., 55 лет, длительно страдающая гипертонией (до 160/100 мм рт.ст.), впервые ощутила сжимающие за грудиной боли в покое длительностью около 1 часа. Вызвала скорую помощь, боль купирована внутривенным введением морфина, доставлена в приемное отделение. При поступлении – ЧСС 80 вмин, АД – 140/90 мм рт.ст. ЭКГ представлена на рисунке справа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Тактика ведения?</li> <li>4. Показан ли данной больной тромболизис?</li> <li>5. Показаны ли больной статины?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. У больной острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.</li> <li>2. Необходимо исследовать содержание биохимических маркеров повреждения миокарда (тропонин Т или I или КФК-МВ); развернутый анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, мочевины, креатинин сыворотки, общий холестерин и его фракции, триглицериды.</li> <li>3. В лечении – аспирин в нагрузочной дозе 160-325 мг, затем 75-100 мг/сут, клопидогрел в начальной дозе 300 мг, затем 75 мг/сут, гепарин – предпочтительнее низкомолекулярный (эноксапарин 1 мг/кг массы тела 2 раза в день под кожу живота), бета-блокатор (с быстрым наращиванием дозы для достижения целевого уровня ЧСС 60-50 в мин), ингибитор АПФ, раннее назначение статинов. С учетом имеющейся депрессии сегмента ST по ЭКГ (что является маркером высокого риска) больной показана ранняя инвазивная тактика с</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

		<p>проведением коронарографии и, в зависимости от результатов последней, стентирование виновной коронарной артерии.</p> <p>4.Тромболизис в данном случае не показан.</p> <p>5.Да, показаны</p>		
007	<p>Больной 55 лет, жалобы на периодические приступы стенокардии при физической нагрузке, иногда головокружение с кратковременной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует, усиливает головокружение. В молодом возрасте находили порок сердца. Указанные симптомы около года.</p> <p>Объективно: сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца явные, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на шею не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту.</p> <p>На ЭКГ: признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка.</p> <p>При поступлении поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, склеротическая недостаточность митрального клапана. Цереброваскулярная недостаточность.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. При каких заболеваниях, помимо атеросклероза коронарных артерий, может наблюдаться типичная стенокардия напряжения?</p> <p>2. Как можно у данного больного объяснить систолический шум и гипертрофию левого желудочка, помимо митральной недостаточности?</p> <p>3. Какое исследование для</p>	<p>1. При коронаритах, аортальном стенозе, приобретенном или врожденном, гипертрофической обструктивной кардиомиопатии (ГОКМП).</p> <p>2. ГОКМП.</p> <p>3.Эхокардиография. Резкая гипертрофия левого желудочка, особенно межжелудочковой перегородки, уменьшение полости левого желудочка.</p> <p>4. Нитроглицерин снижает периферическое сопротивление, увеличивает градиент давления и ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.</p> <p>5. Методы выбора - постоянное лечение β-блокаторами с подбором эффективных и переносимых доз. Например, обзидан 80-160-240 мг и более. При недостаточном эффекте испытать действие антагонистов кальция. Избегать физических перегрузок. Сердечные гликозиды - только при мерцательной аритмии и НК.</p>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>уточнения диагноза? Что ожидается?</p> <p>4. Почему нитроглицерин неэффективен и плохо переносится?</p> <p>5. Какие методы лечения рекомендуются данному больному? Обосновать.</p>			
008	<p>Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110/70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?</p>	<p>1. ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-септальной сепарации, митральный клапан в виде «рыбьего зева», митральная регургитация). Рентгенография грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя).</p> <p>2. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы сердечной астмы. СН II Б ст. (IV ф.к. по NYHA).</p> <p>3. Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов.</p> <p>4. Кардиоресинхронизирующая терапия (имплантация бивентрикулярного электрокардиостимулятора с функцией кардиовертера-дефибриллятора). Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.</p> <p>5. Жизнеугрожающие желудочковые аритмии, декомпенсация ХСН.</p>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.</p> <p>3. Тактика лечения пациента.</p> <p>4. Какое оперативное лечение возможно?</p> <p>5. Основные причины смерти при данном заболевании?</p>			
009	<p>В кардиологическом диспансере под наблюдением находится ребенок 3 лет с диагнозом "врожденный порок сердца: тетрадаФалло." У матери беременность протекала с тяжелым токсикозом в 1-й половине. У родственников со стороны матери у одного из трех детей врожденный порок сердца. С двух-трех месяцев у ребенка были периодические приступы, характеризующиеся одышкой, сероватым оттенком кожи, беспокойством, иногда кратковременной потерей сознания, судорогами. К концу года появился цианоз, вначале периодический, каждый раз интенсивнее и стал к двум годам постоянным. Одышка в покое, при нагрузке усиливается. Стали появляться и одышечно-цианотичные приступы. Ребенок во время игры, любой физической нагрузки часто присаживается на корточки, чувствует при этом облегчение.</p> <p>При обследовании: кожа цианотична, "барабанные палочки". Выбухание грудной клетки в области грудины. Границы сердца в пределах возрастной нормы. На грудине области II-III межреберья выслушивается грубый систолический шум. На легочной артерии II тон ослаблен. В крови значительно увеличено число эритроцитов, содержание гемоглобина и гематокрит, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>При рентгенографии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положение на корточках при физической нагрузке.</li> <li>2. Высокий дефект МЖП, стеноз или атрезия легочной артерии, дэкстрапозиция аорты, гипертрофия правого желудочка.</li> <li>3. Сбросом крови справа налево.</li> <li>4. Хронической гипоксией.</li> <li>5. Консультация кардиохирурга, хирургическое лечение.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК 3, ПК 5, ПК 6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>выявляется форма "деревянного башмачка", гипертрофия и преобладание правых отделов сердца.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие какого клинического признака позволяет заподозрить тетрадуФалло?</li> <li>2. Какую патологию сердечно-сосудистой системы включает в себя тетрадаФалло?</li> <li>3. Чем обусловлен цианоз?</li> <li>4. Как объяснить изменения со стороны анализа крови?</li> <li>5. Тактика лечения?</li> </ol>			
010	<p>Больной 28 лет, с коарктацией аорты. АД 200/100 мм.рт.ст. на обеих руках. Внезапно появились сильные боли сжимающего характера в грудной клетке с иррадиацией в обе руки и спину. При обследовании: обильный пот, одышка 36 в минуту. Температура 36,2°C. Тоны сердца приглушены, систолический шум на аорте и паравертебрально. Пульс -110 в минуту, ритмичный, слева меньшего наполнения. АД справа -150/110 мм.рт.ст., слева-100/70 мм.рт.ст. Пульсация на бедренных артериях и артериях стоп усилена. ЭКГ: левограмма, высокая амплитуда R в V<sub>4-6</sub>, aVL, там же ассиметричные отрицательные зубцы T. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени аорты. На следующий день отмечено прогрессивное снижение АД до 70/30 мм.рт.ст., появился диастолический шум на аорте. В последующем развилась правосторонняя гемиплегия, появилась жидкость в левой</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расслаивающая аневризма аорты</li> <li>2. Нарушение проводимости артерий, отходящих от аорты</li> <li>3. Возможен ишемический инсульт</li> <li>4. Нарушение проводимости аорты и гиповолемия</li> <li>5. Выраженная гипертрофия левого желудочка</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 9

