

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 21:00:43  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c47574376764

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры внутренних  
болезней ИНО  
протокол № 3 от «15» октября 2025 г.  
заведующий кафедрой внутренних  
болезней ИНО  
доцент  Е.В. Гаврилюк

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент  Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
31.08.36 Кардиология**

**Разработчики рабочей программы:**

Доцент кафедры внутренних болезней ИНО Т.А. Барбашина  
Доцент кафедры внутренних болезней ИНО О.Ю. Махова

Курск – 2025

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.36 Кардиология

**1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности кардиология, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

## **2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## **3. Программа государственного экзамена**

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии

председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

#### 4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

##### 4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Врожденные пороки сердца. Классификация. Дефект межжелудочковой перегородки, триада и тетрада Фалло: гемодинамика, клиника и диагностика.
2. Терапия антикоагулянтами, фибринолитиками и антиагрегантами у больных с ИБС: показания, противопоказания, общие принципы применения.
3. Блокады сердца. ЭКГ – диагностика. Стратегия и тактика ведения больных.
4. Недостаточность клапанов аорты: нарушения гемодинамики, клиника, данные ЭКГ, эхокардиографии. Тактика ведения больных. Экспертиза трудоспособности.
5. Гиполипидемические средства. Характеристика препаратов. Показания к применению. Тактика использования.
6. Ультразвуковые методы исследования в диагностике пороков сердца.
7. Недостаточность митрального клапана: этиология, нарушения гемодинамики, клиника, данные ЭКГ, эхокардиографии. Тактика ведения больных. Экспертиза трудоспособности.
8. Характеристика 1-й группы антиаритмических препаратов. Показания к применению. Тактика использования.
9. Чреспищеводная кардиостимуляция. Электрофизиологическое исследование. Клиническое значение. Дилатационная кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Экспертиза трудоспособности.
10. Клиническая фармакология нитратов. Тактика их применения.
11. ЭКГ- диагностика нарушений проводимости сердца.

12. Миокардиты: этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза.
13. Тромболитическая терапия: показания, тактика использования препаратов.
14. Тредмил-тест. Показания. Противопоказания. Клиническая значимость.
15. Бактериальный эндокардит. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения больных. Экспертиза трудоспособности.
16. Гипотензивные средства: классификация, стратегия и тактика применения.
17. Нарушение автоматизма сердца. Клиническая и ЭКГ - диагностика.
18. Митральный стеноз: нарушения гемодинамики, клиника, данные ЭКГ, эхокардиографии. Экспертиза трудоспособности.
19. Блокаторы медленных кальциевых каналов. Классификация, механизмы действия. Клиническое применение.
20. Нарушение функции возбудимости сердца. ЭКГ-диагностика.
21. Острый коронарный синдром: понятие, клиника, диагностика, помощь на догоспитальном этапе.
22. Блокаторы медленных кальциевых каналов. Классификация. Механизмы действия. Применение в гипотензивной терапии.
23. Коронароподобные изменения ЭКГ.
24. Атеросклероз. Современные патогенетические концепции. Факторы риска. Клинические проявления. Профилактика.
25. Бета-адреноблокаторы. Механизм действия. Классификация. Применение в антиаритмической терапии.
26. Функциональные нагрузочные пробы в кардиологии.
27. Гипертоническая болезнь: современные представления о механизмах развития, классификации, клиника, профилактика. Экспертиза трудоспособности.
28. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Клиническая фармакология. Клиническое применение.
29. Суточное мониторирование ЭКГ. Техника исследования, клиническое значение метода.
30. Перикардиты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Антиаритмические препараты III класса. Показания. Тактика применений
32. Отек легких. Неотложная терапия.
33. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Патогенез. Диагностика. Тактика ведения больных.
34. Гипертонический криз. Понятие. Тактика лечения.
35. Синдром Фредерика: клиническая и инструментальная диагностика.
36. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, диагностика.
37. Стратегия и тактика ведения больных ИБС со стенокардией. Показания к хирургическому лечению ИБС.
38. Хроническое легочное сердце. Понятие. Клиническая и инструментальная диагностика. Ведение пациентов.
39. Тромбоэмболия легочной артерии. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Синдром острой сердечной недостаточности. Неотложная терапия.
41. Электрокардиостимуляция. Показания. Особенности ЭКГ.
42. Электрокардиостимуляция. Сущность метода. Типы ЭКС. Показания.
43. Стеноз устья аорты: нарушения гемодинамики, клиника, данные ЭКГ, эхокардиографии. Экспертиза трудоспособности.
44. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Неотложная помощь.
45. Катетеризация сердца. Показания, противопоказания. Клиническая интерпретация.
46. ИБС: этиология, патогенез, классификация, диагностика. Экспертиза трудоспособности.
47. Пероральные антикоагулянты. Характеристика препаратов. Тактика применения.
48. ЭКГ-диагностика при гипертрофиях миокарда.

49. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, клинические формы, общие принципы лечения. Экспертиза трудоспособности. Реабилитация.
50. Бета-блокаторы. Механизм действия. Классификация. Показания к применению.
51. Нарушения проводимости сердца. ЭКГ - диагностика.
52. Кардиогенный шок: патогенез, клиника, лечение.
53. Диуретики: классификация, тактика применения.
54. Коронароангиография: показания для проведения, интерпретация результатов.
55. Осложнения инфаркта миокарда: диагностика, клиника, лечение.
56. Антиангинальные средства. Классификация. Механизмы действия. Тактика применения.
57. Хирургические методы лечения пороков сердца: показания к лечению, тактика ведения оперированных больных.
58. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиника. Диагностика. Лечение. Экспертиза трудоспособности.
59. Неотложная помощь при гипертонических кризах.
60. Тромболитическая терапия. Показания и противопоказания для проведения. Тактика применения.
61. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению. Экспертиза трудоспособности.
62. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Механизмы действия. Клиническое применение.
63. Чрескожные коронарные вмешательства. Виды. Показания к оперативному лечению. Ведение пациентов
64. Нестабильная стенокардия. Критерии диагностики, тактика ведения пациентов. Экспертиза трудоспособности.
65. Сердечные гликозиды: показания, тактика использования.
66. Лабораторные методы исследования в кардиологии. Клиническая значимость.
67. Стенокардии. Определение. Классификация. Характеристика функциональных классов. Диагностика. Экспертиза трудоспособности.
68. Временная и постоянная кардиостимуляция в практике кардиолога.
69. Синдром слабости синусового узла. ЭКГ-диагностика.
70. Артериальная гипертензия в период беременности: классификация, клиника, лечение, осложнения.
71. Пароксизмальная аритмия с узкими комплексами на ЭКГ. Дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
72. Рентгенологические методы исследования в кардиологической практике.
73. Синкопальные состояния в практике врача кардиолога. Дифференциальная диагностика, тактика ведения больных.
74. Антитромбоцитарные средства. Механизмы действия. Классификация. Применение.
75. Чреспищеводное ультразвуковое исследование сердца: возможности метода.
76. Фибрилляция и трепетание предсердий. Причины. Клинические формы. Тактика ведения.
77. Фибрилляция и трепетание предсердий: вопросы контроля ритма.
78. Фибрилляция и трепетание предсердий: вопросы тромбоэмболической профилактики.
79. Внезапная смерть. Факторы риска. Методы профилактики.
80. Суточное мониторирование артериального давления. Сущность метода. Клиническая значимость.

#### 4.2. Ситуационные задачи

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

**Больной Н., 40 лет**, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе, не купирующиеся нитроглицерином, одышку при физической нагрузке, приступы сердцебиения, головокружения, обмороки, слабость.

**Из анамнеза:** впервые шумы в сердце были выявлены в 6 лет, но обследование не проводилось. В 16 лет был поставлен на диспансерный учет к ревматологу и освобожден от службы в армии. Полгода назад появились обморочные состояния. Брат больного внезапно умер в молодом возрасте.

**Объективно:** общее состояние больного средней тяжести. Частота дыхания - 18 в минуту. В лёгких - дыхание везикулярное. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в проекции передней грудной стенки по левому краю грудины. Перкуторно - левая граница относительной тупости сердца соответствует локализации верхушечного толчка. Правая - по правому краю грудины. Аускультивно - тоны сердца приглушены, ритмичны. Над всей поверхностью сердца выслушивается систолический шум изгнания, грубый, громкий. Области звучания - верхушка сердца и точка Боткина. Громкость шума усиливается в положении "стоя" и уменьшается при сидении на корточках. Шум не проводится на сосуды шеи. АД - 130/90 мм рт.ст. Пульс - 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см.

