

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По
дисциплине

«Кардиология»

(наименование дисциплины)

По специальности

31.08.36 «Кардиология»

(код и наименование направления)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации

Ординатура

Кафедра:

Факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана

(наименование кафедры)

Санкт-Петербург
2021 г.

Рабочая программа по дисциплине «Кардиология», специальность «Кардиология», код 31.08.36 составлена на основании ФГОС ВО по специальности 31.08.36 «Кардиология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1078, профессионального стандарта "Врач-кардиолог", утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 140н и учебного плана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Разработчики программы:

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

А.С. Галенко
(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Д.В. Захаров
(расшифровка)

Профессор кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Н.Я. Дзеранова
(расшифровка)

*Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
факультетской терапии им. В.А. Вальдмана*

название кафедры

« 16 » мая 2021 г., протокол заседания № 3

Заведующий кафедрой

факультетской терапии им. В.А. Вальдмана

название кафедры

Д.м.н., профессор
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Ю.П. Успенский
(расшифровка)

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины.

Подготовка квалифицированного врача-кардиолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи. Освоение теоретических и практических навыков для осуществления самостоятельной работы с больными кардиологического профиля

Задачи дисциплины:

- изучение этиологии, патогенеза, принципов выявления, лечения и профилактики кардиологических заболеваний;
- сформировать методологические и методические основы клинического мышления и рационального действия врача-кардиолога;
- усвоение ординаторами теоретических знаний и практических умений по проведению обследования кардиологических больных в рамках диагностических возможностей врача-кардиолога амбулаторного звена;
- обеспечение усвоения ординаторами теоретических знаний и практических умений по оказанию специализированной помощи больным кардиологического профиля в стационаре;
- освоение методов организации и реализации мероприятий по профилактике заболеваемости кардиологическими болезнями среди различных контингентов населения на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях в амбулаторно-поликлинических условиях;
- сформировать у ординатора навыки общения с коллективом.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Дисциплина входит в раздел обязательных дисциплин базовой части программы.

Знания, умения и компетенции, приобретаемые обучающимися после освоения содержания дисциплины, будут использоваться для успешной профессиональной деятельности.

3. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ)

В результате освоения дисциплины у ординатора должны быть сформированы следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее – УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

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 (ПК-2);

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 (МКБ-10);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи (МКБ-10);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (МКБ-10);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (МКБ-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (МКБ-10);

Ординаторы, завершившие изучение дисциплины, должны:

знать:

- законодательство Российской Федерации по вопросам организации медицинской, в том числе и кардиологической помощи населению;
- принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в медицине;
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
- основы фармакотерапии при различных заболеваниях;
- основные положения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, а также судебной и военной экспертизы при кардиологических заболеваниях;
- причины, механизмы и проявления типовых патологических процессов, закономерности их взаимосвязи, значение при различных заболеваниях;
- особенности возникновения, развития и завершения типовых форм патологии органов и физиологических систем;
- этиологию и патогенез отдельных болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики;
- адаптивные реакции, с позиций концепции саногенеза, на клеточно-тканевом, органном и организменном уровнях, взаимосвязь адаптивных и патогенных реакций и процессов, определяющих характер и исходы синдромов и болезней;
- основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии, принципы диагностики, профилактики и терапии заболеваний;
- теоретические основы построения диагноза, профилактических и лечебных мероприятий при болезнях человека;
- основные принципы организации оказания первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи пациентам, страдающим социально-значимыми и социально обусловленными заболеваниями;
- профессиональные заболевания сердечно-сосудистой системы;
- принципы организации лечебно-диагностического процесса в медицинской организации;
- общие вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения с различными нозологическими формами, в том числе с кардиологическими заболеваниями;
- основы законодательства и директивные документы, определяющие организацию кардиологической помощи

- основные вопросы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, корригируемые и некорригируемые факторы риска, виды дислипидемий.
- основы водно-электролитного обмена, возможные типы нарушений и принципы коррекции при кардиологических заболеваниях
- показатели гемостаза в норме и патологии, роль патологии свертывающей системы крови при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- основы иммунологии, роль иммунологической патологии в возникновении кардиологических заболеваний, возможности коррекции и профилактики
- роль воспаления и инфекции в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний
- клиническую картину, течение и прогноз основных кардиологических заболеваний у подростков и взрослых, их диагностику, лечение и вторичную профилактику
- диагностическую значимость и информативность основных лабораторных и инструментальных методов исследования в кардиологии
- принципы коррекции образа жизни, основы рационального питания здоровых, диетотерапии и лечебного питания больных, фармакотерапии основных кардиологических заболеваний, определения показаний и противопоказаний к хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний
- основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, врачебного контроля в кардиологии, определение показаний к санаторно-курортному лечению кардиологических больных
- основные принципы оценки эффективности лечения при кардиологических заболеваниях
- принципы организации и систему проведения реабилитационных мероприятий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
- организацию работы поликлиники, преемственность её работы с другими лечебными учреждениями, организацию работы врача-кардиолога поликлиники
- порядок проведения экспертиз при сердечно-сосудистых заболеваниях
- порядок проведения анализа медико-статистической информации,
- основы диспансеризации кардиологических больных

уметь:

- собрать информацию о заболевании, использовать объективные методы исследования, выявить общие и характерные черты заболевания, определить и сформулировать диагноз.
- проводить дифференциальный диагноз различных, в том числе кардиологических заболеваний ;
- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, инструментальных, функциональных, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
- работать с основными типами медицинского оборудования, применяемого в кардиологии: электрокардиографом, эхокардиографом, аппаратом измерения АД, приборами для суточного мониторирования ЭКГ и АД по Холтеру, аппаратурой для проведения проб с физической нагрузкой;
- проводить и интерпретировать результаты диагностических исследований: регистрацию ЭКГ, регистрацию ЭКГ с физической нагрузкой, трансторакальную эхокардиографию, установку, считывание и анализ данных суточного мониторирования ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование сосудов, функциональное нагрузочное тестирование (велозргометрия, тредмил-тест)
- определять показания для установки пациентам электрокардиостимулятора
- оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность экстренных мероприятий.
- определить объем и последовательность терапевтических или хирургических и организационных мероприятий (стабилизация, амбулаторное лечение, консультативный

прием);

- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов, оперативного лечения;
- разработать план подготовки больного к терапии, определить противопоказания, назначить необходимые лекарственные средства;
- решить вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности больного, квалифицировать нетрудоспособность как временную или стойкую, оформить надлежащим образом медицинскую документацию;
- назначать лечебное питание пациентам кардиологического профиля;
- определять комплекс реабилитационных мероприятий
- проводить профилактические осмотры, диспансеризацию подросткового и взрослого населения.
- оказать первую врачебную помощь при различных неотложных состояниях
- проводить лечебные и диагностические процедуры пациентам кардиологического профиля;
- уметь проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции и при подозрении на особо опасную инфекцию
- определять медицинские показания пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы для направления их на медико-социальную экспертизу;
- оценивать эффективность проведения профилактической работы;
- проводить пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы мероприятия в рамках медико-социальной экспертизы;
- рассчитывать и анализировать основные медико-демографические показатели;
- рассчитывать и анализировать основные показатели, характеризующие деятельность первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организациях;
- выполнять расчет объема и скорости введения лекарственных препаратов с помощью инфузомата;
- применять основные методические подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений;
- организовывать обработку и защиту персональных данных в медицинской организации;
- работать со специальными медицинскими регистрами;
- осуществлять общее руководство использованием информационной системы в медицинской организации;
- применять информационные технологии для решения задач в своей профессиональной деятельности;
- ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах по вопросам организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях;

владеть навыками:

- эффективного и адекватного распознавания и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их осложнениями
- владеть методами экстренной и неотложной кардиологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур в кардиологии;
- владеть современными методами диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных в кардиологии
- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в кардиологии;
- диагностики и подбора адекватной терапии конкретных сердечно-сосудистых заболеваний;
- расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и оказания кардиологической помощи;

- анализа деятельности кардиологической службы медицинской организации;
- ведения первичной медицинской документации, оформления официальных медицинских документов;
- составления различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов;
- ориентироваться в вопросах организации кардиологической помощи, взаимодействии со страховыми компаниями, другими специалистами и службами.
- работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
- санитарно-просветительской работы по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака;
- основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях;

Перечень компетенций по уровням освоения.

| № п/п | Номер / индекс компетенции | Содержание компетенции (или ее части) | В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны: | | | Оценочные средства |
|-------|----------------------------|--|---|---|--|-------------------------------------|
| | | | Знать | Уметь | Владеть | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | УК-1 | готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных | в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи | методиками проведения психологических замеров и тестирований | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |
| 2 | ПК-1 | 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 | основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы, законодательство РФ по вопросам организации медицинской помощи населению и профилактики заболеваний, биосоциальные аспекты здоровья, социальной гигиены, правовые, организационные, экономические аспекты применения современных | составить план профилактических мероприятий | навыками работы с теми или иными группами риска | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |

| | | | | | | |
|---|------|--|---|--|---|-------------------------------------|
| | | развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении | | | |
| 3 | ПК-2 | готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | основные вопросы терапии, инфекционных болезней, кардиологии, функциональной и лучевой диагностики, применительно к методам диагностики и лечения атеросклероза ишемической болезни сердца, заболеваний сосудов, гипертонической болезни, болезней миокарда, врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений ритма, сердечной недостаточности и другой кардиальной патологии | выявить специфические анамнестические особенности определять характер и выраженность отдельных патологических симптомов и начальных признаков заболевания, оформлять первичную медицинскую документацию; учетно-отчетную документацию, официальные медицинские документы | способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования; методами ультразвуковой диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |
| 4 | ПК-5 | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человека, основы исследования сердца с учетом современных представлений о сердечно-сосудистой патологии; общие принципы и основы международной классификации болезней. | интерпретировать основные параметры и их производные в оптимальном режиме исследования | навыками обследования больного, в том числе с сердечно-сосудистой патологией | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |
| 5 | ПК-6 | готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической медицинской помощи | этиологию, патогенез и клинику, диагностику, дифференциальный диагноз и лечения основных кардиологических заболеваний, определять объем применения | Владеть навыками расспроса больного, сбора анамнестических сведений, пропедевтики кардиологических заболеваний, построения и обоснования | навыками для диагностики, лечения и наблюдения в кардиологии методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |

| | | | | | | |
|---|-------|--|--|---|--|-------------------------------------|
| | | | специальных методов исследования определять объем и последовательность применения немедикаментозных, медикаментозных и хирургических методов лечения, особенности организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в специализированных стационарах | диагноза; определять показания и противопоказания, целесообразность к проведению лабораторных, инструментальных, в том числе, инвазивных методов исследования, выбирать адекватные методы исследования | пациентов с кардиологической патологией | |
| 6 | ПК-8 | готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | основы общей патологии человека, иммунологии, реактивности организма и адаптивных реакций, основы реабилитации и курортологии; | Решать вопросы экспертизы трудоспособности, квалифицированное оформление медицинского заключения, определять методы и формы проведения реабилитации | последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации в условиях стационара, поликлиники, санатория, методами вторичной профилактики | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |
| 7 | ПК-10 | готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, основные принципы организации медицинской помощи: первичной, неотложной, специализированной, высокотехнологичной, принципы оказания социальной поддержки. | организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала и осуществления медперсоналом различных уровней своих профессиональных обязанностей | принципами организации лечебно-диагностического процесса в медицинских организациях, правовыми, организационными и экономическими аспектами оказания медицинской помощи в подразделениях организации, опытом организационной работы; опытом распределения по времени и месту обязанностей персонала и контроля за выполнением этих обязанностей. | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |

| | | | | | | |
|----------|--------------|--|---|---|--|-------------------------------------|
| 8 | ПК-11 | готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей | современные представления о качестве оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки | определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата | методикой оценки типовых медико-статистических показателей | Тесты, вопросы, ситуационные задачи |
|----------|--------------|--|---|---|--|-------------------------------------|

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

| №№ п/п | Вид учебной работы | Всего часов | Годы |
|--------|---|-------------|------|
| 1 | Общая трудоемкость | 1116 | 1 |
| 2 | Аудиторные занятия, в том числе: | 744 | 1 |
| 2.1 | Лекции | 36 | 1 |
| 2.2 | Практические занятия | 708 | 1, 2 |
| 3 | Самостоятельная работа | 372 | 1 |
| 4 | Вид итогового контроля – Промежуточная аттестация (в виде дифференцированного зачета) | ПА | 1, 2 |

Общая трудоемкость дисциплины составляет 31 зачетную единицу (1116 часов).
(1 ЗЕТ – 36 часов)

| Вид учебной работы | I год обучения | II год обучения | Объем часов |
|--|----------------|-----------------|-------------|
| Аудиторные часы: | 528 | 216 | 744 |
| – лекции | 36 | - | 36 |
| – практические занятия | 492 | 216 | 708 |
| - зачет | | - | |
| Самостоятельная работа ординатора | 372 | - | 372 |
| Трудоемкость (час/ ЗЕТ) | 900/25 | 216/6 | 1116/31 |