	<p>плевральной полости, шок, смерть.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какова причина болевого приступа?</li> <li>2. Как объяснить различие пульса и АД на руках?</li> <li>3. Как объяснить развитие гемиплегии?</li> <li>4. Какова причина шока?</li> <li>5. Как объяснить изменения на ЭКГ?</li> </ol>			
011	<p>Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.</p> <p>Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз наиболее вероятен?</li> <li>2. Диагноз инфаркта миокарда подтвержден ЭКГ. В БИТе начато лечение: дроперидол, фентанил, 1% нитроглицерин в/в, строфантин, гепарин, клофелин. Укажите неправильное (избыточное) лечение.</li> <li>3. Проведено обследование: ЭКГ, АЛТ, анализ крови, газы и электролиты крови, КЩС, мочевины, билирубин крови, центральное венозное давление. Какие исследования не нужны, какие обязательные не</li> </ol>	<p>1. Острый инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.</p> <p>2. Строфантин - так как отсутствуют признаки сердечной недостаточности; гепарин - нужно вначале определить свертываемость крови; клофелин - АД в пределах пограничных цифр; кроме того, одновременно применяется нитроглицерин и нейролептаналгезия, действующие гипотензивно.</p> <p>3. Не нужны: газы крови, электролиты, КЩС, ЦВД, так как отсутствуют признаки сердечной и дыхательной недостаточности, не проводится инфузионная терапия.</p> <p>Мочевина и билирубин - нет показаний. Не назначены – КФК-МВ, тропонин Т или I; свертываемость крови.</p> <p>4. β-блокаторы, малые дозы аспирина, ингибиторы АПФ, статины.</p> <p>5. О синдроме Дресслера.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>назначены?</p> <p>4. Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД - 160/95 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение наиболее показано?</p> <p>5. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура - 37.8°C, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?</p>	Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.		
012	<p>Больной 20 лет обратился с жалобами на приступы ритмичного сердцебиения с ЧСС до 200 в минуту, сопровождающиеся слабостью, головокружением, возникающие внезапно без связи с физической нагрузкой. На ЭКГ вне приступа-синусовый ритм 70 в минуту, нарушений ритма и проводимости не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое исследование позволит определить характер аритмий?</li> <li>2. Какова причина данной аритмии?</li> <li>3. Назовите препараты, используемые для купирования аритмии?</li> <li>4. Какой методы можно использовать для оценки эффективности антиаритмической терапии?</li> <li>5. Какой радикальный метод лечения данной аритмии?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЧПСП,</li> <li>2. механизм повторного входа волны возбуждения в а-в узле или дополнительный путь проведения (скрытый синдром ВПУ).</li> <li>3. вагусные пробы, при неэффективности верапамил, АТФ, новокаинамид.</li> <li>4. ЧПСП на фоне терапии или холтеровское мониторирование ЭКГ.</li> <li>5. Радиочастотная абляция а-в соединения или ДПП.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
013	<p>Больная Д., 56 лет, обратилась в СМП с жалобами на головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза: АГ страдает в течение 10 лет с</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ГБ III, риск 4. Гипертонический криз</li> <li>2. Отек легких</li> <li>3. Sol.Morphini hydrochloride 1%-1ml., Sol. Pentamini 5%-1ml., Sol. Isoceti 0,1%-10 ml. на</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>максимальными цифрами АД=180/100 мм.рт. ст., привычным для себя считает АД=140/90 мм. рт. ст. 2 года назад перенесла ОИМ с локализацией по нижней стенке левого желудочка. По приезду бригады СМП АД составляло 180/100 мм. рт. ст, также больная стала предъявлять жалобы на одышку.</p> <p>Объективно: больная занимает вынужденное положение "ортопноэ". Дыхание в легких ослаблено, ЧДД=23 в мин., влажные хрипы в нижних отделах легких. Границы относительной сердечной тупости: левая +1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, остальные в норме. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные, ЧСС=90 в мин., АД=180/100 мм.рт. ст.</p> <p>ЭКГ (СМП): ритм синусовый, ЧСС=95 вмин, рубцовые изменения по нижней стенке. ГЛЖ.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз</li> <li>2. Назовите осложнение ГК, возникшее у больной</li> <li>3. Определите неотложную терапию в данном случае</li> <li>4. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки</li> <li>5. Выпишите рецепт на лазикс</li> </ol>	<p>физиологическом растворе в\в, Sol. Lasixi 15-2ml. в\в струйно, Кислород ингаляционно, Sol. Spirituosaehtilici 33%-10 ml. в\в, готовый аэрозоль Aer. Antifomsilan 15,0 сделать 1-2 вдоха</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Госпитализация в стационар</li> <li>5. Sol. Lasixi 2ml. в\в струйно</li> </ol>		
014	<p>Пациентка Д., 58 лет, с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий</p> <p>Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь II ст., 2 ст. повышения АД, высокого риска. Из анамнеза: пароксизмы ФП беспокоят около 4-х лет с частотой 2-3 раза в год</p> <p>Регулярно принимает: пропафенон 450 мг/сут, моноприл 10 мг/сут</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимо восстанавливать.</li> <li>2. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, редкие пароксизмы, нормальный объем левого предсердия, нет электролитных расстройств, относительно молодой возраст</li> <li>3. Медикаментознаякарди оверсияновокаиномидом 1000мг внутривенно медленно</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>игидрохлортиазид 25 мг/сут. ЭКГ – ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 90-140 в мин. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭХО –КГ Размер левого предсердия: 40 мм. Объем левого предсердия: 63 мл. Толщина МЖП: 10 мм. Толщина ЗСЛЖ: 11 мм. КДР левого желудочка: 52 мм. КДО левого желудочка: 105 мл. КСО левого желудочка : 44 мл. Фракция выброса: 58%.Клапанный аппарат интактный. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Электролиты в норме.</p> <p>Вопросы: 1.Тактика ведения (восстанавливать синусовый ритм?) 2. Почему восстанавливать синусовый ритм? 3. Метод восстановления? 4. При сохранении фибрилляции предсердий? 5. Поддерживающая антиаритмическая терапия</p>	<p>со скоростью 50 мг/мин</p> <p>4. Наблюдение (у 30-35% пациентов с пароксизмальной формой ФП отмечается спонтанное восстановление синусового ритма в течение 24 часов)</p> <p>5. Продолжить терапию пропafenоном 450 мг/сут</p>		
015	<p>Больной 55 лет в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, которые купировались после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут или в состоянии покоя. В прошлом курил в течение 25 лет. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Через 3 часа был осмотрен врачом скорой помощи. Состояние больного тяжелое,</p>	<p>1. Впервые возникшая стенокардия напряжения 2. Болевой; кардиогенный шок 3. ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка. Осложнение. Кардиогенный шок. Желудочковая экстрасистолия. 4. KillipIV 5. При шоке медикаменты должны вводиться только внутривенно. Строфантин в первые часы инфаркта миокарда не показан.</p>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

<p>сознание ясное. Беспокоен, боли продолжают. Кожные покровы цианотичные, конечности холодные и влажные. Шейные вены не набухшие. Частота дыханий - 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах – до углов лопаток – выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца - по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Пульс-120 в минуту, малый, мягкий. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД-75/50 мм рт.ст. Температура тела- 37<sup>0</sup>С.</p> <p>Бригадой скорой медицинской помощи произведено: морфий 1%-1,0 подкожно, затем дроперидол и фентанил подкожно, строфантин 0,05%-0,75 мл внутривенно, допамин внутривенно, начиная с 5 мкг/кг через 30 мин. АД повысилось до 95/70 мм рт.ст. и больной был госпитализирован.</p> <p>Экстренно была снята кардиограмма, на которой определялся зубец Q&gt;0.03 сек, подъем сегмента ST выпуклостью вверх с переходом в зубец T в отведениях I, AVL, V1-V3, внеочередные деформированные QRS без предшествующего зубца P. В биохимическом анализе крови: Креатинфосфокиназа-520 ед/л, МВ-КФК 156 ед/л, тропонин T 1,2 мг/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?</li> <li>2. Выделите основные синдромы, характерные для данного заболевания.</li> </ol>			
---	--	--	--