Результаты проведенного обследования:

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Гемоглобин- 152 г/л. Цветной показатель- 0,9. Лейкоциты-  $7,2 \times 10^9/л$ . Эозинофилы- 1 %. Палочкоядерные 3 %. Сегментоядерные- 67 %. Лимфоциты- 25 %. Моноциты- 4 %. СОЭ- 5 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок- 66 г/л. Альбумины- 37 г/л. Глобулины- 29 г/л

**Общий анализ мочи :** соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1020, белок- отриц., лейкоциты-1-1-0 в п/зрения.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, ЧСС-75 в минуту,  $RI+SIII=28$  мм,  $RV5, V6=26$  мм,  $RV6>RV5>RV4$ . Депрессия сегмента ST  $V5, V6$  на 0,5 мм, зубец  $T_{V5-V6}$  - слабоотрицательный, зубец P - двугорбый и уширен в отведениях I, II, AVL.

**Эхокардиография:** диаметр аорты -3,2 см, открытие аортального клапана - 1,8 см, толщина межжелудочковой перегородки - 2,4 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,3 см. Конечный диастолический размер левого желудочка - 4,0 см, конечный систолический размер левого желудочка - 3,2 см. Левое предсердие - 4,2 см, правый желудочек - 2,3 см. Фракция выброса - 46%. Передне-систолическое движение створок митрального клапана. Среднесистолическое прикрытие створок аортального клапана, митральная регургитация ++. Внутрижелудочковый градиент давления - более 25 мм рт.ст.

При **фонокардиографическом** исследовании регистрируется ромбовидный систолический шум у левого края грудины и в области верхушки сердца. 2 тон на аорте сохранен.

При **суточном мониторинге ЭКГ** регистрируются политопные желудочковые экстрасистолы.

При **рентгенографии грудной клетки** легочные поля прозрачные, выбухание левой границы сердца в прямой проекции.

## ВОПРОСЫ

- 1.Ваша интерпретация электрокардиограммы.
- 2.Ваша интерпретация показателей эхокардиографии.
- 3.Предполагаемый диагноз.
- 4.Какие осложнения возможны при данной патологии?
- 5.Назначьте лечение данному больному

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

**Больной А., 23 лет** поступил в Институт клинической кардиологии с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся слабостью.

**Из анамнеза :** 6 месяцев назад перенес простудное заболевание, проявившееся кашлем, подъемом температуры тела до  $38^{\circ}C$ , слабостью. За медицинской помощью не обращался. Через две недели был доставлен в кардиологическое отделение с приступом сердцебиения, который был купирован внутривенным введением новокаина.

После обследования был поставлен диагноз очагового миокардита. Амбулаторно пациент продолжал принимать ибупрофен. Через 4 месяца после заболевания, вследствие физической перегрузки возникли

приступы сердцебиения, слабость и больной был госпитализирован.

**При обследовании:** патологических изменений внутренних органов обнаружено не было.

Исследование общего и биохимического анализа крови, показателей гуморального иммунитета изменений не выявили.

На ЭКГ - нарушение процессов реполяризации в виде отрицательного зубца Т в отведениях II, III, AVF и V2 -V4.

**При рентгенологическом** исследовании органов грудной клетки, эхокардиографии - патологии выявлено не было. При сцинтиграфии миокарда с  $^{67}\text{Ga}$  зарегистрирована горячая зона в передне-верхушечной области миокарда. Результаты велоэргометрической пробы были отрицательны.

При суточном мониторинге ЭКГ было зарегистрировано 380 одиночных желудочковых экстрасистол.

При проведении **коронарографии:** коронарные артерии не изменены.

При исследовании биоптата миокарда было обращено внимание на диффузный кардиосклероз, на фоне которого имелись фрагменты кардиомиоцитов.

При внутрисердечном **электрофизиологическом исследовании** было установлено, что функция синусового узла и предсердно-желудочковая проводимость у больного не нарушены. Электростимуляцией из области выносящего тракта правого желудочка был спровоцирован устойчивый приступ тахикардии с частотой сердечных сокращений 235 в 1 минуту, расширенные желудочковые комплексы продолжительностью 0.14 с, зубцы Р не регистрировались.

Подбор антиаритмической терапии проводили с помощью внутрисердечного электрофизиологического исследования. Последовательно в режиме быстрого насыщения препаратами назначали этацин, аллапинин, боннекор. Оценивали также действие кордарона после 5-дневного периода насыщения им.

В результате: только при назначении кордарона тахикардия не индуцировалась.

## **ВОПРОСЫ**

1.Какой приступ тахикардии был зарегистрирован в процессе электрокардиостимуляции?

2.Какой синдром является ведущим в клинике данного заболевания?

3.Предполагаемый диагноз

4.Какие еще заболевания могут обуславливать возникновение подобных пароксизмальных тахикардий у лиц молодого возраста? Проведите дифференциальную диагностику.

5.Какой антиаритмический препарат следует назначить больному с профилактической целью? Схема назначения.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3**

**Больной К., 54 лет** поступил в кардиологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, усиливающееся при ходьбе, перебои в работе сердца, давящие боли в левой половине грудной клетки при ходьбе и в покое, без эффекта от приема нитроглицерина, отеки ног, увеличение живота, боли в правом подреберье.

**Из анамнеза:** считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда появились и стали нарастать: одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. В течение последних 10 лет работал на заводе "Химпром" (контакт с бензолом). Последние 6 месяцев какими-либо простудными, инфекционными, аллергическими заболеваниями не болел.

**Объективно:** Состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз, положение - ортопное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Перкуторно левая граница сердца - в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, правая - на 2 см снаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений - 100 в 1 минуту. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Отеки стоп, голеней, бедер.

### **Общий анализ крови:**

Эритроциты-  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$  Гемоглобин-152г/л Цветной показатель-0,9 Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/\text{л}$  Палочко-ядерные - 4% Сегментоядерные- 66% Лимфоциты- 25% Моноциты- 5% СОЭ- 9 мм/час

### **Биохимический анализ крови:**

Общий белок- 68 г/л Альбумины- 37 г/л Глобулины- 31 г/л Аспаратаминотрансфераза-24 ед/л Креатин-фосфокиназа -60 ед/л Лактатдегидрогеназа-130 ед/л

**На электрокардиограмме** - зубец Р отсутствует, волны ff, расстояния R-R - различны. Частота сокращений желудочков 100-120 ударов в минуту.

**При эхокардиографии:** аорта не изменена, диаметр аорты-3,1см, открытие аортального клапана - 1,8см, левое предсердие - 4,2см, правое предсердие - 4,5см, конечный диастолический размер (КДР) -6,7см, конечный систолический размер (КСР)-5,7см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8см, фракция выброса 30%. Гипокинезия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

**При рентгенографии:** увеличение всех камер сердца, сердечная талия сглажена, определяется выпуклость и удлинение дуги левого желудочка.

С помощью радионуклидной вентрикулографии обнаружено снижение общей и регионарной сократимости левого желудочка.

### **ВОПРОСЫ**

- 1.Ваша интерпретация электрокардиограммы.
- 2.Ваша интерпретация показателей эхокардиографии.
- 3.Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
- 4.Поставьте клинический диагноз.
- 5.Назначьте лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4**

**У больного А., 53 лет** находившегося в течение 3-х недель на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда, появились болевые ощущения в левой половине грудной клетки. Боль интенсивная, постоянная, усиливается при вдохе. Больной также жалуется на слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5\*С.

**При объективном исследовании:** общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Форма грудной клетки астеническая, эпигастральный угол меньше 90\*. Тип дыхания - грудной. Частота дыхания - 20 в минуту. Грудная клетка при пальпации резистентна, безболезненна. Определяется болезненность в области левого плечелопаточного сустава, ограничение его подвижности. При перкуссии легких - ясный легочный звук. Аускультативно- дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, правая- на 0,5 см снаружи от правого края грудины. При аускультации - тоны сердца приглушены, ритмичны. Определяется шум скребущего характера (напоминает хруст снега), который лучше выслушивается у левого края грудины в IV межреберье при надавливании фонендоскопом и не проводится в смежные области, не связан с актом дыхания.

