



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 по дисциплине	«Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации программа ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология
Квалификация (специальность)	врач- кардиолог
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

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"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения практики
«Производственная (клиническая) практика
(базовая часть)»**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости ординаторами рабочих мест в отделениях медицинской организации и контроль правильности формирования компетенций, а также возможность использования муляжей и фантомов. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки.

Аттестация по итогам практики проводится на основании сдачи практического навыка в соответствии с перечнем практических умений и навыков, проверки документов (дневник практики, отчет о практических навыках, характеристика, отражающая уровень освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций в период прохождения практики). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики.

I. Порядок проведения промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация проводится в виде тестового контроля, анализа истории болезни, итоговой аттестации.

II. Оценочные средства

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки во 2,3 и 4 семестрах.

Формы отчётности по практике:

- Дневник практики,
- Доклад больного на клинических разборах

Аттестация по итогам практики проводится на основании сдачи практического навыка в соответствии с перечнем практических умений и навыков, проверки документов (дневник практики, отчет о практических навыках, характеристика, отражающая уровень освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций в период прохождения практики). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики.

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 P;
- г) укорочения интервала P-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 алупента, 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.

Критерии оценки зачета:

Зачет по практике ставится руководителем практики после проверки дневника с учетом характеристики работы студента и результатов сдачи практических навыков.

«Зачтено» выставляется ординатору если, он полностью выполнил программу практики,

прочно использовал на практике усвоенный программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется при видоизменении клинической ситуации, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними практическими навыками и приемами выполнения практических задач в стационаре, поликлинике, БРИТ и приёмном отделении.

«Не зачтено» выставляется ординатору, который не выполнил программу практики, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки при работе в отделениях, и приёмном отделении, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не овладел практическими навыками. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по прохождению практики.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций**

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

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

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

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

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

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

ПК-1. Способен проводить обследования пациентов старше 18 лет при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза

ПК-2. Способен назначать лечение пациентам старше 18 лет при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, контроль его эффективности и безопасности

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет по окончании 2,3, и 4 семестров в форме устного опроса у постели больного, ординатор демонстрирует способность работать с больным, делая доклад по одному из курируемых больных и показывая один из элементов физикального обследования больного.

Примерный алгоритм доклада больного:

1. ФИО, возраст
2. Отделение, палата
3. Оценка жалоб, особенностей анамнеза
4. Оценка проведенного ранее физикального осмотра
5. Назначение дополнительного лабораторного, инструментального обследования с обоснованием каждого, интерпретация полученных результатов.
6. Диагноз (структурированный) с обоснованием (по каждому пункту)
7. Назначение лечения с обоснованием каждого пункта.
8. Демонстрация проведения одного элемента из осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации больного по органам и системам.

Типовые задания для комплексного оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения) и «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях) формируется в процессе практической деятельности.

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 противоаритмический препарат целесообразно назначить больному?

- A. 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 более 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 подъемы 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) феохромоцитомы;
- 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 познабливания 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, Нв 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?

- A) лечения не требуется;
- B) хинидин в сочетании с атропином;
- B) изопроterenол;
- Г) временная электрокардиостимуляция;
- Д) имплантация кардиостимулятора.