	<p>3. Сформулируйте диагноз  4. Определите стадию по Killip  5. Оцените лечение скорой медицинской помощи</p>			
016	<p>В кардиологическом диспансере под наблюдением находится ребенок 3 лет с диагнозом "врожденный порок сердца: тетрадаФалло." У матери беременность протекала с тяжелым токсикозом в 1-й половине. У родственников со стороны матери у одного из трех детей врожденный порок сердца. С двух-трех месяцев у ребенка были периодические приступы, характеризующиеся одышкой, сероватым оттенком кожи, беспокойством, иногда кратковременной потерей сознания, судорогами. К концу года появился цианоз, вначале периодический, каждый раз интенсивнее и стал к двум годам постоянным. Одышка в покое, при нагрузке усиливается. Стали появляться и одышечно-цианотичные приступы. Ребенок во время игры, любой физической нагрузки часто присаживается на корточки, чувствует при этом облегчение.</p> <p>При обследовании: кожа цианотична, "барабанные палочки". Выбухание грудной клетки в области грудины. Границы сердца в пределах возрастной нормы. На грудине области II-III межреберья выслушивается грубый систолический шум. На легочной артерии II тон ослаблен. В крови значительно увеличено число эритроцитов, содержание гемоглобина и гематокрит, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>При рентгенографии: выявляется форма "деревянного башмачка", гипертрофия и</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положение на корточках при физической нагрузке.</li> <li>2. Высокий дефект МЖП, стеноз или атрезия легочной артерии, дэкстрапозиция аорты, гипертрофия правого желудочка.</li> <li>3. Сбросом крови справа налево.</li> <li>4. Хронической гипоксией.</li> <li>5. Консультация кардиохирурга, хирургическое лечение.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>преобладание правых отделов сердца.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие какого клинического признака позволяет заподозрить тетрадуФалло?</li> <li>2. Какую патологию сердечно-сосудистой системы включает в себя тетрадаФалло?</li> <li>3. Чем обусловлен цианоз?</li> <li>4. Как объяснить изменения со стороны анализа крови?</li> <li>5. Тактика лечения?</li> </ol>			
017	<p>Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.</p> <p>Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз наиболее вероятен?</li> <li>2. Диагноз инфаркта миокарда подтвержден ЭКГ. В БИТе начато лечение: дроперидол, фентанил, 1% нитроглицерин в/в, строфантин, гепарин, клофелин. Укажите неправильное (избыточное) лечение.</li> <li>3. Проведено обследование: ЭКГ, АЛТ, анализ крови, газы и электролиты крови, КЩС, мочевины, билирубин крови,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.</li> <li>2. Строфантин - так как отсутствуют признаки сердечной недостаточности; гепарин - нужно вначале определить свертываемость крови; клофелин - АД в пределах пограничных цифр; кроме того, одновременно применяется нитроглицерин и нейролептаналгезия, действующие гипотензивно.</li> <li>3. Не нужны: газы крови, электролиты, КЩС, ЦВД, так как отсутствуют признаки сердечной и дыхательной недостаточности, не проводится инфузионная терапия. Мочевина и билирубин - нет показаний. Не назначены – КФК-МВ, тропонин Т или I; свертываемость крови.</li> <li>4. β-блокаторы, малые дозы</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>центральное венозное давление. Какие исследования не нужны, какие обязательные не назначены?</p> <p>4. Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД - 160/95 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение наиболее показано?</p> <p>5. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура - 37.8°C, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?</p>	<p>аспирина, ингибиторы АПФ, статины.</p> <p>5. О синдроме Дресслера. Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.</p>		
018	<p>Пациент П., 28 лет. Со слов матери, в детстве выслушивали шум в сердце. Однако, на обследование не обращались. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.</p> <p>Объективно: ЧСС 80 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.</p> <p>ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,4 см, Тзс = 1,0 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.</p>	<p>1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.</p> <p>2. Нагрузочный тест, холтеровское ЭКГ-мониторирование, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - АД-мониторирование для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.</p> <p>3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон.</p> <p>4. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитроглицерин, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).</p> <p>5. Хирургическая коррекция (иссечение) МЖП, спиртовая абляция септальной ветви, имплантация ЭКС для снижения градиента в выводящем тракте ЛЖ.</p>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.</li> <li>2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?</li> <li>3. Тактика медикаментозного лечения пациента.</li> <li>4. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?</li> <li>5. Какие методы хирургического лечения Вы знаете? В каком случае Вы будете их рекомендовать?</li> </ol>	<p>Оперативное лечение обсуждается при повышении градиента более 50 мм рт.ст.</p>		
019	<p>Больной Ю., 48 лет. Жалобы на одышку в покое. 7 лет назад был диагностирован лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов средостения и периферических. В течение года получил повторные курсы рентгенотерапии (4000 рад) на область средостения и полихимиотерапии. В течение 6 лет состояние удовлетворительное. Одышка появилась 2 месяца назад. Объективно: отеки на ногах. Лимфоузлы не увеличены. Набухание шейных вен. Признаки умеренного двухстороннего плеврального выпота. Тоны сердца приглушены. Имеется асцит. Температура - 37.3°C. Анализ крови, мочи - без особенностей. ЭКГ: вольтаж снижен, зубцы Т отрицательные во всех отведениях. Рентгенография: двухсторонний выпот, пневмосклероз верхних отделов легких, сердце нормальных размеров и формы.</p> <p>Вопросы:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. а) Учитывая одышку, набухание шейных вен, отеки, асцит, диффузные изменения ЭКГ, можно предположить заболевание сердца с правожелудочковой сердечной недостаточности. Этому противоречат нормальные размеры сердца; б) Увеличенная плотная печень может означать цирроз печени в стадии декомпенсации. Это исключается, так как имеется набухание шейных вен, свидетельствующее о высоком венозном давлении.</li> <li>2. Выраженный застой в большом круге, включая двусторонний плевральный выпот, при увеличенном сердце характерны для констриктивного перикардита с нарушением венозного притока крови к сердцу. Изменения ЭКГ соответствуют этому предположению.</li> <li>3. Эхокардиография может выявить наличие жидкости в полости перикарда и утолщение задней стенки левого желудочка; катетеризация сердца: высокое и одинаковое диастолическое</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каковы вероятные причины отечно-асцитического синдрома?</li> <li>2. О каком заболевании сердца можно думать? Как объяснить изменения ЭКГ?</li> <li>3. Какие исследования могут подтвердить диагноз?</li> <li>4. Какова причина болезни сердца?</li> <li>5. Лечебная тактика?</li> </ol>	<p>давление в правом желудочке и правом предсердии.</p> <p>4. Можно предполагать две причины: 1) рецидив лимфогранулематоза с поражением перикарда исключается в связи с отсутствием других признаков этого заболевания; 2) последствие рентгенотерапии медиастинальной области. Второе предположение наиболее вероятно, так как имеется также двусторонний пневмофиброз, который может иметь пострadiационное происхождение.</p> <p>5. Обсудить возможность операции перикардиолиза. До операции - диуретическая терапия.</p>		
020	<p>Мужчина, 48 лет, около 2 недель назад стала возникать давящая за грудиной боль при ходьбе на 200 метров, проходящая в покое через 3 минуты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вероятный диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Где лечить больного?</li> <li>4. Лечение?</li> <li>5. Ваши действия при неэффективности медикаментозного лечения?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИБС. Нестабильная (впервые возникшая) стенокардия.</li> <li>2. ЭКГ. Рентгенография грудной клетки (если не проводилась в течение последнего года). ОАК. ОАМ. Анализ крови на глюкозу, креатинин, холестерин и его фракции, триглицериды.</li> <li>3. В стационаре.</li> <li>4. Аспирин, клопидогрель, гепарины, бета-блокаторы, нитраты, статины</li> <li>5. При отсутствии значительного эффекта показана срочная коронарография.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК 3, ПК 5, ПК 6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11
021	<p>Женщина 30 лет жалуется на одышку при небольших физических нагрузках, тупые боли в области сердца почти постоянного характера, слабость, субфебрилитет в течение 2 недель. Отмечает, что за неделю до этого перенесла гриппоподобное заболевание с подъемом температуры тела до</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый перикардит</li> <li>2. Острый миокардит, острая ревматическая лихорадка, пневмония</li> <li>3. ЭхоКГ</li> <li>4. Депрессия сегмента PQ мм и подъем сегмента ST практически во всех отведениях</li> <li>5. Госпитализация, НПВС</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>38-39<sup>0</sup>С в течение 3 дней. Тоны сердца слегка приглушены. В анализе крови – увеличение СОЭ до 22 мм/ч. На ЭКГ – синусовая тахикардия, депрессия сегмента PQ до 0,5 мм и подъем сегмента ST практически во всех отведениях.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наиболее вероятный диагноз?</li> <li>2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?</li> <li>3. Какой метод обследования следует сделать в первую очередь для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Какие изменения на ЭКГ подтверждают диагноз?</li> <li>5. Какое лечение Вы назначите?</li> </ol>	<p>(предпочтителен ибупрофен, доза подбирается в зависимости от тяжести острого перикардита и ответа на лечение может требоваться 300-800 мг каждые 6-8 ч.</p>		
022	<p>Больной Ш, 60 лет, перенес дважды инфаркт миокарда. На момент осмотра жалобы на усталость, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног, перебои в работе сердца, приступы стенокардии при незначительной физической нагрузке.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Чем обусловлено ухудшение состояния пациента?</li> <li>2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</li> <li>3. Какие могут быть выявлены изменения при проведении ЭхоКС?</li> <li>4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного состояния.</li> <li>5. Какое лабораторное исследование наиболее информативно для диагностики</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитием сердечной недостаточности.</li> <li>2. ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, КАГ.</li> <li>3. Выявление зон гипоакинезии, снижение фракции выброса, наличие диастолической дисфункции миокарда.</li> <li>4. Ингибиторы АПФ, диуретики, β-блокаторы, аспирин, статины, нитраты.</li> <li>5. Определение натрийуретического пептида.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	развившегося состояния?			
023	<p>Больная А., 50 лет, жалуется на головные боли, шум в ушах. Из анамнеза: АГ страдает в течение 5 последних лет с максимальными цифрами АД=160/100 мм.рт.ст., привычным для себя считает АД=140/90 мм.рт.ст., терапию не принимает. Год назад поставили диагноз сахарный диабет 2 типа, уровень глюкозы контролирует, принимает глиформин 0,5 1таб в день. Объективно: дыхание в легких везикулярное, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС=90 в мин., АД=150/100 мм.рт.ст. ОАК: эритроциты <math>4 \cdot 10^9</math>/л, гемоглобин 135 г/л, гематокрит 47%, тромбоциты 360 тыс./л, лейкоциты <math>6 \cdot 10^{12}</math>/л, СОЭ=2 мм/ч. Свертывающая система крови: фибриноген 4 мкмоль/л, продолжительность кровотечения по Дьюку 2,5 мин. Б\х анализ крови: глюкоза крови 4,5 ммоль/л, холестерин 10 ммоль/л, АСТ 49 МЕ, АЛТ 28 МЕ, мочевины крови 6,2 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л. ОАМ: белок+, эпителий плоский 9, эритроциты изменённые 1, неизменённые 2, лейкоциты 3, оксалаты+, бактерии и дрожжи ++.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС=90 в мин., ЭОС не отклонена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите генез АГ?</li> <li>2. Назначьте дополнительные обследования?</li> <li>3. Назовите уровень целевого АД при сахарном диабете?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диабетическая нефропатия</li> <li>2. Радиоизотопная ренография, экскреторная урография, УЗИ почек</li> <li>3. Целевой уровень АД&lt;130/80</li> <li>4. иАПФ, антагонисты рецепторов ангиотензинаII</li> <li>5. Tab. Losartani 0,05 1 таб в день</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>4. Назовите группу препаратов, использующихся для лечения АГ при сопутствующем сахарном диабете?</p> <p>5. Выпишите любой препарат из этой группы?</p>			
024	<p>Мужчина 49 лет был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?</li> <li>Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?</li> <li>Какое лечение Вы порекомендуете?</li> <li>Прогноз при консервативном медикаментозном лечении?</li> <li>Прогноз при</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Разрыв межжелудочковой перегородки.</li> <li>ЭхоКГ (желательно с цветным доплеровским сканированием), радиоизотопная вентрикулография.</li> <li>Показана экстренная ВАБК (снижает системное сопротивление и шунтирование, улучшает перфузию коронарного ложа и поддерживает АД), введение вазопрессоров и вазодилататоров (необходимо время для подготовки к неотложной операции) и последующая неотложная хирургическая коррекция мышечных разрывов.</li> <li>Летальность: 100% случаев.</li> <li>Летальность: 30% случаев.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	хирургическом лечении?			
025	<p>Больной 69 лет, около 10 лет отмечает редкие боли за грудиной при интенсивной работе на садовом участке, быстро проходящие в покое, иногда перебои в работе сердца. Последние две недели перебои в работе сердца стали постоянными, появилась одышка при ходьбе. При осмотре кожные покровы без особенностей, в лёгких хрипов нет, ЧДД- 17 в минуту, перкуторные границы сердца расширены влево на 1 см, тоны сердца аритмичны с ЧСС - 94 в минуту, пульс – 80 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст. По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны. Обратился в поликлинику по месту жительства.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулировать диагноз</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Возможно ли восстановление ритма при первичном обращении?</li> <li>4. План лечения?</li> <li>5. Показан ли антикоагулянт после восстановления ритма?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ф. кл. Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. СН I стадия (II ф. кл. NYHA).</li> <li>2. Произвести исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, уровней глюкозы крови, холестерина и его фракций, калия, ЭхоКГ (определить зоны гипокинезии, размеры полостей, тромбы, состояние клапанов, фракцию выброса).</li> <li>3. Нет, так как продолжительность ФП более 48 часов. Необходима антикоагулянтная терапия и дообследование.</li> <li>4. Произвести плановую электрическую кардиоверсию после 3-х недельного курса антикоагулянтной терапии (под контролем показателей свёртываемости - МНО) на фоне урежения ритма с помощью блокаторов АВ-проводения (<math>\beta</math>-блокаторы, антагонисты кальция или кордарон) и коррекции сердечной недостаточности ингибиторами АПФ.</li> <li>5. Да, по меньшей мере в течение 1 месяца. После дообследования уточнить риск тромбоэмболий и при необходимости назначить антитромботическую терапию.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
026	<p>Больной 45 лет, жалобы на периодические приступы стенокардии при физической нагрузке, иногда головокружение с кратковременной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует, усиливает</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. При аортальном стенозе, приобретенном или врожденном, коронаритах, гипертрофической обструктивной кардиомиопатии (ГКМП).</li> <li>2. Признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>головокружение. Указанные симптомы около года.</p> <p>Объективно: сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца явные, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на шею не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 86 в мин. Косонисходящая депрессия сегмента ST с глубоким отрицательным T в отведениях I, aVL, V4-V6. RV6 &gt;RV4. При поступлении поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, склеротическая недостаточность митрального клапана. Цереброваскулярная недостаточность.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При каких заболеваниях сердца, помимо атеросклероза коронарных артерий, может наблюдаться типичная стенокардия напряжения?</li> <li>2. Прокомментируйте изменения на ЭКГ?</li> <li>3. Какое исследование для уточнения диагноза? Что ожидается?</li> <li>4. Почему нитроглицерин неэффективен и плохо переносится?</li> <li>5. Какие методы лечения рекомендуются данному больному? Обосновать.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Эхокардиография. Резкая гипертрофия левого желудочка, особенно межжелудочковой перегородки, уменьшение полости левого желудочка.</li> <li>4. Нитроглицерин снижает периферическое сопротивление, увеличивает градиент давления и ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.</li> <li>5. Методы выбора - постоянное лечение <math>\beta</math>-блокаторами с подбором эффективных и переносимых доз. Возможно назначение антагонистов кальция группы верапамила. Избегать физических перегрузок. При градиенте в выводящем тракте ЛЖ более 50 мм рт. ст. обсудить возможность и тактику хирургического лечения.</li> </ol>		
027	<p>Мужчина, 50 лет, два дня назад стал отмечать тянущую боль в левой икроножной мышце, затем в бедре. Сегодня утром встал с кровати - внезапно возникла интенсивная боль в грудной клетке, одышка. Из анамнеза известно, что около месяца назад была травма – растяжение связок левого</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тромбофлебит глубоких вен левой нижней конечности. ТЭЛА.</li> <li>2. Травма и последующая иммобилизация конечности.</li> <li>3. D-димер, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ, ДС с ЦДК</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>голеностопного сустава, носил иммобилизирующую повязку. При осмотре: темный цианоз лица. Лежит низко. ЧД 26 в минуту. Над легкими - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 95/65 мм рт.ст. ЧСС 100 уд/мин. Акцент второго тона над легочной артерией. Живот мягкий, безболезненный. Левое бедро и голень несколько утолщены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вероятный диагноз?</li> <li>2. Назовите факторы риска?</li> <li>3. План обследования для уточнения диагноза?</li> <li>4. План лечения?</li> <li>5. Как предотвратить рецидив?</li> </ol>	<p>вен нижних конечностей, МСКТ-ангиография легочной артерии или ангиопульмонография.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Имеются критерии высокого риска смерти от ТЭЛА. Показан тромболизис. Кислород, инфузионная терапия, гепарин, анальгетики, антибиотики, при сохранении легочной гипертензии – антагонисты Са.</li> <li>5. Кава-фильтр, длительный приём непрямых антикоагулянтов под контролем МНО.</li> </ol>		
028	<p>Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада СМП. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение.</p> <p>При осмотре - бледность кожных покровов. Периферических отеков нет. Тоны сердца разной звучности, 44 в минуту. АД - 120/70 мм рт.ст.</p> <p>На ЭКГ: полная АВ-блокада с частотой желудочковых сокращений 44 в минуту.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможные причины потери сознания?</li> <li>2. Неотложные мероприятия во время потери сознания?</li> <li>3. Какие медикаменты показаны для учащения сердечных сокращений?</li> <li>4. Какая неотложная помощь должна быть оказана в стационаре?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приступ Морганьи-Эдемса-Стокса, обычно связанный с транзиторной асистолией.</li> <li>2. Удар в область сердца, наружный массаж сердца.</li> <li>3. Атропин, адреномиметики.</li> <li>4. Госпитализация в БИТ, имплантация временного электрокардиостимулятора</li> <li>5. Имплантация постоянного кардиостимулятора.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	5. Ваша дальнейшая тактика по предупреждению повторных приступов?			
029	<p>Больной 75 лет, в анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, контролирует приемом диабетона МВ. В течение 2 лет отмечает перебои в работе сердца, учащенное неритмированное сердцебиение, одышку при быстрой ходьбе. Принимает метопролол 50 мг, эналаприл 20 мг. В течение недели усилилась одышка, появились отеки лодыжек. При осмотре отмечается акроцианоз, в нижних отделах лёгких – выслушиваются единичные незвучные влажные хрипы, ЧДД – 22 в минуту, перкуторные границы сердца расширены влево на 2 см, тоны сердца аритмичны с ЧСС-134 в минуту, пульс – 115 в минуту, АД – 140/80 мм рт. ст.</p> <p>По серии ЭКГ (за прошедший год и при обращении) : зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны, признаки ГЛЖ.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулировать диагноз</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Показано ли восстановление ритма?</li> <li>4. План лечения?</li> <li>5. Показана ли антикоагулянтная терапия для профилактики тромбоэмболий, как долго?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертоническая болезнь Шст, риск 4. Хроническая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. СН II Б стадия (Шф. кл. NYHA). Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести.</li> <li>2. Произвести исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, уровней глюкозы крови, холестерина и его фракций, калия, ЭхоКГ (определить зоны гипокинезии, размеры полостей, тромбы, состояние клапанов, фракцию выброса).</li> <li>3. Нет, так как продолжительность ФП более 2 лет, возраст 75 лет.. Низкие шансы удержания ритма.</li> <li>4. В лечении дигоксин (1/2-1 таб) в день и бета-блокаторы для контроля частоты желудочковых сокращений, мочегонные, верошпирон, ИАПФ или сартаны, антитромботическая терапия, омакор.</li> <li>5. Да, варфарином или дабигатраном постоянно. Имеется 4 фактора риска (сахарный диабет, гипертония, сердечная недостаточность, возраст 75 лет)</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
030	Пациентка Д., 26 лет, с жалобами на учащение сердцебиения до 125 в мин.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синусовой тахикардии.</li> <li>2. Уменьшение продолжительности</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>По ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 98 в мин, НБПНПГ. ЭХО-КГ – Размер левого предсердия: 35 мм. Толщина МЖП: 10 мм. Толщина ЗСЛЖ: 10 мм. КДР левого желудочка: 50 мм. Фракция выброса: 64%. Клапанный аппарат интактный. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Электролиты в норме.</p> <p>Вопросы: 1. О чем можно думать? 2. ЭКГ признаки синусовой тахикардии? 3. Какие клинико-патогенетические формы знаете? 4. Этиотропное лечение синусовой тахикардии? 5. Симптоматическое лечение синусовой тахикардии?</p>	<p>интервалов Р-Р; некоторое увеличение амплитуды и заострение зубцов Р; если частота ритма начинает превышать 100-120 в мин; в отведении V1-2 зубцы Р не меняются; при резкой тахикардии зубцы Р могут сливаться с предшествующими им зубцами U или T; нисходящее смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии, что придает ЭКГ форму «якоря».</p> <p>3. Нейрогенная, токсическая, лекарственная, гипоксическая, миогенная. 4. Необходимо стремиться к устранению причины, вызвавшей учащение сокращений сердца. Полный отказ от курения, алкоголя, лечение инфекционных заболеваний, восстановление концентрации гемоглобина, подавление повышенной функции щитовидной железы и т.д. 5. Предпочтение отдадут бета-адреноблокаторам .</p>		
031	<p>Пациентка М., 52 года Жалобы: на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часа и заканчиваются спонтанно Анамнез: подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания.</p>	<p>1. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта 2. Чреспищеводная стимуляция предсердий, электрофизиологическое исследование, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. 3. Наличием дополнительного пучка проведения между предсердием и желудочками. 4. Оперативное лечение – РЧА дополнительного пучка проведения, для купирования приступов при подготовке к операции – в/в введение амиодарона 150-300 мг. 5. При проведении хирургического лечения</p>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>Осмотр: объективный осмотр без особенностей, в анализах крови без патологии.</p> <p>ЭХОКС: Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, в остальном без патологии.</p> <p>ЭКГ, снятая вне приступа: ритм синусовый с ЧСС 72 в мин, P 0,1 с, PQ 0,1 с, QRS 0,14 с, QT 0,44 с. ST на изолинии. Единичная желудочковая экстрасистолия. На восходящем колене зубца R всех комплексов QRS небольшая зазубрина.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какова наиболее вероятная природа описанных больной приступов?</li> <li>2. Какое обследование необходимо провести в данном случае?</li> <li>3. Чем обусловлен врожденный вариант данного заболевания?</li> <li>4. Какова должна быть лечебная тактика?</li> <li>5. Каков прогноз заболевания у данной больной?</li> </ol>	<p>благоприятный.</p>		
032	<p>Больная 52 лет обратилась к кардиологу с жалобами на одышку при физической нагрузке. При объективном осмотре выявлен диастолический шум в точке Боткина и на аорте. На ЭхоКГ выявлен двухстворчатый аортальный клапан, выраженная аортальная регургитация, размер восходящей аорты – 5,2 см.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз?</li> <li>2. Укажите наиболее вероятную причину?</li> <li>3. Укажите дополнительные</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аортальная регургитация</li> <li>2. Ревматизм</li> <li>3. ЧПЭхоКГ</li> <li>4. Кардиохирурга</li> <li>5. Оперативное лечение</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>исследования?  4. Какого специалиста требуется осмотр?  5. Какова тактика ведения?</p>			
033	<p>Больной М, 26 лет  Жалобы: на периодические приступы сильного сердцебиения, начавшиеся и заканчивающиеся внезапно, сопровождающиеся общей слабостью, потливостью, частым мочеиспусканием. Во время последнего приступа АД 80/60 мм.рт.ст. Вне приступов самочувствие хорошее.</p> <p>Анамнез: вышеуказанные жалобы около 5 месяцев, заболевания сердечно-сосудистой системы отрицает. У матери было нарушение ритма сердца, какое – не знает, в 40 лет после хирургического лечения аритмия полностью была купирована.</p> <p>Осмотр: границы сердца не изменены, ритм правильный, ЧСС 80 в мин, АД 125/75 мм.рт.ст.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 80 в мин., укорочение интервала PQ до 0,09 сек, дельта-волна.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каков предварительный диагноз?</li> <li>2. Чем обусловлена клиническая симптоматика во время приступа?</li> <li>3. Какие варианты тахиаритмий можно зафиксировать по ЭКГ во время приступа?</li> <li>4. Какие способы купирования приступа вы знаете?</li> <li>5. Нуждается ли пациент в хирургической коррекции аритмий?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта</li> <li>2. Одним из механизмов полиурии является усиленная выработка предсердного натрийуретического пептида, связанная с частым сокращением предсердий. Гемодинамические нарушения (артериальная гипотония, общая слабость), свидетельствуют о высокой ЧСС во время приступа.</li> <li>3. Пароксизмальная ортодромная или антидромная тахикардии.</li> <li>4. «Вагусные» пробы, аденозин (АТФ), верапамил или прокаинамид, чреспищеводная электростимуляция предсердий.</li> <li>5. Да, радикальный метод лечения – РЧА пучка Кента.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
034	<p>Больной 62 лет вызвал СМП по</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фибрилляция</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК

	<p>поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день. Последние 7 лет повышение АД до 180/100, регулярно не лечился.</p> <p>Объективно: цианоз губ. В легких в задних отделах незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД - 95/65 мм рт. ст. ЧСС - 160 в минуту. Пульс - 124 в минуту. Дефицит - 36 в минуту. Печень у края реберной дуги.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему? Его влияние на гемодинамику?</li> <li>2. Что ожидается на ЭКГ?</li> <li>3. Назначения: дигоксин, изоптин, поляризующая смесь. На следующий день частота сердечных сокращений около 80 в минуту, но мерцательная аритмия остается. АД - 120/75 мм рт. ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии?</li> <li>4. Показания и меры предосторожности при проведении плановой ЭИТ?</li> <li>5. При ЭИТ восстановлен синусовый ритм. Какова дальнейшая тактика?</li> </ol>	<p>предсердий, пароксизмальная форма, сопровождается развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Разные интервалы RR, тахикардия, отсутствие зубцов P.</li> <li>3. Показано восстановление синусового ритма.</li> <li>4. Отмена дигоксина, назначение непрямых антикоагулянтов. Перед ЭИТ – чреспищеводное ЭхоКГ.</li> <li>5. После восстановления синусового ритма показана терапия антикоагулянтами до 4-х недель, поддерживающее противоритмическое лечение, антигипертензивное лечение.</li> </ol>		2, ПК 5, ПК 6
035	<p>Пациент Н., 43 лет внезапно потерял сознание. АД и пульс не определяются. Из анамнеза известно: 3 дня назад впервые в жизни нарушение ритма сердца – пароксизм фибрилляции предсердий, в связи с чем был доставлен в стационар. При поступлении по ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вероятнее всего - фибрилляция желудочков.</li> <li>2. На ЭКГ регистрируется нерегулярная, хаотическая электрическая активность в виде полиморфных осцилляций, постоянно изменяющихся по своей конфигурации, амплитуде, продолжительности и частоте, диапазон которой составляет</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК 3, ПК 5, ПК 6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>ЧСС 140 в мин. Для восстановления ритма пациенту был назначен кордарон (амиодарон) в насыщающей дозировке 1,2 г/сут (6 таблеток) в первый день, затем по 3 таблетки в сутки.</p> <p>По ЭКГ, записанной сегодня: ритм – фибрилляция предсердий, ЧСС ≈75-80 в мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое состояние развилось у пациента?</li> <li>2. Вероятная причина развившегося состояния?</li> <li>3. Оцените назначенную антиаритмическую терапию?</li> <li>4. Дальнейший алгоритм действий врача?</li> <li>5. Какой объем обследований необходимо провести в плановом порядке?</li> </ol>	<p>от 300 и выше в 1 мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Факторы риска – прием сердечных гликозидов и мочегонная терапия без контроля уровня калия и назначения препаратов калия.</li> <li>4. Алгоритм: проходимость верхних дыхательных путей, непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, ЭКГ для определения варианта остановки сердца – фибрилляция желудочков или асистолия, ФЖ - электроимпульсная терапия, лидокаин, препараты калия.</li> <li>5. Восстановление электролитного баланса, β-адреноблокаторы, амиодарон под контролем QT.</li> </ol>		
036	<p>Больная 18 лет жалуется на потливость, сердцебиения, слабость, одышку при ходьбе. 2 недели назад перенесла ангину. При обследовании: субфебрилитет, пульс - 92 в минуту, ослабление I тона на верхушке, нежный систолический шум. На ЭКГ: PQ=0.26 сек.</p> <p>На ФКГ: систолический низкоамплитудный шум на верхушке, не связанный с I тоном, снижение амплитуды I тона. СОЭ - 26 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Как оценить изменения со стороны сердца?</li> <li>2. Какой возбудитель данного заболевания?</li> <li>3. Какое происхождение систолического шума?</li> <li>4. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?</li> <li>5. Развитие какого</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Первичный ревмокардит.</li> <li>2. β-гемолитический стрептококк группы А.</li> <li>3. Вероятно, функциональное.</li> <li>4. Мазок из зева, АСЛ-О, СРБ, электрофорез белков крови.</li> <li>5. Формирование порока сердца.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