**В общем анализе крови:** Эритроциты- 4,0x10<sup>12</sup>/л Гемоглобин- 120 г/л Лейкоциты- 9,8x10<sup>9</sup>/л Эозинофилы- 12% Палочкоядерные - 6% Сегментоядерные- 65% Лимфоциты- 12% Моноциты- 5% СОЭ- 22мм/час.

**На электрокардиограмме:** Qr, I, AVL, V2-V4 конкордантный подъем сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях с переходом в отрицательный зубец T.

### **ВОПРОСЫ**

- 1.Какой синдром является ведущим в клинике заболевания в настоящее время? Его патогенез?
- 2.Для какого периода инфаркта миокарда характерно развитие данного осложнения?
- 3.От каких заболеваний необходимо дифференцировать это состояние? Проведите дифференциальную диагностику?
- 4.Какие структурные образования вовлекаются в патологический процесс при этом осложнении?
- 5.Укажите группы препаратов для лечения данного осложнения.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5**

**Больная С., 28 лет**, поступила по поводу инфицированного аборта. После проведённого выскабливания матки отмечено повышение температуры до 38,5 градусов с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. Жалобы на слабость, ноющие постоянные боли в области сердца, ознобы. В прошлом ничем не болела.

**Объективно:** кожные покровы бледные. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. На предплечье - петехиальная геморрагическая сыпь. В лёгких - везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации выслушивается мягкий, убывающего характера диастолический шум на аорте и в т. Боткина. АД - 140/60 мм рт. ст. Пульс - 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Пальпируется край селезёнки.

**ЭКГ** - ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца.

**Рентгенограмма** органов грудной клетки: без патологии.

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $3,2 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин- 90 г/л Цветной показатель - 0,84 Лейкоциты-  $9,2 \times 10^9/л$  Палочкоядерные - 6% Сегментоядерные- 67% Лимфоциты- 18% Моноциты- 6% Эозинофилы- 3% СОЭ- 40 мм/час Токсическая зернистость нейтрофилов

**Биохимический анализ крови:** Общий белок- 72г/л Альбумины- 42г/л Глобулины- 30г/л Аланинаминотрансфераза- 62ед/л Аспаратаминотрансфераза- 24ед/л Тимоловая проба- 8 ед., СРБ+++ . НБТ- тест положительный

**Посевы крови на стерильность (4 раза)** - золотистый стафилококк.

**Общий анализ мочи:** соломенно-жёлтая, уд. вес 1005, белок, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

**Другие исследования:** без особенностей.

Было назначено лечение пенициллином по 10 млн. ед/сут.

**На 5-й день** внезапно появились боли в правой поясничной области. **Общий анализ мочи:** цвета мясных помоев; эритроциты - сплошь. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами. На 10-й день болезни температура снизилась до 37,5\*С. На 30-й день возник приступ удушья с признаками отёка лёгких. При аускультации ослаблен 1 тон, диастолический шум стал грубым, интенсивным. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, скорый и высокий, большой пульс, АД - 140/40 мм рт. ст.

**На ЭКГ:** ритм синусовый R1+SIII =28 мм; Rv5,v6=26 мм; Rv6>Rv5>Rv4 .

**При рентгенографии:** увеличение размеров левого желудочка.

При **эхокардиографическом** исследовании: на аортальном клапане определяются "нитчатые" вегетации в виде дополнительных эхо-теней, связанных со створками клапанов. Вечером у больной появились клонические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом.

## **ВОПРОСЫ**

- 1.Выделите ведущие синдромы.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Какое осложнение возникло на 30-й день?
- 4.Сформулируйте полный диагноз.
- 5.Дайте оценку проводимой терапии.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6**

**Больной С., 42-х лет** был госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 37,5\*С с ознобами, слабость, одышку, загрудинные боли, головокружения при ходьбе. Считает себя больным в течении 1-го месяца после перенесённой ангины. В возрасте 12-и лет лечился по поводу острого полиартрита, был диагностирован ревматизм.

**Объективно:** состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. На ладонях и стопах определяются болезненные плотные узелки красноватого цвета. Определяется выраженная пульсация сонных артерий. Положительный симптом Мюссе. В задне-нижних отделах лёгких выслушиваются влажные, незвонкие, мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 5-6 межреберьях, разлитой, высокий, резистентный. I тон ослаблен на верхушке, II тон ослаблен на аорте. При аускультации - диастолический шум убывающего характера во 2-м межреберье справа, распространяющийся вниз по левому

краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией в шею. АД - 150/40 мм рт. ст. Пульс - 86 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Размеры селезенки: 12 x 16 см .

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $3,5 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин- 102г/л Лейкоциты-  $10,2 \times 10^9/л$  Палочко-ядерные- 6% Сегментоядерные- 68% Лимфоциты- 18% Моноциты- 5% Эозинофилы- 3% СОЭ- 40 мм/час Токсическая зернистость нейтрофилов

**Посев крови:** Зеленающий стрептококк с чувствительностью к пенициллину, стрептомицину.

**Биохимический анализ крови:** РФ+ Общий белок- 58 г/л СРБ+++ Альбумины- 28 г/л ЦИК-350 ЕД Глобулины:- ?1-5,2%, ?2-10,4%, ?-13,6%, ?-22,8% Аспартатаминотрансфераза- 64ед/л Аланинамино-трансфераза- 33ед/л Тимоловая проба- 8ед.

**На двухмерной эхокардиографии:** створки аортального клапана спаяны по комиссурам, определяются дополнительные эхо-тени, тесно связанные со створками аортального клапана - вегетации.

**Осмотр ЛОР-врачом:** заключение - хронический тонзиллит, стадия декомпенсации.

**Осмотр окулистом:** заключение - на глазном дне - петехиальная сыпь и пятна Рота.

**ЭКГ-** R-R=0,65 сек.; Rv4

### ВОПРОСЫ

- 1.Оцените данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
- 2.Назовите ведущие синдромы заболевания.
- 3.Сформулируйте диагноз.
- 4.Ваша тактика лечения?
- 5.Критерии эффективности лечения? Контроль проводимой терапии.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

**Больной Г., 24 лет**, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на интенсивные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в обе руки и спину. Из амбулаторной карты: страдает коарктацией аорты. Цифры АД на обеих руках 200/100 мм рт.ст.

**При обследовании:** состояние тяжелое, кожные покровы бледные, обильный пот, частота дыхания - 36 в минуту. Температура тела -  $37,2^{\circ}C$ . В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Систолический шум на аорте и паравертебрально. АД на руках: справа - 150/100 мм рт.ст., слева - 100/70 мм рт.ст. Пульс - 110 в минуту, различный, ритмичный, слева малый, пустой, мягкий, справа - большой, полный, твердый. АД на ногах: справа 120/80 мм рт.ст., слева 80/60 мм рт.ст., пульсовая волна запаздывает. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены.

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $3,5 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин-95 г/л Цветной показатель-0,8 Лейкоциты-  $10,5 \times 10^9/л$  Палочкоядерные-3% Сегментоядерные-72% Лимфоциты-20% Моноциты-5% СОЭ-18 мм/час

**Общий анализ мочи** - без патологии.

**Офтальмоскопически** выявлена гипертоническая ангиопатия сетчатки.

**Электрокардиограмма:** левogramма, высокая амплитуда зубца R в I, AVL, V4-6, ассимметричные отрицательные зубцы T в тех же отведениях. Депрессия RS-T в V5V6,

**Рентгенография грудной клетки** - расширение тени аорты. Узурь на нижнем крае ребер.

При проведении **аортографии** выявлен двойной контур 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 плевральной области, шок, смерть.

### ВОПРОСЫ

- 1.Как объяснить различие пульса и АД на руках?
- 2.Ваша интерпретация электрокардиограммы.
- 3.Какие заболевания имеют похожую клиническую картину? Проведите дифференциальную диагностику.

4.Сформулируйте диагноз

5.Какое лечение необходимо было провести до появления осложнений?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

**Больной К., 35 лет**, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на тупые боли в области сердца, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела, одышку при ходьбе на 20-30 м, сухой кашель. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения.

**Объективно:** состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное- сидит, наклонившись вперед. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Температура тела 38,0С. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца на 3 см снаружи от левой среднеключичной линии, правая- на 2 см снаружи от правого края грудины. Аускультативно: тоны сердца ослаблены. В области III межреберного промежутка слева от грудины выслушивается систоло-диастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед, в коленно-локтевом положении. Пульс 93 в минуту, частый, малый. При глубоком вдохе наполнение пульса резко уменьшается (<парадоксальный пульс>). АД 110/85 мм рт.ст. Частота дыханий 24 в минуту. Размеры печени по Курлову 11 x 10 x 9 см.