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Содержание разделов дисциплины

| № пп | Название раздела дисциплины | Содержание раздела |
|---|----------------------------------|--|
| Б1.Б.1 Кардиология | | |
| Б1.Б.1.1 Общая кардиология УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11 | | |
| 1. | Теоретические основы кардиологии | История развития кардиологии как отдельной специальности. Кардиология как самостоятельная научная и клиническая дисциплина. Участие отечественных и зарубежных ученых в развитии патогенетического, клинического и профилактического направлений изучения сердечно-сосудистых заболеваний. Эпидемиология кардиоваскулярных заболеваний в структуре заболеваемости и летальности. Краткие сведения о распространенности кардиологических заболеваний в мире и РФ. Эволюция кардиоваскулярных заболеваний и изменение структуры кардиологической заболеваемости в настоящее время. Теоретические основы кардиологии. Топография, строение и |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>камеры сердца, строение клапанов сердца, изменения топографии и размеров сердца в период сокращения, строение коронарных сосудов и коронарное кровообращение. Нормальная физиология системы кровообращения, молекулярная и клеточная биология сердца. Электрофизиология сердца: потенциал действия, фазы потенциала действия, механизм образования и проведения импульса в здоровом сердце. Свойства специализированных клеток миокарда: автоматизм, возбудимость, проводимость, рефрактерность. Нарушения образования и проведения импульса, возможные клинические последствия, синоатриальные, атриовентрикулярные блокады, нарушения проведения по желудочкам, клиническое значение. Преждевременное возбуждение желудочков, клиническое значение. Причины и механизм возникновения механизма обратного входа возбуждения, его последствия, роль в возникновении аритмий. Генетические основы возникновения заболеваний сердца: Врожденные и наследственные заболевания: надклапанный аортальный стеноз, семейный дефект межпредсердной перегородки, инверсия сердца, семейная миксома. Генетические основы поражения сердечной мышцы при гипертрофической кардиомиопатии, рестриктивной кардиомиопатии, дилатационной кардиомиопатии, кардиомиопатии при нейромускулярных заболеваниях, при болезнях накопления, митохондриальных заболеваниях. Врожденные аритмогенные состояния и болезни: удлинненный и укороченный QT-синдром, катехоламинэргическая полиморфная вентрикулярная тахикардия, синдром Бругада, семейная фибрилляция предсердий, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта и др. Генетические основы возникновения артериальной гипертензии, ИБС, дислипидемии. Поражение сердца при врожденных заболеваниях соединительной ткани: синдром Марфана, Элерса-Данлоса и др.</p> |
| 2 | <p>Методы клиничко-лабораторного исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями</p> | <p>Методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Роль клинического обследования в диагностике болезней сердца. Семiotика кардиологических заболеваний. Жалобы больного и история развития заболевания. Особенности анамнеза кардиологического больного, острое и хроническое течение кардиологических заболеваний. Оценка клинических симптомов: Разбор жалоб, характерных для заболеваний сердца: боли и их особенности, сердцебиение, одышка, кашель, отеки, синкопальные состояния и др. Значение анамнеза в диагностике кардиологических заболеваний. Роль внешних и внутренних факторов в развитии кардиологических заболеваний, понятие о факторах риска. Роль семейных, социальных, профессиональных, психологических факторов в развитии кардиологических заболеваний. Физикальное исследование сердечно-сосудистой системы, свойства артериального пульса, определение пульса в различных областях тела, понятие о венозном пульсе, артериальное давление и методы его измерения. Аускультация сердца: зоны аускультации, тоны сердца, дополнительные тоны и шумы. Формирование шумов сердца при врожденных и приобретенных пороках сердца. Выделение отдельных симптомокомплексов в течении заболевания, оценка клинических симптомов. Лабораторные методы исследования: определение ферментов и других биологически активных веществ при заболеваниях сердца, их диагностическое значение. Инструментальные методы, используемые в диагностике кардиологических заболеваний.</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| | | <p>Электрокардиография, эхокардиография, рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, компьютерная томография коронарных артерий, радиоизотопное исследование сердца, их возможности и применение в практической диагностике. Инвазивные методы: коронарная ангиография в диагностике ишемической болезни сердца.</p> <p>Принципы и возможности раннего выявления кардиологических больных в работе кардиолога амбулаторного звена. Организация лечения больных с кардиологическими заболеваниями в амбулаторных условиях, реабилитация, санаторно-курортное лечение. Методы наблюдения: диспансеризация</p> <p>Принципы и методы лечения кардиологических больных. Принципы комплексной этиотропной и патогенетически обоснованной терапии больных. Методы выбора адекватных препаратов и лечебных доз. Методы их применения. Рефрактерность к терапии и её возможные причины. Осложнения при этиотропном и патогенетическом лечении кардиологических больных. Неотложная терапия при кардиологических заболеваниях</p> |
| 3 | Атеросклероз и ИБС | <p>Атеросклероз коронарных артерий. Атеротромбоз, патогенез, клинические проявления, диагностика. Нарушения коронарного кровотока и миокардиальная ишемия, молекулярные и клеточные механизмы миокардиальной ишемии. Основные факторы риска в развитии ИБС. Необструктивный атеросклероз и неатерогенные причины ИБС. Диагностика стабильных форм ИБС. Инструментальные методы: ЭКГ и её изменения, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, пробы с нагрузкой (велозргометрия, тредмил тест, стресс-ЭхоКГ) Классификация стенокардии. Консервативное и хирургическое лечение при стабильной ИБС. Острый коронарный синдром и его диагностика Антикоагулянтная и антитромбоцитарная терапия при остром коронарном синдроме. Распознавание и лечение острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST. Распознавание и лечение острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.. Показания к чрезожным коронарным вмешательствам при остром инфаркте миокарда и коронарном синдроме. Распознавание и лечение ранних и поздних осложнений острого инфаркта миокарда: острая сердечная недостаточность, сердечная астма, шок, внезапная сердечная смерть, разрыв миокарда, острая аневризма сердца, нарушения ритма, нарушения проводимости, перикардит, хроническая сердечная недостаточность Основы проведения сердечно-легочной реанимации. Реабилитация больных. ИБС.</p> |
| 4 | Некоронарогенные заболевания сердца | <p>Некоронарогенные заболевания миокарда. Классификация заболеваний миокарда. Миокардиты этиопатогенез, диагностика и лечение. Классификация кардиомиопатий, современные представления. Дилатационная кардиомиопатия. Распространение Этиопатогенез. Представление о роли семейных и наследственных факторов в патогенезе дилатационной кардиомиопатии Гетерогенность проявлений, диагностика клиническая, инструментальная, биохимическая, генетическая. Дифференциальный диагноз со вторичными формами дилатационной кардиомиопатии: стресс-индуцированной, при иммунологических заболеваниях, алкогольной, перипартальной, лекарственной, индуцированной тахикардией. Лечение. Гипертрофическая кардиомиопатия. Этиопатогенез. Роль</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>семейных и генетических факторов в развитии гипертрофической кардиомиопатии. Необструктивные и обструктивные формы. Клинические симптомы, осложнения: внезапная кардиальная смерть, фибрилляция предсердий и мозговой инсульт, хроническая сердечная недостаточность, инфекционный эндокардит, синкопальные состояния. Инструментальная диагностика: ЭКГ, рентгенография, эхокардиография, МРТ и КТ сердца и др. Оценка факторов риска внезапной смерти. Методы лечения: консервативные и хирургические.</p> <p>Рестриктивные кардиомиопатии. Первичная или идиопатическая рестриктивная кардиомиопатия, определение, клиническая и инструментальная диагностика. Наследственные заболевания с мультиорганными поражениями и вовлечением сердца (гемохроматоз, цистиноз). Рестриктивная кардиомиопатия при других заболеваниях: эндокардиальный фиброэластоз, эндомиокардиальный фиброз, карциноид, ятрогенные заболевания (хлорохин, серотонин, эрготамин, ртутные производные, бусульфан). Амилоидное поражение сердца, особенности клинической картины Лабораторные маркеры: тропонин, мозговой натрийуретический пептид, остеопонтин и др. Морфологические методы исследования. Течение и исход заболевания. Лечение.</p> |
| <p>Б1.Б.1.2 Частная кардиология УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11</p> | | |
| 5 | <p>Хроническая сердечная недостаточность Кардиопульмональные заболевания, легочная гипертензия и легочное сердце</p> | <p>Заболевания, приводящие к развитию хронической сердечной недостаточности: (инфаркт миокарда, миокардиты, кардиомиопатии, артериальная гипертензия, клапанные поражения, аритмии, легочные заболевания и др.) Сердечная недостаточность с сохраненной и уменьшенной фракцией выброса, систолическая и диастолическая сердечная недостаточность. Патофизиологические механизмы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). Распространенность, клинические признаки и классификация ХСН. Инструментальная диагностика ХСН. Лечение. Возможности хирургического лечения.</p> <p>Кардиопульмональные заболевания. Легочная гипертензия, эпидемиология, факторы риска развития легочной гипертензии. Классификация: формы идиопатические и врожденные, ассоциированные с заболеваниями соединительной ткани, саркоидозом, ВИЧ-инфекцией, портальной гипертензией, врожденными заболеваниями сердца, легочным капиллярным гемангиоматозом, синдромом ночного апноэ, с заболеваниями левого желудочка. Легочная гипертензия как результат хронических обструктивных и интерстициальных заболеваний легких, хронической эмболизации легочной артерии, а также других терапевтических заболеваний (гемолитическая анемия и миелопролиферативные заболевания, болезни накопления и др.). Клиническая картина (цианоз, одышка, кровохарканье, атипичная стенокардия или боли в грудной клетке, синкопальные состояния, аритмия и др. Инструментальная диагностика: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография сердца, перфузионное сканирование легких. Понятие о легочном сердце, современные представления, клиника, диагностика, лечение</p> |
| 6 | <p>Патология сердца при ревматических заболеваниях, клапанные поражения и пороки сердца</p> | <p>Острая ревматическая лихорадка, этиопатогенез, клинические симптомы, диагностические критерии, клинические признаки поражения сердца. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз, клиника, диагностика. Митральная недостаточность, клинические признаки,</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>диагностика, дифференциальный диагноз с дегенеративными поражениями митрального клапана, ишемической митральной регургитацией, врожденными пороками сердца. Стеноз и недостаточность аортального клапана, клинические признаки, диагностика. Поражение трикуспидального клапана, причины, диагностика. Изменения клапанов легочной артерии, клинические признаки, диагностика. Протезирование клапанов, особенности ведения больных после протезирования клапанов, антикоагулянтная терапия. Изменения сердца при диффузных заболеваниях соединительной ткани. Особенности изменений сердца при ревматоидном артрите (перикардит, миокардит, клапанные поражения, коронарный васкулит, ускоренное развитие атеросклероза коронарных артерий и сердечной недостаточности); при системной красной волчанке (перикардит, эндокардит, поражение клапанов и тромбоэмболический синдром, миокардит, нарушения ритма и проводимости, ускоренное развитие атеросклероза коронарных артерий); при антифосфолипидном синдроме (артериальные и венозные тромбозы, поражение коронарных, сонных и периферических артерий); дерматомиозите и полимиозите (перикардит, миокардит, нарушения проводимости, инфаркт миокарда и сердечная недостаточность). Поражение сердца при системной склеродермии (перикардит, миокардит, нарушение ритма и проводимости, легочная гипертензия), при спондиллоартрите (нарушения проводимости, а\в блокады, аортит с формированием аневризмы корня аорты и аортальной регургитацией) Поражение сердца при системных васкулитах:</p> <p>гигантоклеточный артериит (перикардит, миокардит, коронарный артериит, аортит с поражением крупных артерий аортальной дуги, аневризмы грудной и брюшной аорты); аорто-артериит Такаясу (стенозы артерий, отходящих от аорты, отсутствие пульса, перемежающаяся хромота, головные боли, боли в груди, артериальная гипертензия на фоне стеноза почечных артерий); гранулематоз Вегенера (кардиомиопатия, перикардит, коронарный артериит, атриовентрикулярная блокада, увеличение риска ИБС); при синдроме Чарджа-Стросса (кардиомиопатия, перикардит, инфаркт миокарда, миокардит)</p> |
| 7 | Артериальные гипертензии | <p>Гипертоническая болезнь – этиология, факторы риска, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, классификация, определение сердечно-сосудистого риска, осложнения (ИБС, ХСН, цереброваскулярные заболевания, поражение почек, периферических артерий). Лечение, основные классы антигипертензивных препаратов, возможности сочетанного применения, купирование гипертонического криза, профилактические мероприятия.</p> <p>Вторичные артериальные гипертензии – при хронических почечных заболеваниях, стенозе почечных артерий, первичном альдостеронизме, ночном апноэ, болезни Кушинга, коарктации аорты, обструктивной уропатии, феохромоцитоме, заболеваниях щитовидной железы и паращитовидных желез: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, возможности профилактики.</p> |
| 8 | Патология сердца при инфекционных заболеваниях. Инфекционный эндокардит. Патология сердца при эндокринных и обменных заболеваниях | <p>Поражение сердца при вирусных заболеваниях, дифтерии, скарлатине, тонзиллите, очаговых инфекциях, при брюшном тифе и других сальмонеллезах, при риккетсиозах, микозах, при заболеваниях, вызванных простейшими, токсоплазмозе. Особенности распознавания и лечения.</p> <p>Инфекционный эндокардит, предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, основные клинические синдромы, ,</p> |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| | | лабораторная и инструментальная диагностика, диагностические критерии, течение, осложнения, прогноз. Методы лечения, консервативные и хирургические. Поражение сердца при тиреотоксикозе, гипотиреозе, сахарном диабете, амилоидозе, гемохроматозе; особенности диагностики и лечения |
| 9. | Аритмии и их лечение | Классификация и электрофизиологические основы аритмий, механизмы сердечных аритмий: автоматизм, реентри, триггерная активность, этиопатогенетические разновидности аритмий. Номотопические аритмии: синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, синусовая аритмия, синдром слабости синусового узла. Эктопические аритмии: экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия, мерцание и трепетание желудочков. Клиническая характеристика основных тахиаритмий. Клинические особенности и распознавание суправентрикулярных тахикардий: автоматические предсердные тахикардии (предсердные тахикардии, связанные с заболеваниями и интоксикациями, мультифокальные предсердные тахикардии), реципрокные тахикардии (СА-узловая реципрокная тахикардия, внутрисердечная реципрокная тахикардия, трепетание и фибрилляция предсердий, АВ-узловая реципрокная тахикардия, реципрокная тахикардия, связанная с дополнительным проводящим путем типа типа макрориентри). Клинические особенности и распознавание желудочковых аритмий (автоматические аритмии, реципрокные желудочковые тахиаритмии, триггерные аритмии, лекарственные аритмии, желудочковая тахикардия, связанная с дисплазией правого желудочка. Основы применения антиаритмических средств: классификация антиаритмических препаратов, основные принципы и клиническое применение отдельных классов антиаритмических препаратов при пароксизмальной предсердной тахикардии, пароксизмальной и постоянной формы фибрилляции и трепетания предсердий, желудочковых аритмий. Возможности хирургического лечения. |
| Б.1.Б.1.3 Современные методы диагностики и лечения в кардиологии УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11 | | |
| 10 | Анализ и интерпретация ЭКГ | Электрофизиологические основы электрокардиографии, Ход возбуждения и реполяризации в миокарде. Электрокардиографические отведения: стандартные отведения, усиленные отведения от конечностей, шестиосевая система Бейли, грудные отведения, отведения по Небу, ортогональные отведения, холтеровское мониторирование ЭКГ. Функциональные пробы: проба с физической нагрузкой, лекарственные пробы и др. Нормальная ЭКГ. Определение частоты ритма, нормальный синусовый ритм, электрическая ось сердца, определение электрической оси сердца. Электрокардиограмма при гипертрофии различных отделов сердца: гипертрофия предсердий, гипертрофия левого желудочка, гипертрофия правого желудочка, комбинированная гипертрофия обоих желудочков. Перегрузка желудочков. ЭКГ при блокаде ножек пучка Гиса и ветвей левой ножки. ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта. ЭКГ при инфаркте миокарда: изменения ЭКГ при ишемии, повреждении и некрозе миокарда, стадии развития инфаркта миокарда, изменения ЭКГ при различной локализации инфаркта миокарда, хроническая аневризма сердца, диагностика инфаркта миокарда при блокадах ножек пучка Гиса, диагностика инфаркта миокарда при блокадах ветвей левой ножки пучка Гиса, перинфарктная блокада. Изменения ЭКГ при хронической ИБС: ЭКГ во время и вне приступа |