	осложнения можно ожидать?			
037	<p>Мужчина, 60 лет, поступил в отделение реанимации кардиоцентра с диагнозом инфаркт миокарда. На ЭКГ регистрируется подъем ST в отведениях I, aVL, V1 – V4 переходящий в (+) T. В этих же отведениях имеется патологический Q, в V1 регистрируется высокий R, ширина QRS – 0,14 секунд. ЭОС резко отклонена влево (в I отведении QRS типа qR, в III отведении – типа rS, во II отведении r значительно меньше S) PQ – 0,24 секунды.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Какая локализацию инфаркта миокарда у пациента?</li> <li>2. Чем осложнился инфаркт миокарда?</li> <li>3. Что угрожает пациенту?</li> <li>4. Что нужно предпринять в этом случае?</li> <li>5. Чем представлены немедикаментозные аспекты профилактики?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый Q – инфаркт миокарда передне-перегородочной стенки левого желудочка.</li> <li>2. Неполной трехпучковой блокадой (ПБПНПГ + БПВЛНПГ + АВБ I степени).</li> <li>3. Развитие полной АВБ дистального типа.</li> <li>4. Ввести зонд – электрод через подключичную вену в правый желудочек для проведения временной эндокардиальной стимуляции при появлении полной АВБ. Информирование и обучение пациента, рекомендации курильщикам отказаться от курения; при необходимости назначение специального лечения. ДФН, увеличение потребления овощей, фруктов, рыбы, при ИМТ – низкокалорийная диета. Адекватное лечение сопутствующих заболеваний</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 4, ПК1, ПК2, ПК 8, ПК9, ПК10, ПК11
038	<p>Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. Накануне поступления после значительной физической нагрузки появилось сердцебиение, одышка. При поступлении ритм сердца правильный, грубый интенсивный систолический шум во второй точке. АД - 110/95 мм рт. ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой порок сердца можно предполагать?</li> <li>2. Куда должен проводиться шум?</li> <li>3. Какой пульс характерен для данного порока?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аортальный стеноз.</li> <li>2. На сосуды шеи.</li> <li>3. Малый, твердый.</li> <li>4. Малое пульсовое давление.</li> <li>5. Признаки гипертрофии правого желудочка.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>4. Что, помимо шума, характерно для данного порока у больного?</p> <p>5. Что может быть обнаружено на ЭКГ?</p>			
039	<p>У пациента 36 лет с синкопальными состояниями в анамнезе на ЭКГ регистрируется полная атриовентрикулярная блокада с частотой желудочкового ритма 34 в минуту. У отца также были потери сознания.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите синдром, имеющийся у пациента.</li> <li>2. Какова вероятная причина синкопальных состояний?</li> <li>3. Метод обследования, позволяющий подтвердить причину синкопальных состояний?</li> <li>4. Какой немедикаментозный метод лечения необходим пациенту?</li> <li>5. Какое исследование следует провести у кровных родственников?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром МАС.</li> <li>2. Периодическое возникновение асистолии вследствие прекращения функции эктопического водителя ритма.</li> <li>3. Суточное мониторирование ЭКГ.</li> <li>4. Имплантация электрокардиостимулятора.</li> <li>5. Электрофизиологическое и генетическое обследование кровных родственников.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
040	<p>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 V1-V4, элевация сегмента ST в I, aVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал ИАПФ, бета-блокатор и дезагреганты (аспирин и клопидогрель).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Формирование постинфарктной аневризмы левого желудочка.</li> <li>2. ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней локализации. Формирующаяся аневризма левого желудочка? Острое нарушение мозгового кровообращения в результате тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез.</li> <li>3. Следует провести ЭхоКГ для выявления аневризмы</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК10, ПК11