**При рентгеноскопии:** размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация ослаблена.

**На электрокардиограмме** определяется снижение вольтажа зубцов, конкордантный подъем RS-T и отрицательные зубцы T в стандартных и левых грудных отведениях.

**На 3-ий день** состояние больного резко ухудшилось: появилась одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз кожных покровов, набухание шейных вен. АД 100/90 мм рт.ст. Пульс 120 в минуту, мягкий, малый, значительное увеличение печени. Периферические отеки отсутствуют.

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $4,2 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин-115г/л Лейкоциты- $15,0 \times 10^9/л$  Палочко-ядерные-12% Эозинофилы-8% Базофилы-2% Сегментоядерные-57% Лимфоциты-18% Моноциты-3% СОЭ-42 мм/час

**Биохимический анализ крови:** Фибриноген-6г/л Общий белок-82г/л Альбумин-30г/л ?2-глобулины-17 г/л ?1-глобулин-12 г/л ?-глобулин-8 г/л СРБ+++ Аспаратаминотрансфераза-43 ед/л Креатинфосфокиназа-110ед/л Лактатдегидрогеназа-450ед/л.

### ВОПРОСЫ

1.Какое информативное обследование можно провести больному?

2.Выделите ведущие синдромы заболевания.

3.Какие заболевания имеют сходную клиническую картину? Проведите дифференциальную диагностику.

4.Сформулируйте диагноз

5.Назначьте лечение. Что следует предпринять при ухудшении состояния на 3-ий день?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

**Больной 48 лет** поступил с жалобами на одышку в покое, нарастающую общую слабость. 7 лет назад был диагностирован лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов периферических и средостения. В течение 6 лет состояние больного удовлетворительное. В течение года получил повторные курсы рентгенотерапии (4000 рад) на область средостения и полихимиотерапию. Одышка появилась 2 месяца назад.

**Объективно:** Состояние средней тяжести, акроцианоз, отечность лица и шеи, набухание шейных вен. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Верхушечный толчок не определяется. Границы относительной тупости сердца: слева - по левой среднеключичной линии, справа - по правому краю грудины. Тоны сердца глухие, ритмичные. Выслушивается трехчленный ритм, лучше над верхушкой сердца и мечевидным отростком. АД 110/80 мм рт.ст. Пульс 90 в минуту малый, определяется парадоксальный пульс. Живот увеличен за счет свободной жидкости, мягкий. Край печени плотный, болезненный. Размеры печени по Курлову: 11x10x9 см. При надавливании на область увеличенной печени набухание

шейных вен усиливается.

Температура тела 37,3 С.

**Анализ крови, мочи** - без патологии.

**Электрокардиограмма:** снижен вольтаж зубцов. Зубец Т отрицательный во всех отведениях, расширенный высокий зубец Р. Размеры и конфигурация сердца - в пределах нормы.

**При фонокардиографии:** через 0,09-0,18 с после II тона регистрируется громкий тон броска, который не меняется в зависимости от формы дыхания.

При катетеризации сердца высокое и одинаковое диастолическое давление в правом предсердии.

### **ВОПРОСЫ**

1. Выделите триаду признаков, характерную для данного заболевания.
2. О каком заболевании сердца можно думать? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие исследования могут подтвердить диагноз?
4. Какова причина заболевания?
5. Лечебная тактика.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10**

**Больной 42 лет**, был доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес острую респираторную вирусную инфекцию. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной умеренной интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и после приема анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, постозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние ухудшилось, при попытке встать - кратковременная потеря сознания.

Вызвана бригада скорой медицинской помощи.

**При осмотре:** Состояние средней тяжести, в сознании. Вынужденное коленно-локтевое положение. Кожные покровы бледные с выраженным цианозом губ, носа, ушей. Лицо и шея отечны. Набухание шейных вен преимущественно на вдохе. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 32 в минуту. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно - левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца глухие. Пульс 128 в минуту, малый, ритмичный, наполнение пульса снижается при вдохе. АД 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см, болезненная при пальпации.

**В общем анализе крови:** Эритроциты- $2,0 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин-57г/л Лейкоциты- $12,0 \times 10^9/л$  Палочко-ядерные-5% Сегментоядерные-64% Лимфоциты-22% Моноциты-8% СОЭ-36мм/час

**Биохимический анализ крови:** СРБ+++ Фибриноген-7,2г/л

**Анализ мочи** без патологии.

**Электрокардиограмма:** ритм синусовый. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец в грудных отведениях сглажен.

**При эхокардиографии:** Выпот в полости перикарда. Объем жидкости в полости перикарда более 500 мл. Признаки диастолического коллапса желудочков, сдавления правого предсердия, смещения межжелудочковой перегородки влево во время вдоха.

### **ВОПРОСЫ**

1. Определите ведущие синдромы заболевания.
2. Как оценить снижение наполнения пульса на вдохе?
3. Какова причина этих нарушений?
4. Какие заболевания имеют сходную клиническую симптоматику? Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод лечения показан больному?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

**Больной 55 лет** поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при физической нагрузке, периодические головокружения с кратковременной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует и усиливает головокружение. Из анамнеза: в молодом возрасте находили порок сердца. Мать умерла внезапно в возрасте 36 лет от заболевания сердца. Указанные симптомы беспокоят около года.

**Объективно:** состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Частота дыхания 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок разлитой, резистентный. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в проекции передней грудной стенки по левому краю грудины. Перкуторно левая граница относительной тупости сердца по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается систолический шум изгнания, грубый, громкий над всей поверхностью сердца с максимальным звучанием в области верхушки сердца и точке Боткина. Шум усиливается в положении стоя и уменьшается в положении <сидя на корточках>, не проводится на сосуды шеи. АД 125/90 мм рт.ст. Пульс 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

В проведенных анализах крови и мочи патологии не выявлено.

**Электрокардиограмма:** ритм синусовый RV5, V6 > 16 мм, SV1 > 12 мм, R1+SV3 > 20 мм, RV6 > RV5 > RV4. Регистрируется патологический зубец Q в отведениях I, III, AVL, AVF, V3-6. Зубец T отрицательный в отведениях V4-V6.

При фонокардиографическом исследовании регистрируются III и IV тоны. Систолический шум имеет ромбовидную форму.

**При эхокардиографическом исследовании:** диаметр аорты - 3,3 см, открытие аортального клапана - 1,9. Толщина межжелудочковой перегородки - 2 см. Толщина задней стенки левого желудочка - 1,4 см, конечный систолический размер левого желудочка 3,2 см, конечный диастолический размер - 4 см. Фракция выброса - 45%. Определяется передне-систолическое движение створок митрального клапана.

**При доплероэхографии** определяется митральная регургитация.

**При сцинтиграфии** миокарда с таллием визуализируется узкая полость левого желудочка, окруженная выраженным накоплением фармпрепарата в гипертрофированном миокарде.

### ВОПРОСЫ

1. Назовите основной метод исследования для диагностики данного заболевания
2. При каких заболеваниях может наблюдаться типичная стенокардия напряжения? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Почему нитроглицерин неэффективен и плохо переносится?
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

**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.

**Объективно:** состояние больного тяжелое, сознание ясное. Беспокоен, боли продолжаются. Кожные покровы цианотичные, конечности холодные и влажные. Шейные вены не набухшие. Частота дыханий - 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. 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 - 37,0°C.

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.

Экстренно была снята кардиограмма, на которой определялся зубец Q>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 Лактатдегидрогеназа-420 ед/л Аспаратаминотрансфераза-40 ед/л.

### ВОПРОСЫ

1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
2. Выделите основные синдромы, характерные для данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Сформулируйте диагноз
5. Оцените лечение скорой медицинской помощи

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

В приемное отделение городской больницы поступила больная М., 56 лет с жалобами на колющую, сжимающую боль в области сердца, одышку при ходьбе, сердцебиение, чувство беспокойства и страха, потливость, повышенную раздражительность, похудание, плохую переносимость тепла.