| | | |
|-----|---|--|
| | | <p>стенокардии, функциональные диагностические пробы, их интерпретация. Нарушения ритма и проводимости: аритмии обусловленные нарушение автоматизма синусового узла, эктопические комплексы и ритмы (экстрасистолия предсердная, из атриовентрикулярного соединения и желудочковая), парасистолия, пароксизмальная тахикардия предсердная, из АВ-соединения, желудочковая. Атрио-вентрикулярная диссоциация. Миграция водителя ритма. Идиовентрикулярный ритм. Мерцание и трепетание предсердий и желудочков. Нарушения проводимости: синоаурикулярные и атриовентрикулярные блокады, классификация. Синдром Фредерика. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. Изменения ЭКГ при некоторых заболеваниях и синдромах: при тромбоэмболии легочной артерии, легочном сердце, перикардитах, миокардитах и пороках сердца, электролитном дисбалансе, эндокринных заболеваниях, нарушениях мозгового кровообращения и заболеваниях органов брюшной полости</p> |
| 11. | Анализ и интерпретация эхокардиограмм | <p>Основные доступы при двухмерной эхокардиографии (В-режим): левый парастеральный доступ, продольное и поперечное сечение, верхушечный доступ, пятикамерное сечение, верхушечное двухкамерное сечение. Представление об одномерной эхокардиографии: одномерная Эхо-КГ аорты, левого предсердия, левого желудочка, митрального клапана. Применение доплерэхокардиографии: исследование кровотока в области митрального клапана, трикуспидального клапана, полулунных клапанов. Эхокардиографические измерения полостей сердца, основные нормативные показатели. Исследование толщины миокарда, оценка массы миокарда, клиническое значение, признаки ремоделирования сердца. Оценка сердечной функции и других гемодинамических показателей: ударный объем крови, минутный объем крови, сердечный индекс, фракция выброса, систолическая функция, использование при оценке сердечной недостаточности. Диастолическая дисфункция сердца, нарушения релаксации, рестриктивное наполнение левого желудочка, псевдонормализация митрального кровотока. Трикуспидальная регургитация, систолическое давление в легочной артерии. трансэзофагиальная эхокардиография, показания, клиническое значение в диагностике пороков, выявлении вегетаций и тромбов, визуализации аорты. При подозрении на эндокардит, в том числе при искусственных клапанах, определение разрыва хорд, перивальвулярных абсцессов, дисфункции искусственных клапанов, микотических аневризм заболеваний аорты, включая расслоение, аневризмы, врожденные мальформации и атеросклероз. аорты.. Возможности диагностики клапанных поражений сердца, наблюдения за работой искусственных клапанов, диагностика инфекционного эндокардита, кардиомиопатий, врожденных аномалий и пороков. ЭхоКГ при ИБС: диагностика локализации и тяжести ишемических изменений, инфаркта миокарда, осложнений инфаркта миокарда. Возможности диагностики перикардитов, опухолей сердца. ЭхоКГ при ишемической болезни сердца, понятие о стресс-эхоК</p> |
| 12. | Ведение больных с постоянной электрокардиостимуляцией | <p>Цели электрокардиостимуляции. Квалифицированная и специализированная помощь при электрокардиостимуляции. Показания к имплантации ЭКС (1,2,3 классы показаний). Показания к ЭКС при дисфункции синусового узла. Показания к имплантации ЭКС при атриовентрикулярной блокаде. Режимы Основные стимуляционные режимы ЭКС, однокамерная и двухкамерная стимуляция. Буквенный код электрокардиостимуляторов..</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | | <p>Алгоритм выбора режима ЭКС . Возможные осложнения при использовании ЭКС: синдром кардиостимулятора, аритмии (собственные и мстимуляционные), нарушения работы ЭКС, реактивные перикардиты и плевриты, реактивные психические расстройства, поздние хирургические осложнения., особенности ведения больных в амбулаторной практике, особенности медикаментозной терапии, возможности использования антиаритмических препаратов. Принципы диагностики нарушений функции ЭКС: отсутствие артефакта стимулятора, отсутствие захвата при наличии артефакта стимулятора, изменение сенсорной функции, стимуляция при измененной частоте, возможности медикаментозной коррекции, показания к госпитализации. Особенности антикоагулянтной терапии при ЭКС, диспансерное наблюдение и профилактика инфекционных эндокардитов. Медико-социальная экспертиза больных с ЭКС, профориентация. Особенности клинико-диагностической помощи больным с ЭКС6 ограничение электрических физиотерапевтических процедур, литотрипсии, лучевой терапии, МРТ, прохождения через электронные схемы сигнализации.</p> |
| 13. | <p>Ведение больных после стентирования коронарных артерий. Реабилитация в кардиологии</p> | <p>Стратегия ведения больных после ЧКВ или коронарного шунтирования, тройная или двойная антикоагулянтная терапия, длительность применения, зависимость от типа стента. Основные антиагрегантные препараты: аспирин, клопидогрель, прасугрель, тикагрелор, механизм действия, рекомендованные сочетания, длительность применения с учетом типа вмешательства (стента). Методика оральной антикоагуляции антагонистами витамина К и новыми оральными антикоагулянтами: основные представители, подбор дозы, контроль, предупреждение осложнений, наблюдение. Целевые показатели коагуляции при наличии осложнений и факторов риска.:фибрилляции предсердий, сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, возраста старше 75 лет, механического клапана сердца, рецидивов тромбоза глубоких вен или легочной эмболии. Реабилитация, этапность реабилитации, мультидисциплинарность реабилитационного процесса, обучение пациентов. Принципы физической реабилитации больных, индивидуальный подход к выбору метода, режима и интенсивности физических тренировок, показанаия и противопоказания к физическим тренировкам, виды физических тренировок, контроль состояния пациента. Образовательная программа, психологическая реабилитация. Вторичная профилактика: изменение образа жизни - диета, контроль массы тела, контроль артериального давления. Медикаментозное лечение, направленное на вторичную профилактику острых коронарных синдромов: липидоснижающая терапия, антитромботическая терапия и антикоагуляция, ингибиторы АПФ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, бета-блокаторы, антигипертензивная терапия, цитопротекторы и др.</p> |
| 14. | <p>Распознавание и ведение больных с поражением периферических сосудов</p> | <p>Заболевания аорты. Аорта и её гемодинамические функции. Аневризмы аорты: этиология, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение консервативное и хирургическое. Атеросклероз аорты, патологическая анатомия, атеросклероз дуги аорты, нисходящей аорты, терминальной аорты и подвздошных артерий, атероматозный эмболизм и его симптомы. Аортиты: болезнь Такаюсу, гигантоклеточный артериит, инфекционные аортиты, аортиты, ассоциированные с другими иммунологическими заболеваниями (G4-болезни, HLA-B-27 спондилоартриты. Заболевания периферических артерий,</p> |

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| | | распространение, факторы риска, клиническая картина, инструментальная диагностика, консервативное лечение и реваскуляризация. |
| Б1.Б.1.4 Неотложная кардиология УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11 | | |
| 15. | Неотложная кардиологическая помощь | Внезапная смерть, диагностика, основные правила сердечно-легочной реанимации, дефибриляция, лекарственная терапия. Острые нарушения сердечного ритма и проводимости, неотложная помощь: ЭИТ при клинически значимых нарушениях кровообращения, вызванных тахиаритмией (трепетание предсердий, реципрокная наджелудочковая тахикардия, пароксизме желудочковой тахикардии) Неотложные мероприятия при брадиаритмии. Лекарственная терапия и алгоритм действий при нестабильной стенокардии и остром инфаркте миокарда, отеке легких, кардиогенном шоке, гипертонических кризах, тромбоэмболии легочной артерии, синкопальных состояниях. Основные лекарственные средства для неотложной помощи в кардиологии. Основные пути введения лекарственных средств при неотложной помощи. |

5.2. Разделы дисциплины и виды занятий.

| № | Наименование раздела дисциплины | Л | ПЗ | СР | Всего часов |
|--|---|-----------|------------|------------|-------------|
| Б1.Б.1.1 Общая кардиология | | 12 | 252 | 132 | 396 |
| 1 | Теоретические основы кардиологии | 4 | 68 | 36 | 108 |
| 2 | Методы клиничко-лабораторного исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями | 4 | 44 | 24 | 72 |
| 3 | Атеросклероз и ИБС | 2 | 70 | 36 | 108 |
| 4 | Некоронарогенные заболевания сердца | 2 | 70 | 36 | 108 |
| Б1.Б.1.2 Частная кардиология | | 10 | 254 | 132 | 396 |
| 5 | Хроническая сердечная недостаточность. Кардиопульмональные заболевания, легочная гипертензия и легочное сердце | 2 | 46 | 24 | 72 |
| 6 | Патология сердца при ревматических заболеваниях, клапанные поражения и пороки сердца | 2 | 46 | 24 | 72 |
| 7 | Артериальные гипертензии | 2 | 70 | 36 | 108 |
| 8 | Патология сердца при инфекционных заболеваниях. Инфекционный эндокардит. Патология сердца при эндокринных и обменных заболеваниях | 2 | 46 | 24 | 72 |
| 9 | Аритмии и их лечение | 2 | 46 | 24 | 72 |
| Б1.Б.1.3 Современные методы диагностики и лечения в кардиологии | | 10 | 158 | 84 | 252 |
| 10 | Анализ и интерпретация ЭКГ | 2 | 46 | 24 | 72 |
| 11 | Анализ и интерпретация эхокардиограмм | 2 | 22 | 12 | 36 |
| 12 | Ведение больных с постоянной электрокардиостимуляцией | 2 | 22 | 12 | 36 |
| 13 | Ведение больных после стентирования коронарных артерий. Реабилитация в кардиологии | 2 | 22 | 12 | 36 |
| 14 | Распознавание и ведение больных с поражением аорты и периферических сосудов | 2 | 46 | 24 | 72 |
| Б1.Б.1.4 Неотложная кардиология | | 4 | 44 | 24 | 72 |
| 15 | Неотложная кардиологическая помощь | 4 | 44 | 24 | 72 |
| Итого часов | | 36 | 708 | 372 | 1116 |

5.3. Тематический план лекций и практических занятий.

| № | Наименование раздела учебной дисциплины | Название тем лекций | Название тем практических занятий |
|---|---|---------------------|-----------------------------------|
|---|---|---------------------|-----------------------------------|