	<p>На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое осложнение инфаркта можно предположить по данным ЭКГ?</li> <li>2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.</li> <li>3. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения ?</li> <li>4. Тактика лечения.</li> <li>5. Терапевтический интервал МНО?</li> </ol>	<p>левого желудочка и возможного флотирующего внутрисполостного тромба, который послужил источником тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. К лечению аспирином и клопидогрелем необходимо добавить непрямые антикоагулянты (подбор дозы следует проводить под контролем МНО).</li> <li>5. С учетом проводимой двухкомпонентной дезагрегантной терапии целесообразно придерживаться МНО в терапевтическом интервале 2,0-2,5.</li> </ol>		
041	<p>У больного, 50 лет, стали возникать кратковременные боли за грудиной без четкой связи с физической нагрузкой. Через день развился приступ интенсивных болей за грудиной, через некоторое время появилась одышка. Поступил в стационар через 16 часов после начала приступа. Объективно: ортопное, ЧД 24 в минуту. В нижних и средних отделах легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 110 в минуту, АД 180/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. Отеков ног нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вероятный диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Возможно ли назначение нитратов внутривенно?</li> <li>4. План лечения?</li> <li>5. Возможно ли назначение ингибиторов АПФ и почему?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИБС. Острый инфаркт миокарда. Отек легких.</li> <li>2. ЭКГ, тропонин Т, общий анализ крови, АЧТВ, креатинин, холестерин и его фракции.</li> <li>3. Да, т.к. при отеке легких показано в/в введение жидких нитратов.</li> <li>4. Морфин в/в, изокет в/в капельно под контролем АД, лазикс в/в струйно, ингаляция кислорода.</li> <li>5. Да, возможно для лечения гипертензии, сердечной недостаточности и профилактики ремоделирования левого желудочка при инфаркте миокарда.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6