**Из анамнеза:** считает себя больной в течение года. Одышка и сердцебиение появились 2 месяца назад, месяц назад заметила отеки на ногах. **Объективно:** Общее состояние средней тяжести. Положение активное, сознание ясное. **Больная** возбуждена, адекватна. Правильного телосложения. Пониженного питания. Кожные покровы влажные, гиперемированы. Видимые слизистые розовой окраски. Подкожная клетчатка развита слабо, отечность голеней и стоп. Отмечается диффузное увеличение щитовидной железы III степени, мелкий тремор пальцев рук, легкий экзофтальм, редкое мигание, припухлость верхних век, симптомы Грефе и Мебиуса. Лимфотические узлы не увеличены. Патологии со стороны мышц, костей, суставов не обнаружено. Температура тела 37,1оС. Грудная клетка астеническая. Тип дыхания грудной. ЧД - 20 в минуту. Грудная клетка при пальпации резистентна, безболезненна. Перкуторно: ясный легочный звук. Аускультативно-дыхание везикулярное. Пульс на лучевых артериях симметричный, неравномерный, частый, аритмичный, с частотой 120 в минуту. АД 170/95 мм рт.ст. При пальпации сердца определяется верхушечный толчок, расположенный в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя на уровне III ребра, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно-сердечные тоны приглушены, аритмичны. Пульс 92 в минуту, дефицит 48 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Размеры печени по Курлову - 11x10x8 см. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Положительный симптом Пleshа. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Общий анализ крови:** Эритроциты- 4,0x10<sup>12</sup>/л Гемоглобин-120г/л Лейкоциты-4,0x10<sup>9</sup>/л Эозинофилы-1% Палочкоядерные-5% Сегментоядерные-40% Лимфоциты-47% Моноциты-7% СОЭ-15 мм/час

**Общий анализ мочи:** прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1023, белок- отриц., сахар-отр., лейкоциты-2-1-1 в п/зрения, эритроциты 1-0-1 в п/зрения.

**ЭКГ:** Зубец P отсутствует, беспорядочные волны FF, расстояния R-R различны, частота сокращений желудочков-140 в минуту.

Больной было назначено лечение: постельный режим, дигоксин, антикоагулянты, диуретики.

Через 10 дней лечения улучшения отмечено не было.

Больной было назначено дообследование. Определение в крови тироксина, Т3 и белок - связанного йода показало увеличение их содержания.

### ВОПРОСЫ

1. Какие заболевания протекают со сходной клинической картиной? Проведите дифференциальную диагностику.
2. Сформулируйте диагноз.

3. Оцените лечение, назначенное больной амбулаторно.
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?
5. Назовите показания к хирургическому лечению.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14**

**Больной** 60 лет в экстренном порядке был госпитализирован в блок интенсивной терапии. **При поступлении** предъявлял жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина.

В течение 10 лет беспокоят загрудные боли при ходьбе через 300-500 метров, преимущественно по утрам, купируются после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился нерегулярно. Курит до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи.

**Объективно:** состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания. Кожные покровы слизистые, бледно-розовые. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно-легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыхания - 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

**На электрокардиограмме N1** (в 16-00 ч.) - ритм синусовый, угол  $\alpha = 30$ ,  $RI > RII > RIII$ ,  $SIII > RIII$ . В отведениях I, V5 - V6 определяется снижение сегмента ST на 1 мм и слабоотрицательный T.

**На электрокардиограмме N2** (в 19-00 ч.) - ST на изолинии, зубец T - слабоположительный.

**Общий анализ крови:** Эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/л$  Гемоглобин - 150 г/л Лейкоциты -  $4,5 \times 10^9/л$  Палочкоядерные - 1% Сегментоядерные - 72% Лимфоциты - 22% Моноциты - 5% СОЭ - 7 мм/час

**Биохимический анализ крови:** Аспаратаминотрансфераза - 22,5 ед/л Аланинаминотрансфераза - 18,4 ед/л Креатинфосфокиназа - 75 ед/л Лактатдегидрогеназа - 240 ед/л

**При эхокардиографическом исследовании:** аорта уплотнена, открытие аортального клапана - 1,8 см, левое предсердие - 3,0 см, толщина межжелудочковой перегородки - 1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,1 см, правый желудочек - 2,3 см, левый желудочек: конечный диастолический размер - 4,5 см, конечный систолический размер - 4,0 см, фракция выброса 56%.

#### **ВОПРОСЫ**

1. Ваша интерпретация электрокардиограммы, эхокардиографии
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Каковы методы контроля за больным?
5. Какова лечебная тактика?

#### **ЗАДАЧА СИТУАЦИОННАЯ 15**

**Больной М.**, 47 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-7 этажи лестницы. Боли купирует в состоянии покоя в течение 1-2 минут.

**Из анамнеза:** заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое. Курит в течение 20 лет.

**Объективно:** Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 76 в минуту. Живот безболезнен. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

**Общий анализ крови** и мочи - без патологии.

**Биохимический анализ крови:** Холестерин-8,5 ммоль/л ?-липопротеиды-70ед Аспартатаминотрансфераза-28ед/л Лактатдегидрогеназа-320ед/л

**Электрокардиограмма:** Ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца. Комплекс QRS-0,11с, в отведении V1 - QRS типа rSR1, в I и V6-слегка уширенный зубец S.

**При холтеровском мониторировании ЭКГ** зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизмененные комплексы QR с неполной компенсаторной паузой.

Результаты проведения велоэргометрической пробы: при нагрузке мощностью 100 Вт наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V1 -V4.

### **ВОПРОСЫ**

- 1.Ваша интерпретация данных электрокардиограммы.
- 2.Ваша интерпретация данных велоэргометрии и холтеровского мониторирования ЭКГ.
- 3.Сформулируйте диагноз
- 4.Каковы факторы риска заболевания
- 5.Назначьте лечение

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16**

**Больной Н.**, 62 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе на 100-200 м, подъеме на 1 этаж лестницы, одышку при ходьбе. Боли купируются в покое или после приема нитроглицерина в течение 1-2 минут. Загрудинные боли беспокоят в течение 8 лет. Три года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. Ухудшение отмечает в течение 2 месяцев, когда приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, а также в состоянии покоя. Страдает сахарным диабетом, ежедневно принимает 1т. манинила. **Объективно:** Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Пастозность голеней и стоп. Над легкими перкуторно-легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, правая-по правому краю грудины, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 140/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений-80 в минуту. Живот безболезнен. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

**Анализы крови и мочи**-без патологии.

**Электрокардиограмма:** Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Патологический зубец Q в отведениях I, III, AVF. Регистрируются преждевременные, уширенные (0,12 с) и деформированные комплексы QRS.

Результаты проведения велоэргометрии: при нагрузке мощностью 75 Вт у больного возник приступ стенокардии. **На электрокардиограмме** зарегистрировано косонисходящее снижение сегмента ST на 2 мм в отведениях V2-V4.

При сцинтиграфии миокарда с таллием 201 выявлены "дефекты перфузии" миокарда.

**Эхокардиография:** аорта уплотнена, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, левый желудочек: конечный диастолический размер - 5,8см, конечный систолический размер - 5,0см, правый желудочек-2,3см, левое предсердие - 3,8см, фракция выброса - 46%. Определяются зоны гипокинезии в области задней стенки левого желудочка.

### **ВОПРОСЫ**

- 1.Ваша интерпретация электрокардиограммы, данных велоэргометрии и эхокардиограммы
- 2.Проведите дифференциальную диагностику
- 3.Сформулируйте диагноз
- 4.Назначьте лечение
- 5.Каков основной механизм действия нитроглицерина?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17**

**Больной Г.**, 53 лет при поступлении в кардиологическое отделение предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной длительностью 10-15 минут, возникающие чаще ночью в предутренние часы.

**Из анамнеза:** болен в течение года. Физическую нагрузку переносит хорошо. При возникновении загрудинных болей нитроглицерин не эффективен.

**Объективно:** Состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Нормостеник. Отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно- дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая-по правому краю грудины, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 78 в минуту. Живот безболезнен. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

**Анализ крови и мочи**-без патологии.

**Электрокардиограмма:** ритм синусовый. Угол  $\alpha=+40$ , PQ-0,24с, QRS-0,10с.

**Холтеровское мониторирование** электрокардиограммы: в ночное время было зарегистрировано кратковременное (в течение 10 минут) смещение вверх от изоэлектрической линии сегмента ST, куполообразно сливающегося с зубцом T в отведениях V1-V4.

Велоэргометрическая проба: **Больной** достиг субмаксимальной частоты сердечных сокращений при нагрузке мощностью 150 Вт. Изменений на ЭКГ зарегистрировано не было.