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1 | Теоретические основы кардиологии | <p>№ 1. Общие вопросы кардиологии (история дисциплины, распространенность кардиологических заболеваний). Организация кардиологической помощи в России</p> <p>№2 Анатомия сердца. Физиология сердца и сосудистой системы.</p> | <p>№ 1. Введение в кардиологию, история дисциплины, эпидемиология кардиологических заболеваний, оценка риска</p> <p>№ 2. Организация кардиологической помощи в России</p> <p>№ 3. Анатомия сердца, современные методы исследования анатомии сердца</p> <p>№ 4. Клеточные основы возбуждения и сокращения сердца, сердечный цикл</p> <p>№ 5. Регуляция деятельности сердца: миогенная, нейрогенная, гуморальная, вегетативная, барорецепторный контроль, хеморецепторный контроль, механорецепторный контроль, влияние сосудистого тонуса. Изменения бета-адренэргической стимуляции врожденные и приобретенные.</p> <p>№ 6. Систолическая и диастолическая функции сердца</p> <p>№ 7. Физиология сосудистой системы, характеристика регионарных кровотоков</p> |
| 2 | Методы клинико-лабораторного исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями | <p>№ 3 Клиническое исследование кардиологического больного. Основные синдромы кардиологических заболеваний.</p> <p>№ 4 Роль лабораторных методов в диагностике заболеваний сердца.</p> | <p>№ 8 Основные синдромы кардиологических заболеваний, их распознавание (боли, одышка, отеки, сердцебиения и аритмии, синкопальные состояния)</p> <p>№ 9. Лабораторная диагностика заболеваний сердца, клинические и биохимические анализы крови, исследование коагуляционного гемостаза.</p> <p>№ 10. Электрокардиография, её роль в диагностике заболеваний сердца</p> <p>№ 11. Холтеровское мониторирование в клинической практике, принципы анализа Роль холтеровского мониторирования в распознавании дисфункции синусового узла, нарушений атриовентрикулярной проводимости, эктопических комплексов, определение прогностической значимости экстрасистолии, эффективности антиаритмической терапии, ишемии миокарда, эффективности работы кардиостимулятора.</p> <p>№ 12. Электрокардиографические нагрузочные тесты, методика проведения пробы с нагрузкой, оцениваемые параметры: нарушения реполяризации, нарушения ритма, гемодинамическая реакция, оценка физической работоспособности</p> <p>№ 13 Суточное мониторирование артериального давления, определение, показания к проведению, методика проведения СМАД, основные показатели, характеризующие артериальное давление (средние значения, максимальные и минимальные значения, гипертоническая нагрузка, суточный индекс, вариабельность артериального давления). Роль СМАД для контроля эффективности терапии</p> <p>№ 14. Место эхокардиографии в обследовании кардиологических больных. Методика проведения ЭхоКГ. Основные анатомические структуры сердца, изучаемые при ЭхоКГ, Возможности спектральной доплерографии в исследовании внутрисердечного кровотока. Роль ЭхоКГ в диагностике гипертрофии и ремоделирования сердца, сердечной недостаточности, диастолической дисфункции, легочной гипертензии, пороков клапанов, ИБС.</p> <p>№ 15. Сцинтиграфия миокарда</p> <p>№ 16. МРТ в визуализации сердца, клиническое применение Диагностика ИБС, кардиомиопатий, заболеваний перикарда, поражения клапанов и др.</p> <p>№ 17. Компьютерная томография сердца, клиническое</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| | | | <p>применение. КТ в исследовании функции миокарда, коронарного кровотока, структурных изменений, врожденных заболеваний опухолей, заболеваний перикарда</p> <p>№ 18. МРТ в визуализации сосудов и атеросклеротических бляшек «высокого риска»</p> <p>№ 19. Инвазивные методы исследования коронарного кровотока. Катетеризация коронарных сосудов, коронарная ангиография в исследовании коронарного кровотока, клиническое применение.</p> |
| 3 | Атеросклероз и ИБС | <p>№ 5. Атеросклероз, дислипидемии.</p> <p>№ 6. Ишемическая болезнь сердца, основные синдромы, диагностика и классификация</p> | <p>№20. Атеросклероз, факторы риска. Дислипидемии, современные представления о роли различных дислипидемий в развитии атеросклероза.</p> <p>Атеросклероз и ИБС, атеротромбоз. Коронарный кровоток и миокардиальная ишемия, Необструктивный атеросклероз и стабильная ИБС.</p> <p>№ 22. Распознавание и ведение больных со стабильной ИБС, диагностика и дифференциальная диагностика стенокардии, лечение стабильной ИБС, показания к хирургическому лечению при стабильном течении, реабилитация больных, принципы мультидисциплинарного подхода</p> <p>№23. Понятие об острых коронарных синдромах, развитие инфаркта миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST, тактика ведения больных, антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, чрескожные коронарные вмешательства</p> <p>№ 24. Клиническая фармакология лекарственных препаратов в лечении ИБС. Альфа и бета адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов</p> <p>№38 Нитраты, антиагреганты, антикоагулянты, фибринолитики, гиполипидемические препараты</p> <p>№25. Антиаритмические препараты.</p> <p>№26. Диуретики, инотропные препараты, периферические вазодилататоры, метаболические препараты для лечения ИБС</p> <p>№27. лечение ишемической болезни сердца, коронарное шунтирование</p> <p>Пластика и протезирование клапанов сердца, трансплантация сердца и вспомогательные устройства кровообращения</p> <p>№28. Аритмии при ИБС Наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий</p> <p>№29. Аритмии при ИБС, Желудочковые аритмии, диагностика Лечение консервативное и хирургическое</p> <p>№30. Аритмии при ИБС. Брадиаритмии, этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> |
| 4 | Некоронарогенные заболевания сердца | <p>№ 7. Кардиомиопатии</p> <p>№ 8. Миокардиты</p> | <p>№31. Миокардиты, этиология, патогенез, основные синдромы, распознавание, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы терапии.</p> <p>№32. Классификация кардиомиопатий, роль генетических и фенотипических факторов</p> <p>№ 33. Дилатационная кардиомиопатия, клиника, диагностика, лечение</p> <p>№ 34 Гипертрофическая кардиомиопатия клиника, диагностика, лечение</p> <p>№ 35 Рестриктивная кардиомиопатия, клиника диагностика, лечение</p> <p>№ 36 Аритмогенная дисплазия сердца, некомпактный миокард левого желудочка</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | <p>№ 37 Акогольная кардиомиопатия, спортивное сердце</p> <p>№38. Заболевания перикарда, клиника, диагностика</p> <p>№39 Врожденные заболевания сердца у взрослых, основные синдромы, диагностика врожденных пороков сердца: дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, аномалия Эбштейна, врожденный порок с функционально единственным желудочком. Возможности хирургического лечения.</p> <p>№ 40 Синкопальные состояния, Определение, характерные клинические симптомы, тактика обследования и лечения</p> |
| 5 | <p>Хроническая сердечная недостаточность.</p> <p>Кардиопульмональные заболевания, легочная гипертензия и легочное сердце</p> | <p>№ 9.Хроническая сердечная недостаточность, этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.</p> <p>№ 10. Заболевания легочной артерии, первичная и вторичная легочная гипертензия.</p> | <p>№ 41. Острая сердечная недостаточность, клиническая картина, классификация ,лечение</p> <p>№ 42. Хроническая сердечная недостаточность. Патофизиология ХСН, левожелудочковая, правожелудочковая, бивентрикулярная СН, СН с сохраненной и уменьшенной фракцией выброса. Роль диастолической дисфункции сердца в патогенезе СН. Клеточные механизмы СН, нейрогормональная активация, биомаркеры сердечной недостаточности.</p> <p>№ 43. Диагностика ХСН: клинические симптомы, лабораторная и клиническая диагностика классификация, лечение(диуретики, ингибиторы АПФ, бета –блокаторы, периферические вазодилататоры и комбинации препаратов.</p> <p>№ 44. Дигоксин в лечении сердечной недостаточности, современные представления. Методика применения и наблюдения, целевая концентрация в крови. побочные эффекты</p> <p>№ 45. Синдром легочной гипертензии, определение. основные симптомы, классификация. Идиопатическая легочная артериальная .гипертензия Клинические признаки, диагноз, лечение (антикоагулянты, инотропные препараты, диуретики,, кислород, блокаторы кальциевых каналов, простацклин и аналоги, антагонисты рецепторов эндотелина, комбинации препаратов.</p> <p>№ 46. Легочная гипертензия, вызванная патологией левых камер сердца. Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца, заболеваниях соединительной ткани</p> <p>№ 47. Легочная гипертензия при заболеваниях легких (легочный фиброз, обструкция дыхательных путей, эмфизема легких), клинические признаки, инструментальная диагностика (рентгенография легких, ЭКГ, ЭхоКГ, перфузионное сканирование легких катетеризация правых камер сердца).</p> <p>№ 48. Тромбоз эмболия легочной артерии, диагностика и лечение</p> <p>№ 49. Легочное сердце, клиника, диагностика, лечение</p> |
| 6 | <p>Патология сердца при ревматических заболеваниях, клапанные поражения и пороки сердца</p> | <p>№ 11. Врожденные пороки сердца у взрослых.</p> <p>№12 Поражения сердца при ревматических заболеваниях.</p> | <p>№ 50. Острая ревматическая лихорадка. Основные клинические признаки, классификация, критерии диагноза, особенности течения кардита, артрита, хореи, кожных симптомов. лечение, диспансеризация и профилактика.</p> <p>№51. Стеноз и недостаточность аортальных клапанов, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез гемодинамических нарушений, основные симптомы, возможности консервативной терапии, показания к хирургическому лечению</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | | <p>№52. Митральная недостаточность, основные причины: Клинические симптомы, инструментальные исследования, определение тяжести регургитации, диагноз, лечение</p> <p>№53. Проплапс митрального клапана, причины, клиническая симптоматика, диагноз, лечение</p> <p>№ 54. Митральный стеноз, этиология, клинические симптомы, осложнения, классификация, диагностика, лечение консервативное и хирургическое.</p> <p>№55. Поражения трикуспидального клапана..Клинические признаки, диагностика стеноза и недостаточности трикуспидального клапана, возможности консервативной терапии, хирургическое лечение</p> <p>№ 56. Особенности поражения сердца при системных ревматических заболеваниях.</p> |
| 7 | Артериальные гипертензии | <p>№ 13. Гипертоническая болезнь, факторы риска, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>№ 14. Вторичные артериальные гипертензии, особенности течения, методы распознавания, алгоритм обследования, лечение</p> | <p>№ 57. Методы обследования больных с артериальной гипертензией</p> <p>№ 58. Выбор тактики лечения, немедикаментозная терапия, основные гипотензивные препараты, выбор препаратов при наличии поражения органов мишеней или сопутствующих заболеваний, комбинированная терапия.</p> <p>№ 59. АГ при хронических заболеваниях почек</p> <p>№ 60. Вазоренальные АГ</p> <p>№ 61. Эндокринные АГ</p> <p>№ 62. АГ при поражениях крупных артериальных сосудов</p> <p>№ 63. Центрогенные АГ</p> <p>№ 64. Лекарственные АГ</p> |
| 8 | Патология сердца при инфекционных заболеваниях. Инфекционный эндокардит. Патология сердца при эндокринных и обменных заболеваниях | <p>№ 15. Инфекционный эндокардит, этиология, клиника, диагностика, лечение</p> <p>№16. Поражение сердца при эндокринных и обменных заболеваниях.</p> | <p>№ 65. Поражение сердца при инфекционных заболеваниях, диагностика, особенности течения, наблюдения, лечения.</p> <p>№ 66. Инфекционный эндокардит. Микробиология инфекционного эндокардита, обследование больного, диагноз: основные клинические критерии, Эхокардиографические критерии, осложнения, антимикробная терапия, возможности хирургического лечения</p> <p>№ 67. Поражение сердца при эндокринных заболеваниях</p> <p>№ 68. Поражение сердца при болезнях накопления, нервно-мышечных заболеваниях</p> <p>№ 69. Поражение сердца при амилоидозе, при гемохроматозе, саркоидозе сердца.</p> <p>№ 70 Поражение сердца при заболеваниях почек</p> <p>№ 71. Поражение сердца при цереброваскулярных заболеваниях, инсульте: изменения миокарда, аритмии, нейрогенный отек легких, внезапная смерть. Роль заболеваний сердца в этиологии инсультов.</p> |
| 9 | Аритмии и их лечение | <p>№17. Наджелудочковые тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий</p> <p>№18. Желудочковые аритмии.</p> | <p>№ 72 Клиническая фармакология и классификация основных антиаритмических препаратов</p> <p>№ 73 Этиология, патогенез и распознавание наджелудочковых тахикардий, ведение больных</p> <p>№ 74 Основные принципы ведения больных с фибрилляцией предсердий.</p> <p>№ 75 Ведение больных с желудочковыми нарушениями ритма, оценка риска, медикаментозные и немедикаментозные методы.</p> <p>№ 76. Тактика ведения больных с брадиаритмиями</p> |
| 10 | Анализ и интерпретация ЭКГ | № 19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта | № 77. Анализ ЭКГ: определение положения электрической оси сердца и её отклонений, положения |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| | | миокарда при блокадах ножек пучка Гиса №.20 ЭКГ-пробы с физической нагрузкой, оценка и интерпретация . | сердца в грудной клетке, понятие о шестиосевой системе Бейли, дополнительные отведения. Методика оформления заключения. № 78. Определение признаков гипертрофии и перегрузки различных отделов сердца № 79 Электрокардиограмма при блокадах ножек пучка Гиса и ветвей левой ножки. ЭКГ при ускорении атрио-вентрикулярной проводимости № 80 ЭКГ при ишемии миокарда и при различных локализациях инфаркта миокарда № 81 ЭКГ при хронической ИБС, основные функциональные пробы, методика проведения. № 82 Синусовые тахикардии, аритмии и брадикардии. Синдром слабости синусового узла № 83 Активные эктопические комплексы и ритмы. Экстрасистолия и парасистолия. № 84. Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий № 85 Синоаурикулярные и атриовентрикулярные блокады № 86. Изменения ЭКГ при нарушениях электролитного обмена и при применении некоторых лекарственных препаратов |
| 11 | Анализ и интерпретация эхокардиограмм | № 21. Основные эхокардиографические синдромы № 22. Роль ЭхоКГ в диагностике ИБС и хронической сердечной недостаточности | № 87. Методика проведения ЭхоКГ, Основные синдромы, распознаваемые при УЗ исследовании сердца № 88 Клиническая оценка нарушений систолической функции миокарда и диастолической дисфункции в распознавании хронической сердечной недостаточности № 89 Клиническое значение оценки ремоделирования миокарда № 90 Роль ЭхоКГ в распознавании ИБС и её осложнений. № 91 Методика проведения стресс-эхокардиографии и оценки её результатов. № 92. Возможности ЭхоКГ в оценке степени легочной гипертензии, клиническое значение |
| 12 | Ведение больных с постоянной электрокардиостимуляцией | №23.Брадиаритмии, причины, клинические симптомы, диагностика, осложнения, лечение. Постоянная электрокардиостимуляция | № 93 Основные характеристики современных кардиостимуляторов, ЭКГ при различных типах кардиостимуляции. № 94 Особенности динамического наблюдения при постоянной кардиостимуляции, возможные осложнения №95 Лечение аритмий у больных с постоянной электрокардиостимуляцией |
| 13 | Ведение больных после стентирования коронарных артерий. Реабилитация в кардиологии | №24. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия: у кардиологических больных, основные классы препаратов. №25. Стратегия ведения больных после стентирования коронарных артерий | № 96 Основные принципы антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. № 97. Современные антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, особенности применения и наблюдения. № 98 Алгоритмы применения антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов после стентирования коронарных артерий. |
| 14. | Распознавание и ведение больных с поражением периферических сосудов | №26. Заболевания аорты и периферических сосудов, распознавание, возможности консервативного и хирургического лечения. | № 99. Аневризмы аорты, этиология, патогенез, основные клинические проявления, осложнения. № 100.Консервативное и хирургическое лечение аневризмы аорты № 101. Атеросклероз аорты, основные клинические симптомы, атероматозные эмболии, симптомы острых окклюзивных поражений. |

| | | | |
|----|------------------------------------|--|--|
| | | | № 102 Аортиты, этиология, основные симптомы и диагностика. |
| 15 | Неотложная кардиологическая помощь | №27. Внезапная сердечная смерть и сердечно-легочная реанимация. №28. Неотложная помощь при тахи- и брадиаритмиях. № 29. Неотложная помощь при кардиогенном отеке легких, кардиогенном шоке и тромбоэмболии легочной артерии. | № 103 Классификация неотложных кардиологических состояний и принципы оказания неотложной помощи. № 104 Основные правила сердечно-легочной реанимации. Неотложная помощь при внезапной смерти. Электрокардиостимуляция при асистолии, показания к проведению. № 105 Неотложная помощь при аритмиях, алгоритм действий, основные лекарственные препараты, электроимпульсная терапия, подготовка и проведение. № 106 Неотложная помощь при брадиаритмии и приступах МАС № 107 Неотложная помощь при ОКС, инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии. № 108. Неотложная помощь при сердечной астме и кардиогенном отеке легких № 109. Неотложная помощь при остром повышении артериального давления, дифференцированная помощь в зависимости от наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. №110 Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии, диагноз, дифференциальный диагноз № 111 Синкопальные состояния, этиология, кардиогенные и ятрогенные причины, клинические признаки, дифференциальный диагноз, неотложная помощь. |