042	<p>Пациент Л., 72 лет, наблюдается у кардиолога в течение 20 лет по поводу ИБС, хронической формы фибрилляции предсердий. При плановом обследовании проведена эхокардиография: Ao 3,4 см, ЛП 5,6 см, ЛЖс 4,8 см, ЛЖд 6,5 см, ТМЖП 1,1 см, ТЗСЛЖ 1,1 см, AoК 2,1 см, ПЗР 2,0 см, ФВ 38%, СДЛА 34 мм рт. ст. Атеросклероз аорты, полости ЛП и ЛЖ увеличены, в полости ЛЖ отмечается феномен «спонтанного контрастирования», сократительная способность миокарда ЛЖ значительно снижена, диффузная гипокинезия всех стенок, умеренная легочная гипертензия. Пациент постоянно получает ИАПФ (эналаприл 10 мг x 2 раза), небольшую дозу сердечных гликозидов (0,00125 г утром), мочегонные (верошпирон 25 мг по 1 таб. утром и днем, фуросемид 40 мг по 1 таб. утром).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показано ли больному восстановление синусового ритма?</li> <li>2. Если есть необходимость в коррекции терапии, то какая и почему?</li> <li>3. Какой терапевтический интервал МНО при лечении АНД Вы порекомендуете?</li> <li>4. Какое обследование необходимо перед назначением АНД?</li> <li>5. Что можно рекомендовать пациенту, если у него нет возможности контролировать МНО?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нет, восстановление синусового ритма не показано.</li> <li>2. Больному необходимо рекомендовать длительный (пожизненный) прием варфарина, так как феномен «спонтанного контрастирования» в полости ЛЖ при ЭхоКГ означает высокий риск образования тромба, и, следовательно, тромбоэмболических осложнений.</li> <li>3. МНО 2,0-3,0. Учитывая пожилой возраст больного, возможно поддержание МНО ближе к 2,0.</li> <li>4. С целью исключения возможных не диагностированных ранее кровотечений, а также активного поиска их возможных источников. Развернутый анализ крови, ОАМ, коагулограмма, УЗИ почек (уролитиаз?), ФГС, если в анамнезе ОНМК – МРТ головного мозга с АГ сосудов.</li> <li>5. При назначении Дабигатрана (Прадакса) не требуется лабораторного контроля.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6
043	У больного 55 лет в предутренние часы возникают	1. ИБС. Вазоспастическая стенокардия (Принцметала).	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5,

	<p>давящие боли за грудиной, проходящие через 5 минут после приема нитроглицерина. Днем болей нет, нагрузку переносит хорошо.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите предполагаемый диагноз.</li> <li>2. Охарактеризуйте вероятные изменения ЭКГ во время приступа.</li> <li>3. Наметьте план обследования для подтверждения диагноза.</li> <li>4. Укажите, какую группу антиангинальных препаратов не следует назначать пациенту.</li> <li>5. Укажите группу антиангинальных препаратов, используемую для профилактики приступов при таком заболевании.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Преходящий подъем сегмента ST.</li> <li>3. Холтеровское мониторирование, коронарография (возможно проведение теста с введением ацетилхолина).</li> <li>4. Бета-блокаторы.</li> <li>5. Антагонисты кальция.</li> </ol>		ПК 6
044	<p>Больная 32 лет поступила с жалобами на одышку при ходьбе. С детства частые ангины. В 15-летнем возрасте болели и припухали суставы. В возрасте 20 лет диагностирован порок сердца, в течение полугода одышка при ходьбе.</p> <p>Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2.0 см, грубый систолический шум, акцент II тона во II межреберье слева. Пульс - 72 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет. На ЭКГ: PQ=0.24 сек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком пороке сердца можно думать?</li> <li>2. Какие дополнительные аускультативные данные возможны?</li> <li>3. Какая причина порока сердца?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. О недостаточности митрального клапана.</li> <li>2. Ослабление I тона на верхушке и иррадиация шума в подмышечную область.</li> <li>3. Ревматизм.</li> <li>4. Активность ревматизма (анализ крови, ревматические пробы).</li> <li>5. Да, показано.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК 5, ПК 6, ПК9, ПК10, ПК11