**Эхокардиография:** аорта не изменена, левое предсердие-3,0см, левый желудочек: конечный диастолический размер - 4,5см, конечный систолический размер-3,8см, правый желудочек-2,2см, фракция выброса 65%.

## ВОПРОСЫ

- 1.Оцените данные инструментальных методов исследования.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Назовите ведущий патогенетический механизм данного заболевания.
- 4.Сформулируйте диагноз.
- 5.Какая группа препаратов является ведущей при лечении? Какая группа лекарств, применяемых при стенокардии, противопоказана больному?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

**Больной Е.** 54 лет доставлен в стационар скорой медицинской помощью в связи с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область, головную боль, тошноту. **Из анамнеза:** в течение 6 лет страдает гипертонической болезнью, систематически гипотензивных препаратов не принимает. Рабочее давление АД 140/80 мм рт.ст. Ухудшение в течение 6 часов нарастала головная боль, тошнота. Около 40 минут назад появился приступ <раздирающих> болей за грудиной, позже- с иррадиацией в межлопаточную область. На прием нитроглицерина - усиление головных болей.

**При осмотре:** состояние средней тяжести. Сознание ясное. Беспокоен. Гиперемия кожи лица. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая-по правому краю грудины, левая- на 1 см снаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя-на уровне III ребра. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Систолический шум над аортой. АД 230/120 мм рт.ст. Пульс-88 в минуту. Пульс на левой лучевой артерии малый, мягкий; на правой - большой, твердый. Печень - у края реберной дуги.

**Общий анализ крови:** Эритроциты- $4,5 \times 10^{12}$ /л Гемоглобин-150г/л Лейкоциты- $4,5 \times 10^9$ /л СОЭ-4мм/час Лейкоформула не изменена.

**Биохимический анализ крови:** Аспаратаминотрансфераза-11,6Ед/л Лактатдегидрогеназа-120Ед/л Креатинфосфокиназа-180Ед/л Холестерин-3,4ммоль/л

**Электрокардиограмма:** Ритм синусовый, RI+SII=26 мм, RV5,V6=27мм, SV1>12мм, RV6>RV5>RV4. Депрессия сегмента ST в отведениях V5,V6>0,5мм. Зубец T V5-V6-слабоотрицательный.

**На рентгенограмме:** увеличение тени аорты.

По данным аортографии - определяется двойной контур аорты.

## ВОПРОСЫ

1. В пользу какого осложнения гипертонического криза свидетельствует систолический шум над аортой и асимметрия пульсации лучевых артерий?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какой метод исследования, кроме проведенных, имеет диагностическое значение?
4. До какого уровня следует снижать АД?
5. Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

**Больной Н.**, 48 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе, увеличение живота, перебои в работе сердца. Перебои в работе сердца около года, увеличение живота - 3 месяца. Длительное время злоупотреблял алкоголем. Курит по одной пачке сигарет в день.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Субиктеричность склер. Пальмарная эритема. Небольшие отеки голеней. Шейные вены не набухают даже в горизонтальном положении. Частота дыхания - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: левая- на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая-по правому краю грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. Пульс-88 в минуту без дефицита. АД 130/85 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Подкожные вены брюшной стенки несколько расширены. Печень на 8 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем, не пульсирует.

**При поступлении** был поставлен диагноз ишемической болезни сердца с нарушением ритма.

Проведено обследование:

**Общий анализ крови:** Эритроциты- $3,6 \times 10^{12}$ /л Гемоглобин-100г/л Лейкоциты- $3,5 \times 10^9$ /л Базофилы-1% Эозинофилы-3% Палочкоядерные-1% Сегментоядерные-30% Лимфоциты-40% Моноциты-25% СОЭ-25мм/час

**Биохимический анализ крови:** Билирубин общий-30 мкмоль/л, непрямого-25 мкмоль/л Общий белок-50г/л Холестерин-2,7 ммоль/л Альбумины-15 г/л Аланинаминотрансфераза-110 ед/л

**Электрокардиограмма:** Зубец Р-отсутствует, нерегулярные волны ??, нерегулярные интервалы R-R. Частота желудочковых сокращений 88 в минуту.

**Эхокардиограмма:** аорта не изменена, левое предсердие-4,3см, левый желудочек: конечный диастолический размер - 6,2см, конечный систолический размер-5,8см, правый желудочек-3,5см, фракция выброса -46%.

Допплероэхография: признаки митральной регургитации.

### ВОПРОСЫ

1. Приведите аргументы в пользу диагноза, выставленного при поступлении?
2. Что противоречит этому диагнозу?
3. Сформулируйте диагноз
4. Оцените данные инструментальных методов исследования
5. Тактика лечения?

### Пример решения ситуационной задачи

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

**Больной Н.**, 38 лет при поступлении предъявлял жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки тупого характера продолжительностью до 1,5-2 часов, кашель, приступы удушья. **Из анамнеза:** болен около 5 лет, периодически появлялась одышка, а в ночное время стали беспокоить приступы удушья. Лечение сердечными гликозидами эффекта не дало. Последние 3 года - постоянная форма мерцательной аритмии. Год назад дважды перенес нарушение мозгового кровообращения, с этого времени - левосторонний гемипарез. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшается, нарастают отеки, одышка.

**Объективно:** состояние крайне тяжелое, диффузный цианоз, набухание шейных вен, положительный венный пульс. Ортопноэ. Отеки голеней и стоп. В задненижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧД - 26 в минуту. Определяется пульсация в прекардиальной области. Границы относительной сердечной тупости: слева по передней аксилярной линии, по VI межреберью, справа на 2 см кнаружи от правого края грудины. Систолический шум на верхушке и у основания мече-

видного отростка, акцент 2 тона над легочной артерией, ЧСС - 74 в минуту, пульс - 72 в минуту, неритмичный. АД 125/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Край печени плотный, на 8 см выступает из-под края реберной дуги.

**Общий анализ крови:** Эритроциты-  $3,5 \times 10^{12}/л$ . Гемоглобин-110г/л. Лейкоциты- $7,0 \times 10^9/л$ . Палочкоядерные-2%. Сегментоядерные-76%. Лимфоциты-18%. Моноциты-4% .

**Общий анализ мочи:** соломенно-желтая, удельный вес-1012, белок-0,066‰, лейкоциты-1-1 в п.зр., эритроциты 0-1.

**Электрокардиограмма:** Зубец Р-отсутствует, нерегулярные волны ff, нерегулярные интервалы R-R. Частота желудочковых сокращений - 76 в минуту.

**Суточное мониторирование ЭКГ:** зарегистрировано 3817 политопных желудочковых экстрасистол.

**Рентгенография легких:** выраженный венозный застой в легких. Сердце расширено в поперечнике, больше влево, талия сердца не выражена, в косых проекциях - увеличение левого предсердия и обоих желудочков.

**Эхокардиограмма:** левый желудочек: конечный диастолический размер -7,0см, конечный систолический размер-6см, правый желудочек-3,1см, левое предсердие-3,3см. Толщина задней стенки левого желудочка-1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, фракция выброса-35%.

Допплероэхография: признаки митральной и трикуспидальной регургитации.

## ВОПРОСЫ

1. Выделите синдромы, характерные для данного заболевания
2. Оцените данные инструментальных методов исследования
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Вариант ответа

1. Синдромы: острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности; аритмический синдром, тромбоэмболический, синдром левостороннего гемипареза.
2. Имеющиеся данные дополнительных методов исследования свидетельствуют о дилатации левых и правых полостей сердца, митральной и трикуспидальной недостаточности, резком снижении сократительной функции сердца, застое по малому и большому кругу кровообращения, наличии фибрилляции предсердий. Высокой эктопической желудочковой активности.
3. Учитывая прогрессирующую дилатацию сердца с прогрессированием недостаточности кровообращения по двум кругам кровообращения на протяжении около 5 лет у ранее здорового молодого человека с развитием фибрилляции предсердий, наличием частой желудочковой экстрасистолы, сопровождающиеся повторными системными тромбоэмболиями  
Диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Митральная регургитация ? ст., трикуспидальная регургитация ? ст. Фибрилляция предсердий постоянная форма, медикаментозно скорректированная до нормокардии. Частая желудочковая экстрасистолия. Повторные эпизоды эмболии в сосуды головного мозга с развитием ишемического инсульта с левосторонним гемипарезом (дата). Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности. Сердечная астма, асцит, гидроторакс, периферические отеки.
4. Миокардит хронического течения, сочетанный митральный порок.
5. Лечение сердечной недостаточности: стартовое лечение - ингибитор АПФ, антагонист альдостерона (спиронолактон доза 150 -200 мг), петлевые диуретики; дигоксин.