5.4. Название тем лекций и количество часов по годам изучения дисциплины

| № | Название тем лекций | Объем по годам | |
|----|---|----------------|-----|
| | | 1-й | 2-й |
| 1 | № 1. Общие вопросы кардиологии (история дисциплины, распространенность кардиологических заболеваний). Организация кардиологической помощи в России. | 2 | – |
| 2 | №2 Анатомия сердца. Физиология сердца и сосудистой системы | 2 | – |
| 3 | № 3 Клиническое исследование кардиологического больного. Основные синдромы кардиологических заболеваний | 2 | – |
| 4 | № 4 .Роль лабораторных методов в диагностике заболеваний сердца. | 2 | – |
| 5 | № 5. Атеросклероз, дислипидемии. | 1 | – |
| 6 | № 6. Ишемическая болезнь сердца, основные синдромы, диагностика и классификация | 1 | – |
| 7 | № 7. Кардиомиопатии | 1 | – |
| 8 | № 8. Миокардиты | 1 | – |
| 9 | № 9. Хроническая сердечная недостаточность, этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение. | 1 | – |
| 10 | № 10. Заболевания легочной артерии, первичная и вторичная легочная гипертензия. | 1 | – |
| 11 | № 11. Врожденные пороки сердца у взрослых | 1 | – |
| 12 | № 12. Поражения сердца при ревматических заболеваниях. | 1 | – |
| 13 | № 13. Гипертоническая болезнь, факторы риска, клиника, диагностика и лечение. | 1 | – |
| 14 | № 14. Вторичные артериальные гипертензии, особенности течения, методы распознавания, алгоритм обследования, лечение | 1 | – |
| 15 | № 15. Инфекционный эндокардит, этиология, клиника, диагностика, лечение. | 1 | – |
| 16 | №16. Поражение сердца при эндокринных и обменных заболеваниях. | 1 | – |
| 17 | №17. Наджелудочковые тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий | 1 | – |
| 18 | №18. Желудочковые аритмии. | 1 | – |
| 19 | № 19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда при блокадах ножек пучка Гиса | 1 | – |

| | | | |
|----|--|-----------|---|
| 20 | №20. ЭКГ –пробы с физической нагрузкой, оценка и интерпретация. | 1 | – |
| 21 | № 21. Основные эхокардиографические синдромы | 1 | – |
| 22 | № 22. Роль ЭхоКГ в диагностике ИБС и хронической сердечной недостаточности | 1 | – |
| 23 | №23 Брадиаритмии: причины, клинические проявления, диагностика, осложнения, лечение. Постоянная электрокардиостимуляция. | 2 | – |
| 24 | №24. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у кардиологических больных: основные классы препаратов. | 1 | |
| 25 | № 25. Стратегия ведения больных после стентирования коронарных артерий | 1 | |
| 26 | №26. Заболевания аорты и периферических сосудов, распознавание, возможности консервативного и хирургического лечения | 2 | – |
| 27 | №27. Внезапная сердечная смерть и сердечно-легочная реанимация | 2 | – |
| 28 | №28 Неотложная помощь при тахи- и брадиаритмиях | 1 | – |
| 29 | № 29. Неотложная помощь при кардиогенном отеке легких, кардиогенном шоке и тромбоэмболии легочной артерии. | 1 | - |
| | Итого часов | 36 | |

5.5. Название тем практических занятий и количество часов по годам изучения дисциплины

| № | Название тем практических занятий учебной дисциплины | Объем по годам | |
|----|---|----------------|-----|
| | | 1-й | 2-й |
| 1 | Введение в кардиологию, история дисциплины, эпидемиология кардиологических заболеваний, оценка риска | 8 | – |
| 2 | Организация кардиологической помощи в России | 8 | – |
| 3 | Анатомия сердца, современные методы исследования анатомии сердца | 8 | – |
| 4 | Клеточные основы возбуждения и сокращения сердца, сердечный цикл | 8 | – |
| 5 | Регуляция деятельности сердца: миогенная, нейрогенная, гуморальная: вегетативная нервная система, барорецепторный контроль, хеморецепторный контроль, механорецепторный контроль, влияние сосудистого тонуса. Изменения бета-адренэргической стимуляции врожденные и приобретенные. | 12 | – |
| 6 | Систолическая и диастолическая функции сердца | 12 | – |
| 7 | Физиология сосудистой системы, характеристика регионарных кровотоков | 12 | – |
| 8 | Основные синдромы кардиологических заболеваний, их распознавание (боли, одышка, отеки, сердцебиения и аритмии, синкопальные состояния) | 2 | – |
| 9 | Лабораторная диагностика заболеваний сердца, клинические и биохимические анализы крови, исследование коагуляционного гемостаза. | 2 | – |
| 10 | Электрокардиография, её роль в диагностике заболеваний сердца | 4 | – |
| 11 | Холтеровское мониторирование в клинической практике, принципы анализа Роль холтеровского мониторирования в распознавании дисфункции синусового узла, нарушений атриовентрикулярной проводимости, эктопических комплексов, определение прогностической значимости экстрасистолии, эффективности антиаритмической терапии, ишемии миокарда, эффективности работы кардиостимулятора | 4 | – |
| 12 | Электрокардиографические нагрузочные тесты, методика проведения пробы с нагрузкой, оцениваемые параметры: нарушения реполяризации, нарушения ритма, гемодинамическая реакция, оценка физической работоспособности | 4 | – |
| 13 | Суточное мониторирование артериального давления, определение, показания к проведению, методика проведения СМАД, основные показатели, характеризующие артериальное давление (средние значения, максимальные и минимальные значения, гипертоническая нагрузка, суточный индекс, вариабельность артериального давления). Роль СМАД для контроля эффективности терапии. | 4 | – |
| 14 | Место эхокардиографии в обследовании кардиологических больных. Методика проведения ЭхоКГ. Основные анатомические структуры сердца, изучаемые при ЭхоКГ, Возможности спектральной доплерографии в исследовании внутрисердечного кровотока. Роль ЭхоКГ в диагностике гипертрофии и ремоделирования сердца, сердечной недостаточности, диастолической дисфункции, легочной гипертензии, пороков клапанов, ИБС. | 4 | – |
| 15 | Сцинтиграфия миокарда | 4 | – |
| 16 | МРТ в визуализации сердца, клиническое применение Диагностика ИБС, кардиомиопатий, заболеваний перикарда, поражения клапанов и др. | 4 | – |
| 17 | Компьютерная томография сердца, клиническое применение. КТ в исследовании функции миокарда, коронарного кровотока, структурных изменений, врожденных | 4 | – |

| | | | |
|----|---|----|---|
| | заболеваний опухолей, заболеваний перикарда | | |
| 18 | МРТ в визуализации сосудов и атеросклеротических бляшек «высокого риска» | 4 | – |
| 19 | Инвазивные методы исследования коронарного кровотока. Катетеризация коронарных сосудов, коронарная ангиография в исследовании коронарного кровотока, клиническое применение. | 4 | – |
| 20 | Атеросклероз, факторы риска. Дислипидемии, современные представления о роли различных дислипидемий в развитии атеросклероза. Атеросклероз и ИБС, атеротромбоз. Коронарный кровоток и миокардиальная ишемия, Необструктивный атеросклероз и стабильная ИБС. | 10 | – |
| 21 | Распознавание и ведение больных со стабильной ИБС, диагностика и дифференциальная диагностика стенокардии, лечение стабильной ИБС, показания к хирургическому лечению при стабильном течении, реабилитация больных, принципы мультидисциплинарного подхода | 6 | – |
| 22 | Понятие об острых коронарных синдромах, развитие инфаркта миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST, тактика ведения больных, антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, чрескожные коронарные вмешательства | 6 | – |
| 23 | Клиническая фармакология лекарственных препаратов в лечении ИБС. Альфа и бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов | 6 | – |
| 24 | Нитраты, антиагреганты, антикоагулянты, фибринолитики, гиполипидемические препараты | 6 | – |
| 25 | Антиаритмические препараты. | 6 | – |
| 26 | Диуретики, инотропные препараты, периферические вазодилататоры, метаболические препараты для лечения ИБС | 6 | – |
| 27 | Рентгеноэндоваскулярное лечение ишемической болезни сердца, коронарное шунтирование. Пластика и протезирование клапанов сердца, трансплантация сердца и вспомогательные устройства кровообращения | 6 | – |
| 28 | Аритмии при ИБС. Наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий | 6 | – |
| 28 | Аритмии при ИБС, Желудочковые аритмии, диагностика. Лечение консервативное и хирургическое | 6 | – |
| 30 | Аритмии при ИБС. Брадиаритмии, этиология, клиника, диагностика, лечение. | 6 | – |
| 31 | Миокардиты, этиология, патогенез, основные синдромы, распознавание, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы терапии. | 8 | – |
| 32 | Классификация кардиомиопатий, роль генетических и фенотипических факторов | 6 | – |
| 33 | Дилатационная кардиомиопатия, клиника, диагностика, лечение | 6 | – |
| 34 | Гипертрофическая кардиомиопатия клиника, диагностика, лечение | 6 | – |
| 35 | Рестриктивная кардиомиопатия, клиника диагностика, лечение | 6 | – |
| 36 | Аритмогенная дисплазия сердца, некомпактный миокард левого желудочка | 6 | – |
| 37 | Акогальная кардиомиопатия, спортивное сердце | 6 | – |
| 38 | Заболевания перикарда, клиника, диагностика | 8 | – |
| 39 | Врожденные заболевания сердца у взрослых, основные синдромы, диагностика врожденных пороков сердца: дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, аномалия Эбштейна, врожденный порок с функционально единственным желудочком. Возможности хирургического лечения. | 12 | – |
| 40 | Синкопальные состояния. Определение, характерные клинические симптомы, тактика обследования и лечения | 6 | – |
| 41 | Острая сердечная недостаточность, клиническая картина, классификация, лечение | 6 | – |
| 42 | Хроническая сердечная недостаточность. Патофизиология ХСН, левожелудочковая, правожелудочковая, бивентрикулярная СН, СН с сохраненной и уменьшенной фракцией выброса. Роль диастолической дисфункции сердца в патогенезе СН. Клеточные механизмы СН, нейрогормональная активация, биомаркеры сердечной недостаточности. | 6 | – |
| 43 | Диагностика ХСН: клинические симптомы, лабораторная и клиническая диагностика классификация, лечение (диуретики, ингибиторы АПФ, бета –блокаторы, периферические вазодилататоры и комбинации препаратов. | 6 | – |
| 44 | Дигоксин в лечении сердечной недостаточности, современные представления. Методика применения и наблюдения, целевая концентрация в крови. побочные эффекты | 4 | – |
| 45 | Синдром легочной гипертензии, определение. основные симптомы, классификация. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия Клинические признаки, диагноз, | 6 | – |