	<p>4. Что требуется уточнить и какими способами?</p> <p>5. Показано оперативное лечение?</p>			
045	<p>У мужчины в 38 лет диагностировали дилатационную кардиомиопатию. В связи с явлениями застойной сердечной недостаточности на протяжении года получал дигоксин в дозе 0,25 мг/сутки, аспаркам - 3 таблетки/сутки и фуросемид - 40 мг ежедневно с хорошим клиническим эффектом. Около месяца назад вновь начал ощущать одышку по ночам, появились отеки ног, увеличилась в размерах печень. АД - 130/80 мм рт.ст., ЧСС - 98 в минуту, ритм синусовый. Фракция выброса - 38%. По ЭКГ – полная блокада левой ножки пучка Гиса.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Наметьте план обследования.</li> <li>3. Откорректируйте лечение.</li> <li>4. Показано ли хирургическое лечение?</li> <li>5. Какой препарат нужно добавить к лечению, если через 3 месяца после подключения базисной терапии будет сохраняться синусовый ритм с ЧСС более 70 в мин?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ДКМП. Полная блокада ЛНПГ. СН, II Б стадии (IV ф.кл NYHA).</li> <li>2. ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, суточный диурез, креатинин, холестерин, холестерин ЛПНП, калий.</li> <li>3. Увеличить дозу фуросемида до 60-80 мг в сутки (возможна замена на торасемид), добавить спиронолактон, ингибитор АПФ, бета-блокатор (медленно титруя дозу до ЧСС - 60 в минуту), препараты калия по данным анализа на К.</li> <li>4. Показана кардиоресинхронизация.</li> <li>5. Ивабрадин (кораксан).</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6
046	<p>Женщина 50 лет женщина с нарастающей одышкой была направлена на ЭКГ, которая показала фибрилляцию предсердий. Присутствие сердечного шума было впервые отмечено в молодости. Диагноз клапанного поражения сердца был поставлен за 3 года до настоящего визита. На ЭхоКГ площадь митрального отверстия 0,9 см<sup>2</sup>,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Митральный и аортальный стеноз.</li> <li>2. Ревматизм.</li> <li>3. ЧПЭхоКГ.</li> <li>4. Кардиохирурга.</li> <li>5. Оперативное лечение.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

	<p>максимальный систолический градиент через аортальный клапан – 45 мм рт ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз?</li> <li>2. Укажите наиболее вероятную причину?</li> <li>3. Укажите возможные дополнительные исследования, подтверждающие диагноз?</li> <li>4. Какого специалиста требуется осмотр?</li> <li>5. Какова тактика ведения?</li> </ol>			
047	<p>У больной 65-ти лет гипертоническая болезнь II стадии, постоянно принимает ренитек 10 мг.в сутки, внезапно повысилось давление до 220/110 мм рт. ст. С целью снизить АД приняла под язык 2 таблетки по 0,00075 клофеллина. Через 30 минут внезапно потеряла сознание при вставании с постели.</p> <p>Объективно: сознание сохранено, несколько заторможена. Дыхание везикулярное 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичные 100 в минуту, АД 95/60 мм рт. ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какая причина артериальной гипотензии?</li> <li>2. Какой синдром развился у больного?</li> <li>3. Какой препарат рекомендуете этому больному для купирования гипертонического криза?</li> <li>4. Какая коррекция необходима больному для лечения гипертонической болезни?</li> <li>5. Какое осложнение возможно у больного при резком снижении артериального давления?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Передозировка клофеллина.</li> <li>2.Ортостатический коллапс.</li> <li>3. Нифедипин 20-40 мг.</li> <li>4.Следует подобрать комбинацию гипотензивных препаратов.</li> <li>5.Возможно острое нарушение мозгового кровообращения.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6

048	<p>Больная В., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодический кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза: в детстве часто болела ангинами, врачи говорили об изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Все симптомы усилились в течение последних трех недель, после перенесенной вирусной инфекции.</p> <p>Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. ЧД - 24 в минуту. Притупление перкуторного звука в проекции нижней доли левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации в легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, там же выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится. Верхушечный толчок резко ослаблен. Границы относительной тупости сердца: правая - 4 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой передней подмышечной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации тоны сердца аритмичные; на верхушке</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Усиленный I тон, тон открытия митрального клапана и диастолический шум являются прямыми признаками стеноза левого АВ-отверстия. Систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область, является прямым признаком недостаточности митрального клапана. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины свидетельствует о наличии у больной легочной гипертензии, характерной для данных пороков.</li> <li>2. Хроническая ревматическая болезнь сердца.</li> <li>3. Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца: сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Относительная трикуспидальная недостаточность. Перманентная форма ФП, тахисистолический вариант.</li> <li>4. Осложнение: недостаточность кровообращения II Б стадии (IV функциональный класс <i>NYHA</i>). Правосторонний гидроторакс.</li> <li>5. Больной показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о возможности оперативного лечения сочетанного порока сердца после достижения максимально возможной компенсации явлений сердечной недостаточности.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК4, ПК 5, ПК 6
-----	---	---	--------	---------------------------------------

<p>         выслушиваются усиленный I тон, тон открытия митрального клапана, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. ЧСС 93 уд/мин. Пульс 85 уд/мин. Дефицит пульса 8 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 15x13x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена.       </p> <p>         Общий анализ крови: гемоглобин - 129 г/л, лейкоциты - <math>11 \times 10^9</math>/л (палочкоядерные - 7 %, сегментоядерные - 68 %), СОЭ - 25 мм/ч.       </p> <p>         ЭхоКГ: Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ-отверстия - менее 1,5 см<sup>2</sup>. Левое предсердие расширено до 5,2 см. МЖП - 1,2 см, ЗСЛЖ - 1,1 см. Конечный диастолический размер ЛЖ - 6,2 см. Фракция выброса - 35 %. Выраженное расширение полости правого желудочка, толщина ПСПЖ 0,8 см, СДЛА 45 мм рт. ст. При доплеровском исследовании определяются митральная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация III степени.       </p> <p>         Вопросы:       </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О чём свидетельствует аускультативная картина?</li> <li>2. Какова причина заболевания сердца у этого больного?</li> </ol>			
--	--	--	--

	<p>3. Ваш диагноз?</p> <p>4. Какие осложнения данного заболевания имеются у больной?</p> <p>5. Какова дальнейшая тактика ведения больной?</p>			
049	<p>Мужчина 43 лет, на момент осмотра жалоб нет. При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ = 2,4 см. Клапанный аппарат интактен, диастолическая функция левого желудочка нарушена, сократительная функция в пределах нормы. По данным Допплер-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная картина?</li> <li>2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз в случае, если у пациента нет гипертензионного синдрома.</li> <li>4. Какие симптомы могут появиться у пациента?</li> <li>5. Какое осложнение наиболее опасно для пациента?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертрофическая кардиомиопатия, артериальная гипертония с гипертоническим сердцем, «сердце спортсмена».</li> <li>2. Данные анамнеза (указания на повышение АД или наличие ГКМП у родственников), суточное мониторирование АД, биопсия миокарда.</li> <li>3. Гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка.</li> <li>4. Одышка при физической нагрузке, типичные приступы стенокардии, при интенсивных нагрузках – потеря сознания, перебои в работе сердца.</li> <li>5. Жизнеугрожающие желудочковые аритмии.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК11
050	<p>У пациента 35 лет с детства выслушивался интенсивный грубый систолический шум в зоне абсолютной сердечной тупости без проведения на сосуды шеи. Жалоб не предъявляет. При рентгенографии: сердце без особенностей, по ЭКГ патологии не найдено.</p> <p>Вопросы:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Небольшой сброс крови в правый желудочек через ДМЖП.</li> <li>2. Систолическое дрожание в зоне выслушивания шума.</li> <li>3. Инфекционный эндокардит, сердечная недостаточность.</li> <li>4. При стенозе устья аорты.</li> <li>5. Оперативное лечение не показано.</li> </ol>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК9

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Что ожидается на ЭхоКГ?</li><li>2. Какие ещё физикальные проявления можно ожидать у больного?</li><li>3. Чем может осложниться заболевание?</li><li>4. Ещё при каком пороке сердца встречается такой грубый систолический шум?</li><li>5. Есть ли показания к оперативному лечению порока?</li></ol>			
--	---	--	--	--