## 4.3. Тестовые задания

001 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

- А 4-6 недель
- Б 2 недели или меньше
- В более 6 недель
- Г более 8 недель

002 К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЖАЛОБАМ У БОЛЬНЫХ СО КОНСТРИКТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ОТНОСЯТ

- А одышку при нагрузке
- Б перебои в работе сердца
- В тяжесть в правом подреберье
- Г болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки

003 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А шум трения перикарда
- Б учащенное сердцебиение
- В нарушение акта глотания
- Г снижение артериального давления

004 АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИХОДИТСЯ В ОСНОВНОМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А дилатационной кардиомиопатией
- Б гипертрофической кардиомиопатией
- В рестриктивной кардиомиопатией
- Г ишемической болезнью сердца

005 ДИНАМИЧЕСКАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СВОЙСТВЕННА

- А гипертрофической кардиомиопатии
- Б дилатационной кардиомиопатии
- В рестриктивной кардиомиопатии
- Г «гипертоническому» сердцу

006 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А дилатационной кардиомиопатии
- Б гипертрофической кардиомиопатии
- В рестриктивной кардиомиопатии
- Г алкогольной кардиомиопатией

007 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ПРОТЕКАЮЩАЯ С КРИЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТООТДЕЛЕНИЕМ, ГИПЕРЕМИЕЙ ЛИЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А феохромоцитомы
- Б синдрома Конна
- В реноваскулярной гипертонии
- Г синдрома Кушинга

008 СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТонию, ПОЛИДИПСИЮ, ПОЛИУРИЮ, МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ И ГИПОКАЛИЕМИЮ ХАРАКТЕРЕН, ДЛЯ

- А синдрома Конна

- Б реноваскулярной гипертонии
- В ренопаренхиматозной гипертонии
- Г синдрома Кушинга

009 В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА ЛЕЖИТ

- А увеличение реабсорбции натрия
- Б гипокалиемия
- В гиперренинемия
- Г снижение реабсорбции натрия

010 ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ С

- А реноваскулярной гипертонией
- Б гипертонической болезнью
- В коарктацией аорты
- Г аортальным пороком

011 ЛЕЧЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ С ЦЕЛЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- А 1-2 лет.
- Б 3-4 мес.
- В 3-6 мес.
- Г 6-12 мес.

012 КАКОЙ ИЗ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ?

- А артериальная гипертензия
- Б курение
- В ожирение
- Г гиперхолестеринемия

013 КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В ЕЖЕДНЕВНОМ МЕНЮ СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ?

- А 400 г
- Б 500 г
- В 200 г
- Г 300 г

014 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НОРМАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ?

- А >50%
- Б >40%
- В >60%
- Г >70%

015 К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНОГО С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ОТНОСЯТ

- А АВ блокаду III степени

- Б частую желудочковую экстрасистолию
- В пароксизмы желудочковой тахикардии
- Г пароксизмы наджелудочковой тахикардии

016 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА?

- А <40%
- Б <50%
- В <30%
- Г <35%

017 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ, ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ

- А от 1 до 10 мин
- Б от 1 до 15 мин
- В от 5 до 20 мин
- Г от 1 до 5 мин

018 КАКУЮ ГРУППУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ОТНОСЯТ К ПРЕПАРАТАМ РЕЗЕРВА?

- А антагонисты имидазолиновых рецепторов
- Б диуретики
- В ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- Г блокаторы медленных кальциевых каналов

019 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ПРИСТУПЕ ВАСОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А элевация
- Б горизонтальная депрессия более 1 мм
- В косонисходящая депрессия
- Г косовосходящая депрессия

020 УМЕНЬШЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАЧИНАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СРЕДНЕГО АД НИЖЕ УРОВНЯ

- А 60 мм. рт. ст.
- Б 50 мм. рт. ст.
- В 40 мм. рт. ст.
- Г 80 мм. рт. ст.

021 КАКУЮ ГРУППУ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ НЕ ОТНОСЯТ К ПРЕПАРАТАМ РЕЗЕРВА?

- А альфа-адреноблокаторы
- Б бета-адреноблокаторы
- В ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- Г блокаторы медленных кальциевых каналов

022 КАКАЯ КОМБИНАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМ СИНЕРГИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ?

- А ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента + диуретики
- Б ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента + блокатор медленных кальциевых каналов

В бета-блокатор + блокатор медленных кальциевых каналов

Г бета блокатор + блокатор рецепторов ангиотензина

023 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А одышка, диффузный цианоз, тахикардия

Б бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия

В акроцианоз, бронхоспазм, тахикардия

Г кровохарканье, коллапс, одышка

024 МАЛОВЕРОЯТНО, ЧТО ТЯЖЕЛЫЙ МИОКАРДИТ С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

А вирус простого герпеса

Б вирусы - Коксаки

В эхо-вирусы

Г вирусы гриппа

025 СРЕДНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ДОЗЫ ДИГОКСИНА В СУТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕСОМ 60-80 КГ СОСТАВЛЯЮТ

А 0,125 - 0,25 мг

Б 0,25 - 0,375 мг

В 0,125 мг

Г 0,375-0,5 мг

026 КАКАЯ КОМБИНАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ПО ДАННЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛА НАИБОЛЬШЕЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ?

А ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента + блокаторы медленных кальциевых каналов

Б ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента + диуретики

В бета - блокаторы + блокаторы медленных кальциевых каналов

Г блокаторы рецепторов ангиотензина + диуретики

027 ПРОТИВОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А размер левого предсердия по данным УЗИ 4,5 см

Б возникновение тромбоэмболий

В возникновение или усугубление сердечной недостаточности

Г устранение предполагаемой причины мерцательной аритмии

028 ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ, УРЕЖАЮЩИМ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ КАК У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА, ТАК И БЕЗ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

А амиодарон

Б новокаинамид

В пропafenон

Г верапамил

029 КАКУЮ ТРЕХ КОМПОНЕНТНУЮ КОМБИНАЦИЮ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПТИМАЛЬНОЙ?

- А иАПФ+диуретики+БМКК
- Б иАПФ+диуретики+бета-блокаторы
- В бета-блокаторы+диуретики+БМКК
- Г диуретики + бета-блокаторы + антагонисты имидазолиновых рецепторов

030 ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А дигоксин
- Б верапамил
- В анаприлин
- Г амиодарон

031 ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А головокружения и обмороки
- Б стенокардия и сердцебиение
- В одышка и слабость
- Г ощущения перебоев в работе сердца

032 СРЕДСТВОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А пропafenон
- Б бета-блокаторы
- В амиодарон
- Г новокаиnamид

033 КАКАЯ МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПО ДАННЫМ МОНИТОРИРОВАНИЯ?

- А 40
- Б 50
- В 35
- Г 45

034 ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СТАТЬ

- А острый тромбоз передней нисходящей коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда
- Б первичная легочная гипертензия
- В острый тромбоз правой коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда
- Г тяжелая эмфизема легких

035 ЕСЛИ ПРИСТУП МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТАКИМИ СИМПТОМАМИ КАК СЕРДЕЧНАЯ АСТМА, РЕЗКАЯ ГИПОТОНИЯ, СТЕНОКАРДИЯ, ТО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А проведение электроимпульсной терапии
- Б введение сердечных гликозидов
- В введение новокаиnamида
- Г введение амиодарона

036 ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО В/В ВВЕДЕНИЕ:

- А верапамила
- Б новокаинамида
- В ритмилена
- Г амиодарона

037 СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ КОРДАРОНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ (ПОСЛЕ ПЕРИОДА НАСЫЩЕНИЯ) СОСТАВЛЯЮТ

- А 200-400 мг
- Б 100-200 мг
- В 400-600 мг
- Г 600-800 мг

038 САМЫЕ БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ СЕРДЦА ОТМЕЧАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ С

- А аортальной недостаточностью
- Б аортальным стенозом
- В митральным стенозом
- Г митральной недостаточностью

039 КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А МВ-КФК
- Б АСТ
- В АЛТ
- Г ЛДГ

040 МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА МЕДЛЕННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А 200 мг
- Б 250 мг
- В 50 мг
- Г 100 мг

041 ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фибрилляция предсердий
- Б синусовая тахикардия
- В синусовая брадикардия
- Г атрио-вентрикулярная блокада II ст

042 ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ЦИАНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А сердечной недостаточности
- Б почечной недостаточности
- В легочной недостаточности
- Г цирроза печени

043 ПРИ ЗАСТОЕ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА

- А кашель с отделением розовой пенистой мокроты
- Б отеки нижних конечностей

- В бледность лица
- Г боли в правом подреберье

045 КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА 5-7 СУТКИ Q- ИНФАРКТА МИОКАРДА, НАИБОЛЕЕ ОПАСНО?