| | | | |
|----|---|----|---|
| | лечение (антикоагулянты, инотропные препараты, диуретики, кислород, блокаторы кальциевых каналов, простаглицлин и аналоги, антагонисты рецепторов эндотелина, комбинации препаратов. | | |
| 46 | Легочная гипертензия, вызванная патологией левых камер сердца. Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца, заболеваниях соединительной ткани | 4 | – |
| 47 | Легочная гипертензия при заболеваниях легких (легочный фиброз, обструкция дыхательных путей, эмфизема легких), клинические признаки, инструментальная диагностика (рентгенография легких, ЭКГ, ЭхоКГ, перфузионное сканирование легких катетеризация правых камер сердца) | 6 | – |
| 48 | Тромбоз эмболия легочной артерии, диагностика и лечение | 4 | – |
| 49 | Легочное сердце, клиника, диагностика, лечение | 4 | – |
| 50 | Острая ревматическая лихорадка. Основные клинические признаки, классификация, критерии диагноза, особенности течения кардита, артрита, хореи, кожных симптомов. лечение, диспансеризация и профилактика. | 6 | – |
| 51 | Стеноз и недостаточность аортальных клапанов, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез гемодинамических нарушений, основные симптомы, возможности консервативной терапии, показания к хирургическому лечению | 8 | – |
| 52 | Митральная недостаточность, основные причины. Клинические симптомы, инструментальные исследования, определение тяжести регургитации, диагноз, лечение | 6 | – |
| 53 | Пролапс митрального клапана, причины, клиническая симптоматика, диагноз, лечение | 6 | – |
| 54 | Митральный стеноз, этиология, клинические симптомы, осложнения, классификация, диагностика, лечение консервативное и хирургическое | 6 | – |
| 55 | Поражения трикуспидального клапана, клинические признаки, диагностика стеноза и недостаточности трикуспидального клапана, возможности консервативной терапии, хирургическое лечение | 6 | – |
| 56 | Особенности поражения сердца при системных ревматических заболеваниях | 8 | – |
| 57 | Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия), факторы риска, патогенез, клинические симптомы, классификация, течение, органы мишени. Методы обследования больных с артериальной гипертензией | 12 | – |
| 58 | Эссенциальная гипертензия, определение стадий в течении заболевания, стратификация сердечно-сосудистого риска. Выбор тактики лечения, немедикаментозная и медикаментозная терапия, особенности терапии при поражении органов мишеней, комбинированная терапия. | 18 | – |
| 59 | Представление о вторичных артериальных гипертензиях, классификация Артериальная гипертензия при хронических заболеваниях почек | 8 | – |
| 60 | Вазоренальные артериальные гипертензии | 6 | – |
| 61 | Эндокринные артериальные гипертензии | 6 | – |
| 62 | Артериальная гипертензия при поражениях крупных артериальных сосудов Изолированная систолическая гипертония, распознавание, особенности лечения. Артериальная гипертензия при синдроме ночного апноэ, причины, возможности терапии. | 8 | – |
| 63 | Центрогенные артериальные гипертензии | 6 | – |
| 64 | Лекарственные артериальные гипертензии | 6 | – |
| 65 | Поражение сердца при инфекционных заболеваниях, диагностика, особенности течения, наблюдения, лечения. | 8 | – |
| 66 | Инфекционный эндокардит. Микробиология инфекционного эндокардита, обследование больного, диагноз: основные клинические критерии, Эхокардиографические критерии, осложнения, антимикробная терапия, возможности хирургического лечения | 6 | – |
| 67 | Поражение сердца при эндокринных заболеваниях | 8 | – |
| 68 | Поражение сердца при болезнях накопления, нервно-мышечных заболеваниях | 6 | – |
| 69 | Поражение сердца при амилоидозе, гемохроматозе, саркоидозе сердца | 6 | – |
| 70 | Поражение сердца при заболеваниях почек. Кардиоренальный синдром. | 6 | – |
| 71 | Поражение сердца при цереброваскулярных заболеваниях, инсульте: изменения миокарда, аритмии, нейрогенный отек легких, внезапная смерть. Роль заболеваний сердца в этиологии инсультов | 6 | – |
| 72 | Клиническая фармакология и классификация основных антиаритмических препаратов | 12 | – |
| 73 | Этиология, патогенез и распознавание наджелудочковых тахикардий, ведение больных | 12 | – |
| 74 | Основные принципы ведения больных с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляцией предсердий. | 6 | – |
| 75 | Ведение больных с желудочковыми нарушениями ритма, оценка риска, медикаментозные и немедикаментозные методы. | 8 | – |

| | | | |
|-----|--|------------|---|
| 76 | Тактика ведения больных с брадиаритмиями | 8 | – |
| 77 | Анализ ЭКГ: определение положения электрической оси сердца и её отклонений, положения сердца в грудной клетке, понятие о шестиосевой системе Бейли, дополнительные отведения. Методика оформления заключения. | 4 | – |
| 78 | Определение признаков гипертрофии и перегрузки различных отделов сердца | 4 | – |
| 79 | ЭКГ при блокадах ножек пучка Гиса и ветвей левой ножки. ЭКГ при ускорении атрио-вентрикулярной проводимости. | 4 | – |
| 80 | ЭКГ при ишемии миокарда и при различных локализациях инфаркта миокарда | 6 | – |
| 81 | ЭКГ при хронической ИБС, основные функциональные пробы, методика проведения ЭКГ при хронической ИБС, основные функциональные пробы, методика проведения. Особенности течения ИБС у женщин, клиника, диагностика, основные функциональные пробы, показания к применению | 6 | – |
| 82 | Синусовые тахикардии, аритмии и брадикардии. Синдром слабости синусового узла | 4 | – |
| 83 | Активные эктопические комплексы и ритмы. Экстрасистолия и парасистолия. | 4 | – |
| 84 | Пароксизмальные тахикардии | 6 | – |
| 85 | Синоаурикулярные и атриовентрикулярные блокады | 4 | – |
| 86 | Изменения ЭКГ при нарушениях электролитного обмена и при применении некоторых лекарственных препаратов | 4 | – |
| 87 | Методика проведения ЭхоКГ. Основные синдромы, распознаваемые при УЗ исследовании сердца. | 4 | – |
| 88 | Клиническая оценка нарушений систолической функции миокарда и диастолической дисфункции в распознавании хронической сердечной недостаточности | 4 | – |
| 89 | Клиническое значение оценки ремоделирования миокарда | 4 | – |
| 90 | Роль ЭхоКГ в распознавании ИБС и её осложнений. | 4 | – |
| 91 | Методика проведения стресс-эхокардиографии и оценки её результатов. | 4 | – |
| 92 | Возможности ЭхоКГ в оценке степени легочной гипертензии, клиническое значение | 2 | – |
| 93 | Основные характеристики современных кардиостимуляторов, ЭКГ при различных типах кардиостимуляции. | 12 | – |
| 94 | Особенности динамического наблюдения при постоянной кардиостимуляции, возможные осложнения | 6 | – |
| 95 | Лечение аритмий у больных с постоянной электрокардиостимуляцией | 4 | – |
| 96 | Основные принципы антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. | 12 | – |
| 97 | Современные антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, особенности применения и наблюдения. | 6 | – |
| 98 | Алгоритмы применения антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов после стентирования коронарных артерий | 4 | – |
| 99 | Аневризмы аорты, этиология, патогенез, основные клинические проявления, осложнения. | 12 | – |
| 100 | Консервативное и хирургическое лечение аневризмы аорты | 12 | – |
| 101 | Атеросклероз аорты, основные клинические симптомы, атероматозные эмболии, симптомы острых окклюзивных поражений. | 12 | – |
| 102 | Аортиты, этиология, основные симптомы и диагностика. | 10 | – |
| 103 | Классификация неотложных кардиологических состояний и принципы оказания неотложной помощи. | 4 | – |
| 104 | Основные правила сердечно-легочной реанимации. Неотложная помощь при внезапной смерти. Электрокардиостимуляция при асистолии, показания к проведению | 6 | – |
| 105 | Неотложная помощь при аритмиях, алгоритм действий, основные лекарственные препараты, электроимпульсная терапия, подготовка и проведение. | 4 | – |
| 106 | Неотложная помощь при брадиаритмии и приступах МАС | 4 | – |
| 107 | Неотложная помощь при ОКС, инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии. | 6 | – |
| 108 | Неотложная помощь при сердечной астме и кардиогенном отеке легких | 4 | – |
| 109 | Неотложная помощь при остром повышении артериального давления, дифференцированная помощь в зависимости от наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. | 6 | – |
| 110 | Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии, диагноз, дифференциальный диагноз | 6 | – |
| 111 | Синкопальные состояния, этиология, кардиогенные и ятрогенные причины, клинические признаки, дифференциальный диагноз, неотложная помощь. | 4 | – |
| | Итого часов | 708 | |

6. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА

Использование мультимедийного комплекса в сочетании с лекциями и практическими занятиями, решение ситуационных задач, обсуждение рефератов, современные он-лайн Интернет технологии (электронные библиотеки, вебинары).

7. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Тестовый контроль, дискуссия, рефераты, ситуационные задачи.

8. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Собеседование.

9. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Сердечно-сосудистые заболевания в амбулаторной практике [Электронный ресурс] / под ред. Д.В. Дуплякова, Е.А. Медведевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443316.html>
2. Практическая аритмология в таблицах, руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Салухова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440353.html>
3. Клинические рекомендации по кардиологии [Электронный ресурс] / под ред. Ф. И. Белялова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441411.html>
4. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях (формулировка, классификации) [Электронный ресурс] / С. Г. Горохова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440162.html>
5. Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>
6. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда [Электронный ресурс] / И.Г. Гордеев, Н.А. Волон, В.А. Кокорин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432310.html>
7. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Е. И. Чазова, Ю. А. Карпова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. - (Серия "Рациональная фармакотерапия")." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500825.html>
8. Медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности. / Ю.А. Васюк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-1395v2.html>
9. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Артериальная гипертензия у взрослых", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf)
10. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Стабильная ишемическая болезнь сердца", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS.pdf)
11. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_close/](https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_close/)

12. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_close/](https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko_close/)
13. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Гипертрофическая кардиомиопатия", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Kardiomiopatiya.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Kardiomiopatiya.pdf)
14. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Брадиаритмии и нарушения проводимости", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Bradiaritmiya.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Bradiaritmiya.pdf)
15. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Хроническая сердечная недостаточность", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf)
16. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Фибрилляция и трепетание предсердий", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP.pdf)
17. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Наджелудочковые тахикардии", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_NT.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_NT.pdf)
18. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Миокардиты", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Miokardit.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_Miokardit.pdf)
19. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_ZHNR.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_ZHNR.pdf)
20. [Национальные клинические рекомендации Российского кардиологического общества: "Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия", 2020. \[Электронный ресурс\] – https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_LG.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_LG.pdf)

Дополнительная литература:

1. Ишемическая кардиомиопатия [Электронный ресурс] / А. С. Гавриш, В. С. Пауков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433416.html>
2. Легочная гипертензия [Электронный ресурс] / С. Н. Авдеев и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433232.html>
3. Инфекционные эндокардиты [Электронный ресурс] / Тюрин В.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425541.html>
4. Кардиомиопатии и миокардиты [Электронный ресурс] : руководство / Моисеев В.С., Киякбаев Г.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785>
5. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов – [Электронный ресурс] – https://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_esc_close/

10. ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО РАЗДЕЛАМ ДИСЦИПЛИНЫ

10.1. Б1.Б.1.1 Общая кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КАРДИОЛОГИИ

1. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- а) Правым желудочком.

- б) Левым желудочком.
- в) Левым предсердием.

2. Основными сократительными белками являются:

- а) Миозин.
- б) Тропомиозин.
- в) Тропонин.
- г) Актин.
- д) Правильно а и г.

3. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

4. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярном узле.
- б) Атрио-вентрикулярном соединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) Волокнах Пуркинье.

5. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

6. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.

7\13. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а и б

8. Наличие аритмии у больного указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а и б.

9. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
- г) Окончанию зубца Т.

10. Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности зубца Т.

г) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.

11. Функцией возбудимости обладают:

- а) Клетки проводящей системы.
- б) Клетки сократительного миокарда.
- в) Меценхимальные клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а и б.

12. Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:

- а) Синусовый узел.
- б) Атрио-вентрикулярное соединение.
- в) Пучок Гиса.
- г) Волокна Пуркинье.

13. Образование тромбов:

- а) Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- б) Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- в) Не зависит от сосуда.

14. Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

15. Замедление тока крови:

- а) Сочетается с повышением содержания тромбоцитов в крови.
- б) Сопровождается повышением вязкости крови.
- в) Сопровождается повышением риска тромбообразования.
- г) Сопровождается снижением фибринолитической активности крови.

16. В регуляции сердечной деятельности принимают участие:

- а) Хеморецепторы артериальной стенки.
- б) Сердечные барорецепторы.
- в) Легочные барорецепторы.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а и б.

17. При раздражении каротидного синуса частота сердечных сокращений:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

18. При раздражении каротидного синуса артериальное давление:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

19. В коронарных артериях имеются:

- а) Альфа- и бета-адренергические рецепторы.
- б) Только альфа-адренорецепторы.
- в) Только бета-адренорецепторы.

20. У здоровых людей частая электрическая стимуляция предсердий:

- а) Увеличивает ударный объем.
- б) Уменьшает ударный объем.
- в) Не влияет на ударный объем.

21. Аортальный клапан состоит из:

- а) Трех створок.
- б) Двух створок.

в) Одной створки.

22. У здоровых людей адреналин:

- а) Увеличивает частоту сердечных сокращений.
- б) Уменьшает частоту сердечных сокращений.
- в) Не влияет на частоту сердечных сокращений.

23. Курение следует считать:

- а) Фактором риска развития перемежающейся хромоты.
- б) Одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца.
- в) Одним из факторов риска развития бронхогенного рака легких.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и в.

24. Значение избыточной массы тела как фактора риска ишемической болезни сердца ассоциируется с:

- а) Нарушением липидного обмена.
- б) Нарушением углеводного обмена.
- в) Повышением уровня артериального давления.
- г) Понижением физической активности.
- д) Всем перечисленным.

25. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца самым значимым является:

- а) Повышение массы тела на 30% и более.
- б) Гиперхолестеринемия более 6,3 мм/л
- в) Артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм. рт. ст.
- г) Нарушение толерантности к углеводам.
- д) Правильно б и в.

26. Уровень артериального давления в основном зависит от величины сосудистого сопротивления:

- а) В аорте и ее ветвях.
- б) В капиллярах.
- в) В артериолах.
- г) В венах.

27. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:

- а) Обратная зависимость.
- б) Прямая зависимость.
- в) Нет четкой зависимости.

28. Согласно национальным рекомендациям критерием пограничного повышения систолического артериального давления для диагностики артериальной гипертонии является:

- а) 130-139 мм. рт. ст.
- б) 140-159 мм. рт. ст.
- в) 160-170 мм. рт. ст.
- г) 180-190 мм. рт. ст.

29. Согласно национальным рекомендациям критерием пограничного повышения диастолического артериального давления для диагностики артериальной гипертонии является:

- а) 80-84 мм. рт. ст.
- б) 85-89 мм. рт. ст.
- в) 90-99 мм. рт. ст.

30. Содержание ренина в крови при гипертонической болезни может быть:

- а) Нормальным.
- б) Пониженным.
- в) Повышенным.
- г) Все ответы правильные.

31. Высокая активность ренина в плазме крови у больного артериальной гипертонией позволяет исключить наличие:

- а) Стеноза устья почечных артерий.

- б) Синдрома Конна.
- в) Гипертонической болезни.
- г) Феохромоцитомы.
- д) Пиелонефрита.

32. Механизмами повышения АД могут быть:

- а) Повышение общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Увеличение массы циркулирующей крови.
- в) Увеличение минутного объема сердца.
- г) Все перечисленное.

33. Синтез ренина осуществляется в:

- а) Клетках юкстагломерулярного аппарата.
- б) Клетках коркового слоя надпочечников.
- в) Клетках мозгового слоя надпочечников.
- г) Все ответы правильные.

34. Регуляция секреции ренина обеспечивается:

- а) Барорецепторами, находящимися в стенках приводящих почечных артериол.
- б) Хеморецепторами дистальных почечных канальцев.
- в) Симпато-адреналовой системой.
- г) Простагландинами.
- д) Все ответы правильные.

35. Повышение активности ренина наблюдается при:

- а) Кровопотере.
- б) Гиповолемии.
- в) Резком ограничении соли в пище.
- г) Стенозе почечных артерий.
- д) Всем перечисленном.

36. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- а) Ангиотензин- II.
- б) Ангиотензин- I.
- в) Ренин.
- г) Простаглицлин.
- д) Все ответы правильные.

37. При возрастании концентрации натрия в плазме секреция ренина:

- а) Уменьшается.
- б) Увеличивается.
- в) Не меняется.

38. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:

- а) Гипокалиемией.
- б) Гиперкалиемией.
- в) Не влияет на содержание калия.

39. Транспорт липидов крови обеспечивается:

- а) Белками.
- б) Форменными элементами крови .
- в) Углеводами.
- г) Липиды находятся в плазме в свободном состоянии.

40. Фосфолипиды входят в состав:

- а) Хиломикронов.
- б) Липопротеидов очень низкой плотности.
- в) Липопротеидов низкой плотности.
- г) Липопротеидов высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

41. Основной транспортной формой пищевых липидов являются:
- Хиломикроны.
 - Липопротеиды очень низкой плотности.
 - Липопротеиды низкой плотности.
 - Липопротеиды высокой плотности.
 - Все ответы правильные.
42. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:
- Хиломикроны.
 - Липопротеиды очень низкой плотности.
 - Липопротеиды низкой плотности.
 - Липопротеиды высокой плотности.
 - Все ответы правильные.
43. Наиболее "атерогенными" липопротеидами считаются:
- Хиломикроны.
 - Липопротеиды очень низкой плотности.
 - Липопротеиды низкой плотности.
 - Липопротеиды высокой плотности.
 - Липопротеиды промежуточной плотности.
44. Дислипидопропротеидемия считается "атерогенной", если:
- Понижено содержание липопротеидов низкой плотности.
 - Понижено содержание липопротеидов очень низкой плотности.
 - Повышено содержание липопротеидов высокой плотности.
 - Все ответы правильные.
 - Правильного ответа нет.
45. При атеросклерозе в меньшей степени поражаются артерии:
- Эластического типа.
 - Мышечно-эластического типа.
 - Мышечного типа.
46. Липоидоз аорты:
- Может подвергаться обратному развитию.
 - Не может подвергаться обратному развитию.
 - Неизвестно.
47. Для гиперлипидопропротеидемии II "А" типа характерно:
- Повышение уровня холестерина.
 - Повышение уровня триглицеридов.
 - Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - Правильного ответа нет.
48. Для гиперлипидопропротеидемии типа II "Б" характерно:
- Повышение уровня холестерина.
 - Повышение уровня триглицеридов.
 - Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - Правильного ответа нет.
49. Для гиперлипидопропротеидемии 4 типа характерно:
- Повышение уровня холестерина.
 - Повышение уровня триглицеридов.
 - Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
 - Правильного ответа нет.
50. Наиболее атерогенным из гиперлипидопропротеидемий является:
- Тип I.
 - Тип 2 "А".
 - Тип 2 "Б".
 - Тип 4.

д) Правильно 2 и 3.

51. Передняя поверхность сердца представлена в основном:

- а) Ушком правого предсердия и правым предсердием.
- б) Правым желудочком.
- в) Левым желудочком.

52. В состоянии покоя концентрация калия:

- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
- б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
- в) Внутри и вне клетки одинакова.

53. В состоянии покоя концентрация натрия:

- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
- б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
- в) Внутри клетки и вне клетки одинакова.

54. При увеличении нагрузки на сердце окислительное фосфорилирование:

- а) Активизируется.
- б) Угнетается.
- в) Не изменяется.

55. Коронарное кровоснабжение миокарда желудочков:

- а) Более выражено, чем в предсердиях.
- б) Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием.
- в) Более развито во внутренних слоях миокарда.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

Ответы на вопросы

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 1-Б | 2-Д | 3-Б | 4-Г | 5-А | 6-А | 7-Г |
| 8-Г | 9-В | 10-В | 11-Д | 12-А | 13-А | 14-В |
| 15-В | 16-Г | 17-Б | 18-Б | 19-А | 20-Б | 21-А |
| 22-А | 23-Г | 24-Д | 25-Б | 26-В | 27-А | 28-Б |
| 29-В | 30-Г | 31-Б | 32-Г | 33-А | 34-Д | 35-Д |
| 36-А | 37-А | 38-А | 39-А | 40-Д | 41-А | 42-В |
| 43-В | 44-Д | 45-В | 46-Б | 47-А | 48-В | 49-Б |
| 50-Д | 51-Б | 52-А | 53-Б | 54-А | 55-Г | |

2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

56. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

57. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.
- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

58. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Незаращения Боталлова протока.
- г) Неспецифического аортоартериита.

59. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

60. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

61. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

62. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- а) Уменьшении наполнения пульса на вдохе.
- б) Увеличении наполнения пульса на вдохе.
- в) Уменьшении наполнения пульса на выдохе.
- г) Увеличении наполнения пульса на выдохе.

63. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Незаращению артериального (Боталлова) протока.
- в) Артериовенозным шунтам.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ни одному из перечисленных.

64. В норме аортальный компонент II тона возникает:

- а) Раньше легочного компонента.
- б) Позже легочного компонента.
- в) Одновременно с легочным компонентом.
- г) На вдохе этот компонент возникает раньше, а на выдохе - позже легочного компонента.

65. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

- а) Резкой синусовой брадикардии.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Атриовентрикулярной блокаде.
- г) Перикардите.

66. Третий тон сердца:

- а) Всегда является патологическим.

- б) Выслушивается в норме у детей
- в) Может выслушиваться при аортальном стенозе.
- г) Выслушивается преимущественно при синусовой тахикардии.

67. К ослаблению звучности I тона может привести:

- а) Разрушение атриовентрикулярных клапанов.
- б) Снижение сократительной функции левого желудочка.
- в) Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.
- г) Все перечисленное.

68. Электрофизиологическое исследование показано:

- а) Всем больным с пароксизмальными нарушениями ритма сердца.
- б) Всем больным с синдромом слабости синусового узла.
- в) Больным с синкопальными состояниями неясного генеза.
- г) Всем перечисленным группам больных.

69. Метод чреспищеводной стимуляции предсердий позволяет:

- а) Провоцировать и купировать ускоренный ритм АВ-соединения.
- б) Провоцировать и купировать пароксизмы мерцания предсердий.
- в) Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий.
- г) Все ответы правильные.

70. Патологический III тон обусловлен:

- а) Увеличением диастолического наполнения желудочков.
- б) Уменьшением диастолического наполнения желудочков.
- в) Изменением тонуса папиллярных мышц.
- г) Увеличением постнагрузки на левый желудочек.

71. "Ритм перепела" при митральном стенозе обусловлен:

- а) Расщеплением I тона.
- б) Расщеплением II тона.
- в) Наличием патологического III тона.
- г) Наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана.
- д) Наличием диастолического шума.

72. Для митрального стеноза характерно:

- а) Увеличение интервала Q-I тон и интервала II тон- щелчок открытия митрального клапана.
- б) Укорочение интервала Q-I тон и интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.
- в) Увеличение интервала Q-I тон и укорочение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.
- г) Укорочение интервала Q-I тон и удлинение интервала II тон-щелчок открытия митрального клапана.

73. Шум Грехема Стилла - это:

- а) Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии.
- б) Диастолический шум относительного стеноза митрального клапана.
- в) Систолический шум при стенозе легочной артерии.
- г) Пресистолический шум при митральном стенозе.

74. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Вертикальном положении.
- в) Положении на левом боку.
- г) Симптоматика не зависит от положения тела.

75. При идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Положении на левом боку.
- в) Вертикальном положении.
- г) Аускультативные проявления не зависят от положения тела.

76. Наличие систолического щелчка и позднего систолического шума наблюдается при:

- а) Отрыве хорд митрального клапана.

- б) Кальцинозе митрального клапана.
- в) Проплапсе аортального клапана.
- г) Проплапсе митрального клапана.

77. Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Правильного ответа нет.

78. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:

- а) Гипертензии в системе легочной артерии
- б) Гиповолемии малого круга кровообращения
- в) Воспалительных изменений в легких
- г) Венозном застое в малом круге кровообращения

79. В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:

- а) Ушком левого предсердия.
- б) Дугой аорты.
- в) Нисходящей аортой.
- г) Легочной артерией.
- д) Левым желудочком.

80. Конечнодиастолическое давление в левом желудочке соответствует:

- а) Давлению заклинивания легочных капилляров.
- б) Уровню центрального венозного давления.
- в) Диастолическому давлению в аорте.
- г) Систолическому давлению в стволе легочной артерии.

81. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:

- а) Ударный объем левого желудочка.
- б) Минутный объем левого желудочка.
- в) Сердечный индекс.
- г) Фракцию выброса желудочков.
- д) Все перечисленное.

82. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201.
- б) Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м - пирофосфатом.
- в) Радионуклидная вентрикулография.
- г) Ни одно из перечисленных.
- д) Все перечисленное.

83. Таллий-201 активно включается в:

- а) Рубцовую ткань.
- б) Ишемизированный миокард.
- в) Здоровый миокард.
- г) Некротизированную ткань.
- д) Костную ткань.

84. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201 в условиях дозированной физической нагрузки по сравнению с классическим ЭКГ-тестом с физической нагрузкой характеризуется:

- а) Более высокой чувствительностью, но меньшей специфичностью.
- б) Более низкой чувствительностью, но большей специфичностью.
- в) Более высокой чувствительностью и специфичностью.
- г) Более низкой чувствительностью и специфичностью.

85. Специфичность теста с дозированной физической нагрузкой в диагностике ИБС является наиболее высокой у:

- а) Женщин.

- б) Молодых мужчин.
- в) Мужчин пожилого и среднего возраста.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Существенной разницы не выявляется.

86. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки:

- а) Увеличивается с возрастом пациента.
- б) Уменьшается с возрастом пациента.
- в) Не зависит от возраста пациента.

87. Более высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

- а) Холодовая проба.
- б) Дипиридамовая проба.
- в) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- г) Проба со статической физической нагрузкой.

88. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

- а) Правому предсердию.
- б) Левому предсердию.
- в) Правому желудочку.
- г) Левому желудочку.

89. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции, как правило, не позволяет:

- а) Оценить функцию синусового узла.
- б) Оценить функцию АВ-узла.
- в) Провоцировать суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма.
- г) Провоцировать желудочковые пароксизмальные нарушения ритма.

90. Наиболее чувствительным методом диагностики стенокардии напряжения является:

- а) 24-часовой мониторинг ЭКГ.
- б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- в) Фармакологические пробы.
- г) Холодовая проба.

91. Наиболее информативным методом выявления выпота в перикард является:

- а) Рентгеновский.
- б) Фонокардиография.
- в) ЭКГ.
- г) Физикальное исследование.
- д) Эхокардиография.

92. Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана.
- б) Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.
- в) Диастолическое "дрожание" передней митральной створки.
- г) Касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу.

93. Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана, выявляемое методом эхокардиографии, характерно для:

- а) Пропалса митрального клапана.
- б) Миксомы левого предсердия.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

94. Диастолическое мелкоамплитудное (высокочастотное) дрожание передней створки митрального клапана характерно для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митрального стеноза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

д) Пропалса митрального клапана.

95. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:

- а) ЭКГ.
- б) Рентгеновское обследование.
- в) Допплеркардиография.
- г) Фонокардиография.

96. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при:

- а) Первичном альдостеронизме.
- б) Вторичном альдостеронизме.
- в) Применении диуретиков.
- г) Всех вышеперечисленных состояниях.

97. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертензии является:

- а) МР-томография.
- б) Рентгеновская компьютерная томография.
- в) Рентгеноконтрастная аортография.
- г) Изотопная ренография.

98. Содержание калия в крови при первичном гиперальдостеронизме:

- а) Повышено.
- б) Понижено.
- в) Не изменено.

99\141. Какая активность ренина плазмы крови характерна для первичного гиперальдостеронизма:

- а) Низкая.
- б) Высокая.
- в) Нормальная.
- г) Закономерности не выявляется.

100. Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при неизмененных коронарных артериях является:

- а) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- б) Дипиридамоловая проба.
- в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- г) Эргоновиновая проба.

101. При небольшом объеме выпота в полость перикарда он наиболее часто локализуется в области:

- а) Боковой поверхности левого желудочка.
- б) Передней поверхности правого желудочка.
- в) Задней поверхности левого желудочка.
- г) Верхушки сердца.

102. Оценить функциональные возможности больного ИБС наиболее точно позволяет:

- а) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Перечисленные методы практически равноценны.

103. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ позволяет диагностировать:

- а) Безболеую ишемию миокарда.
- б) Нарушения ритма сердца.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

104. При 24-часовом мониторировании ЭКГ наиболее достоверными признаками ишемии миокарда являются:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Инверсия зубца Т.
- г) Все перечисленные.

д) Правильные ответы - а и б.

105. На диагностические возможности метода 24-часового мониторирования ЭКГ у больных стенокардией влияют следующие факторы:

- а) Активность больного во время исследования.
- б) Прием лекарственных препаратов.
- в) Толерантность к физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.

106. Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Боль в грудной клетке.
- б) Кровохарканье.
- в) Внезапная одышка.
- г) Потеря сознания.

107. Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:

- а) Ортопноэ.
- б) Пароксизм инспираторной одышки .
- в) Дыхание Чейн-Стокса.
- г) Отеки на нижних конечностях.
- д) Правильный ответ 1 и 2.

108. Венозное давление повышается при:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваниях перикарда.
- в) Гиперволемии.
- г) Сдавлении верхней полой вены.
- д) Все ответы правильные.

109. Двухмерная эхокардиография имеет значение при выявлении:

- а) Внутрисердечных тромбов.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Аневризмы левого желудочка.
- г) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- д) Всего перечисленного.