- А разрыв миокарда
- Б нарушение AV проводимости
- В желудочковые экстрасистолы
- Г синдром Дресслера

046 СИМПТОМ «КОШАЧЬЕГО МУРЛЫКАНИЯ» НАД ВЕРХУШКОЙ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ДИАСТОЛЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А митральном стенозе
- Б стенозе устья аорты
- В недостаточности аортального клапана
- Г стенозе трикуспидального отверстия

047 ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ В ОБРАЗОВАНИИ 1 ТОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А захлопывание атриовентрикулярных клапанов
- Б захлопывание клапанов аорты и легочного ствола
- В колебание миокарда желудочков
- Г колебание миокарда при сокращении предсердий

048 У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА МЕЗОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ РИТМ ГАЛОПА СЛЕДУЕТ СВЯЗЫВАТЬ С

- А ослаблением сократительной способности миокарда
- Б усилением сократительной способности миокарда
- В повышением артериального давления
- Г эмфиземой легких

049 КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА СЕРДЦА?

- А инфаркт миокарда
- Б инфекционный эндокардит
- В тромбоэмболии
- Г гемолитическая анемия

050 КАКОЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОКАЛИЕМИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУРОСЕМИДОМ СЧИТАЮТ ОПТИМАЛЬНЫМ?

- А комбинация с антагонистами минералкортикоидных рецепторов
- Б комбинация с калийсберегающим диуретиком
- В обогащенная калием диета
- Г постоянный прием препаратов калия

## 5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 816 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7537-9. URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970475379.html?SSr=07E80B078EA45>

Дополнительная литература

1. Калинин, Р. Е. Основы электрокардиостимуляции : учебное пособие / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Н. Д. Мжаванадзе [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 112 с. : ил. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-6887-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970468876.html?SSr=07E80B078EA45>

2. Иоселиани, Д. Г. Коронарное стентирование и стенты / Д. Г. Иоселиани, Д. А. Асадов, А. М. Бабунашвили. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. : ил. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6513-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465134.html>

5. Бокерия, Л. А. Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А., Ревитшвили А. Ш., Неминущий Н. М., Проничева И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5629-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970456293.html?SSr=07E80B078EA45>

10. Шляхто, Е. В. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 816 с. : ил. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-5397-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970475379.html?SSr=07E80B078EA45>

11. Калинин, Р. Е. Основы электрокардиостимуляции : учебное пособие / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Н. Д. Мжаванадзе и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5487-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x>

15. Благова, О. В. Болезни миокарда и перикарда : от синдромов к диагнозу и лечению / Благова О. В., Недоступ А. В., Коган Е. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 884 с. - ISBN 978-5-9704-4743-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970447437.html?SSr=07E80B078EA45>

16. Кишкун, А. А. Диагностика неотложных состояний / Кишкун А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-5057-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970450574.html?SSr=07E80B078EA45>

25. Щёктова, В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В. Щёктова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-3934-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970447789.html?SSr=07E80B078EA45>

26. Гордеев, И. Г. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда / И. Г. Гордеев, Н. А. Воллов, В. А. Кокорин - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3231-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970432310.html?SSr=07E80B078EA45>

28. Арутюнов, Г. П. Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов / Г. П. Арутюнов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3356-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970433560.html?SSr=07E80B078EA45>

29. Троян, В. Н. Лучевая диагностика органов грудной клетки / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 584 с. (серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии") - ISBN 978-5-9704-2870-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970428702.html?SSr=07E80B0793A5C>

30. Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 784 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6697-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970442425.html?SSr=07E80B0793A5C>

31. Маркина, Н. Ю. Ультразвуковая диагностика / С. К. Терновой, Н. Ю. Маркина, М. В. Кислякова ; под ред. С. К. Тернового. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. -

240 с. : ил. - (Серия "Карманные атласы по лучевой диагностике"). - 240 с. (Серия "Карманные атласы по лучевой диагностике") - ISBN 978-5-9704-5619-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970483145.html?SSr=07E80B0793A5C>

32. Тараканов, А. В. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи : руководство для врачей и фельдшеров / А. В. Тараканов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - (Серия "Скорая медицинская помощь"). - 400 с. - ISBN 978-5-9704-6693-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970466933.html?SSr=07E80B0793A5C>

33. Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970434475.html?SSr=07E80B0793A5C>

35. Кишкун, А. А. Диагностика неотложных состояний / Кишкун А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-5057-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970450574.html?SSr=07E80B0793A5C>

36. Пирадов, М. А. Инсульт : пошаговая инструкция / Пирадов М. А. , Максимова М. Ю. , Танащян М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4910-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970457825.html?SSr=07E80B0793A5C>

38. Кишкун, А. А. Клиническая лабораторная диагностика : учеб. пособие для медицинских сестер / А. А. Кишкун. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-6799-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970414057.html?SSr=07E80B0793A5C>

#### Периодические издания (журналы)

Профилактическая медицина: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/122407/udb/12/>

Кардиология: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/82049/udb/12/>

#### Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Электронная библиотека Курского государственного медицинского университета Medicus URL : <http://library.kursksmu.net/>

2. Справочно-информационная система «MedBaseGeotar» URL: <https://mbasegeotar.ru/>

3. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» URL : <https://elibrary.ru/>

4. Электронная библиотечная система "Консультант студента". База данных URL : <http://www.studentlibrary.ru/>

5. Национальная электронная библиотека URL : <https://нэб.пф/>

6. Консультант плюс URL: <http://www.consultant.ru/>

7. Полнотекстовая база данных «Polpred.com» URL : <https://polpred.com/>

8. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» URL : <https://cyberleninka.ru>

9. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART URL: <https://www.iprbookshop.ru/>

10. [Электронные газеты и журналы на платформе East View: https://dlib.eastview.com/login](https://dlib.eastview.com/login)

11. ЭБС «Консультант студента» / Студенческая электронная библиотека <https://www.studentlibrary.ru/>

12. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26482) [http://aokpb.ru/cms/01.23.2018\\_19\\_32\\_02.pdf](http://aokpb.ru/cms/01.23.2018_19_32_02.pdf)

1. Клинические рекомендации. Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств. 2021. [https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/КР\\_Inf\\_Endokardit-unlocked.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/КР_Inf_Endokardit-unlocked.pdf)

2. Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий. 2022. [https://scardio.ru/content/Guidelines/2022\\_KR\\_Stenoz.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2022_KR_Stenoz.pdf)

3. Клинические рекомендации. Перикардиты. 2022.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/746\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/746_1)
4. Клинические рекомендации. Миокардиты. 2023.  
[https://scardio.ru/content/Guidelines/Proekt\\_2023\\_M.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/Proekt_2023_M.pdf)
5. Клинические рекомендации. Нарушения липидного обмена. 2023.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/752\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/752_1)
6. Рекомендации по оценке и коррекции сердечно-сосудистых рисков при несердечных операциях. 2023. [https://scardio.ru/content/Guidelines/Rekom\\_noncardsurgery2023.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/Rekom_noncardsurgery2023.pdf)
7. Клинические рекомендации. Трансплантация сердца, наличие трансплантированного сердца, отмирание и отторжение трансплантата сердца. 2023.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/762\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/762_1)
8. Клинические рекомендации. Коарктация аорты. 2023.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/754\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/754_1)
9. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2024.  
[https://scardio.ru/content/Guidelines/2024\\_AG.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_AG.pdf)
10. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2024.  
[https://scardio.ru/content/Guidelines/2024\\_IBS.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_IBS.pdf)
11. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. 2024.  
[https://scardio.ru/content/Guidelines/2024\\_HSN.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_HSN.pdf)
12. Клинические рекомендации. Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия. 2024. [https://scardio.ru/content/Guidelines/2024\\_LAG.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_LAG.pdf)
13. Клинические рекомендации. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. 2024. [https://scardio.ru/content/Guidelines/2024\\_09\\_26.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2024_09_26.pdf)

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающе-

муся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.