110. Связь болей с движениями туловищем, дыханием, глотанием характерна для:

- а) Стенокардии.
- б) Перикардита.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

111. Болевые ощущения, трудно отличимые от инфаркта миокарда, могут быть при:

- а) Расслоении аорты.
- б) Тромбоэмболии легочной артерии.
- в) Остром панкреатите.
- г) Всем перечисленном.

112. Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна для:

- а) Стенокардии.
- б) Инфаркта миокарда.
- в) Расслоения аорты.
- г) Тромбоэмболии легочной артерии.
- д) Правильно 1 и 2.

113. Усиление болевых ощущений в грудной клетке при движении, глубоком дыхании и кашле характерно для:

- а) Перикардита.
- б) Плеврита.
- в) Остеохондроза шейно-грудного отдела.
- г) Всего перечисленного.

д) Правильно только 2 и 3.

114. Внезапная одышка может наблюдаться при:

- а) Тромбоэмболии легочной артерии.
- б) Отеке легких.
- в) Пневмотораксе.
- г) Тампонаде сердца.
- д) При всех перечисленных состояниях.

115. Постоянная одышка наблюдается при:

- а) Левожелудочковой недостаточности.
- б) Первичной легочной гипертензии.
- в) Врожденных пороках со сбросом крови справа-налево.
- г) Эмфиземе легких.
- д) При всех перечисленных состояниях.

116. Возникновение приступов одышки только в покое (при отсутствии заметной одышки во время нагрузки) характерно для:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваний легких.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

117. При сердечной недостаточности у больных без видимых отеков задержка жидкости может составлять:

- а) 1 литр.
- б) 3 литра.
- в) 5 литров.
- г) 10 литров.

118. Преобладание отечности лица над выраженностью отеков ног нередко отмечается при:

- а) Констриктивном перикардите.
- б) Обструкции верхней полой вены.
- в) Микседеме.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильного ответа нет.

119. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

- а) Сердечной недостаточностью.
- б) Заболеваниями вен.
- в) Поражением лимфатических сосудов.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно б и в.

120. Наиболее вероятной причиной развития асцита у больного с умеренно выраженными отеками ног являются :

- а) Дилатационная кардиомиопатия.
- б) Констриктивный перикардит.
- в) Цирроз печени.
- г) Гипертрофическая кардиомиопатия.
- д) Правильно б и в.

121. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Митральным стенозом.
- в) Аортальной недостаточностью.
- г) Митральной недостаточностью.

122. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных:

- а) Дилатационной кардиомиопатией.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Митральным стенозом.

- г) Одинаково часто встречаются при всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно а и б.

123. Заметная пульсация внутренней яремной вены в положении сидя свидетельствует о:

- а) Понижении центрального венозного давления.
- б) Повышении центрального венозного давления.
- в) Нормальном центральном венозном давлении.

124. Парадоксальный пульс чаще всего отмечается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Сердечной недостаточности.
- в) Тампонаде сердца.
- г) Гиповолемическом шоке.
- д) Гипертрофической кардиомиопатии.

125. Видимая пульсация в надгрудинной вырезке может быть признаком:

- а) Аневризмы аорты.
- б) Высокого расположения дуги аорты.
- в) Коарктации аорты.
- г) Всего перечисленного.

126. Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

- а) Стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия.
- б) Недостаточности аортального клапана.
- в) Гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- д) Правильного ответа нет.

127. Расщепление 2- го тона в норме можно услышать:

- а) Только на верхушке.
- б) Только на основании сердца.
- в) Только в положении лежа.
- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

128. Для коронарного кровотока характерно:

- а) Увеличение в систолу.
- б) Увеличение в диастолу.
- в) Уменьшение в диастолу.
- г) Правильно а и в.

129. При сокращении миокарда наибольшее препятствие коронарному кровотоку создается в:

- а) Субэпикардиальных слоях миокарда.
- б) Субэндокардиальных слоях миокарда.
- в) Одинаково в субэпикардиальных и субэндокардиальных слоях миокарда.

130. Громкость аортального компонента 2- го тона увеличивается при:

- а) Артериальной гипертонии.
- б) Уплотнении (склерозировании) аорты.
- в) Уплотнении (склерозировании) створок аортального клапана.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно только 2 и 3.

131. Громкость легочного компонента 2- го тона усиливается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Стенозе легочной артерии.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно а и б.

132. Ослабление 2- го тона наблюдается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Стенозе легочной артерии.
- в) Стенозе аорты.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

133. Кровохарканье может быть симптомом:

- а) Митрального стеноза.
- б) Инфаркта легкого.
- в) Рака легкого.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно б и в.

134. Шум изгнания может выслушиваться при:

- а) Аортальном стенозе.
- б) Стенозе легочной артерии.
- в) Расширении аорты или легочной артерии.
- г) 2-х створчатом аортальном клапане.
- д) Всех перечисленных состояниях.

135. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы является:

- а) Пролабирование створок митрального клапана.
- б) Констриктивный (адгезивный) перикардит.
- в) Митральный стеноз.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только а и б.

136. Систолический шум типа изгнания выслушивается при:

- а) Стенозе устья аорты или легочной артерии.
- б) Гипертрофической кардиомиопатии (обструктивный вариант)
- в) Дефекте межпредсердной перегородки.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно только а и б.

137. Ранний диастолический шум сразу после 2-го тона характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Открытого артериального протока.
- г) Дефекта межпредсердной перегородки.
- д) Всех перечисленных состояний.

139. Непрерывный систоло-диастолический шум характерен для:

- а) Дефекта межпредсердной перегородки.
- б) Аномалии Эбштгейна.
- в) Открытого артериального протока.
- г) Всех перечисленных состояний

140. Шум трения перикарда обычно лучше всего слышен:

- а) Во время систолы.
- б) В первой половине диастолы.
- в) В конце диастолы

Ответы на вопросы по теме методы обследования в кардиологии

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 56-А | 57-Б | 58-Г | 59-Б | 60-В | 61-В | 62-А |
| 63-Г | 64-А | 65-В | 66-Б | 67-Г | 68-В | 69-В |
| 70-А | 71-Г | 72-В | 73-А | 74-Б | 75-В | 76-Г |
| 77-Д | 78-Г | 79-Г | 80-А | 81-Д | 82-Б | 83-В |
| 84-В | 85-В | 86-Б | 87-В | 88-Б | 89-Г | 90-Б |
| 91-Д | 92-Б | 93-Г | 94-В | 95-В | 96-Г | 97-В |

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 98-Б | 99-А | 100-Г | 101-В | 102-А | 103-В | 104-Д |
| 105-Г | 106-В | 107-Д | 108-Д | 109-Д | 110-Б | 111-Г |
| 112-В | 113-Г | 114-Д | 115-Д | 116-В | 117-В | 118-Г |
| 119-Д | 120-Г | 121-А | 122-Б | 123-Б | 124-В | 125-Г |
| 126-Г | 127-В | 128-Б | 129-Б | 130-Г | 131-Д | 132-Д |
| 133-Г | 134-Д | 135-Д | 136-Г | 137-Б | 138-А | 139-В |
| 140-А | | | | | | |

3. АТЕРОСКЛЕРОЗ

141. При атеросклерозе поражаются в первую очередь следующие слои сосудистой стенки:

- а) Интима.
- б) Медия.
- в) Адвентиция.

142. При атеросклерозе поражаются:

- а) Артерии мышечного типа.
- б) Артерии мышечно-эластического типа.
- в) Артерии эластического типа.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

143. Атеросклеротические бляшки наиболее часто локализуются:

- а) В дистальных отделах артерий.
- б) В проксимальных отделах артерий.
- в) В местах бифуркации артерий.
- г) С одинаковой частотой образуются в любых отделах артерий.

144. Липоидоз аорты:

- а) Начинается в детском возрасте.
- б) Начинается на третьем десятилетии жизни.
- в) Характерен для среднего возраста.
- г) Характерен для пожилого и старческого возраста.

145. Атеросклеротические бляшки наиболее часто встречаются в:

- а) Церебральных артериях.
- б) Коронарных артериях.
- в) Аорте.
- г) Бедренных артериях.

146. Пролиферация гладкомышечных клеток в интима артерий рассматривается как:

- а) Обязательный этап атерогенеза.
- б) Существенный, но необязательный этап атерогенеза.
- в) Второстепенный этап атерогенеза.

147. "Пенистые" клетки, участвующие в атерогенезе, богаты:

- а) Преимущественно белком.
- б) Кальцием.
- в) Липидами.
- г) Тканевым детритом.

149. "Пенистые" клетки характерны для гистологической картины:

- а) Ранних стадий атеросклероза.

- б) Поздних стадий атеросклероза.
- в) При осложнениях атеросклероза.
- г) Не характерны для гистологической картины при атеросклерозе.

150. Проплиферация фиброзных элементов в интима артерий:

- а) Является обязательной в процессе формирования атеросклеротической бляшки.
- б) Рассматривается как не обязательная при формировании атеросклеротической бляшки.
- в) Не имеет значения в атерогенезе.

151. Что из перечисленных признаков атеросклеротического поражения ведет к осложнениям (тромбозу):

- а) Кальциноз.
- б) Фиброз.
- в) Изъязвление.
- г) Ничего из перечисленного

152. Гемодинамически значимым считается сужение просвета коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 40%.
- в) 75%.

153. Из перечисленных типов дислипотеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) II тип.
- в) V тип.

154. Из перечисленных типов дислипотеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) V тип.
- в) III тип.

155. Транспортной формой экзогенного холестерина являются:

- а) Липопотеиды очень низкой плотности.
- б) Липопотеиды низкой плотности.
- в) Хиломикроны.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопотеиды высокой плотности.

156. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопотеиды очень низкой плотности.
- в) Липопотеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопотеиды высокой плотности.

157. Основной транспортной формой эндогенных триглицеридов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопотеиды очень низкой плотности.
- в) Липопотеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопотеиды высокой плотности.

158. Антиатерогенную роль играют:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопотеиды очень низкой плотности.
- в) "Ремнантные" частицы.

- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

159. "Хилезный" вид сыворотке крови придают:

- а) Хиломикроны.
- б) "Ремнантные" частицы.
- в) Липопротеиды очень низкой плотности.
- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

160. При неатерогенных гиперлипидемиях наиболее высок риск развития:

- а) Гиперурикемии.
- б) Сахарного диабета.
- в) Острого панкреатита.
- г) Констриктивного перикардита.
- д) Тромбоэмболии легочной артерии.

161. В патогенезе семейной гиперхолестеринемии основное значение принадлежит:

- а) Нарушению синтеза липопротеидов низкой плотности.
- б) Нарушению абсорбции холестерина.
- в) Уменьшению количества или отсутствию рецепторов ЛПНП
- г) Нарушению катаболизма "ремнантных" частиц.
- д) Нарушению катаболизма липопротеидов очень низкой плотности.

162. Наиболее резкое повышение содержания холестерина в плазме крови наблюдается при:

- а) Гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- б) Гетерозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- в) При III типе дислипидемии.

163. Развитие ишемической болезни сердца в детском возрасте возможно при:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- в) Гомозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- г) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- д) Семейном дефиците липопротеидлипазы.

164. Острым панкреатитом может осложняться:

- а) I тип дислипидемии.
- б) Тип IIa дислипидемии.
- в) Тип IIb дислипидемии.
- г) III тип дислипидемии.

165. Из нижеперечисленных признаков для диагностики семейной гиперхолестеринемии наиболее важное значение имеет:

- а) Липоидная дуга роговицы.
- б) Увеличение печени и селезенки.
- в) Ксантоматоз ладоней.
- г) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.

166. Для больных с III типом дислипидемии характерны:

- а) Плоские ксантомы в складках ладоней.
- б) Липоидная дуга роговицы.
- в) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.
- г) Увеличение печени и селезенки.

167. Оптимальное содержание холестерина в плазме крови для мужчины в возрасте 20 лет составляет:
- Менее 5,2 ммоль/л.
 - От 5,2 до 6,2 ммоль/л.
 - Более 6,2 ммоль/л.
168. Наиболее патогенным из перечисленных факторов риска атеросклероза является:
- Психоэмоциональный стресс.
 - Гиперхолестеринемия.
 - Гиподинамия.
 - Ожирение.
169. Какой из перечисленных факторов риска является более атерогенным:
- Гиподинамия.
 - Психоэмоциональный стресс.
 - Артериальная гипертония.
 - Избыточная масса тела.
170. Гиполипидемические препараты при первичной профилактике атеросклероза назначают:
- Всем лицам среднего и пожилого возраста.
 - В случаях, когда диетические мероприятия не приводят к нормализации липидного состава крови.
 - При нормолипидемии в сочетании с несколькими дополнительными факторами риска развития атеросклероза.
 - Во всех перечисленных случаях.
171. При клинически выраженных стадиях атеросклероза:
- Уже поздно воздействовать на липидный состав сыворотки крови.
 - Следует добиваться лишь умеренной коррекции нарушений липидного состава.
 - Следует активно стремиться к нормализации липидного состава сыворотки крови.
172. При регулярных физических тренировках содержание в плазме крови липопротеидов высокой плотности:
- Увеличивается.
 - Уменьшается.
 - Не изменяется.
173. При регулярном приеме тиазидных диуретиков:
- Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.
174. При приеме антагонистов кальция:
- Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.
175. При приеме препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента:
- Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
 - Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.
176. При понижении функции щитовидной железы уровень холестерина в сыворотке крови:
- Увеличивается.
 - Уменьшается.
 - Не изменяется.
177. Содержание холестерина в сыворотке крови при нефротическом синдроме:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

178. Наиболее выраженной способностью уменьшать всасывание холестерина в кишечнике обладает:

- а) Симвастатин.
- б) Аторвастатин.
- в) Никотиновая кислота.
- г) Эзетимиб.

179. Наиболее выраженной способностью уменьшать содержание в плазме крови липопротеидов низкой плотности обладает:

- а) Розувастатин.
- б) Аторвастатин.
- в) Трайкор.
- г) Никотиновая кислота.

Ответы на вопросы по теме «Атеросклероз»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 141-А | 142-Г | 143-В | 144-А | 145-В | 146-А | 147-В |
| 149-А | 150-А | 151-В | 152-В | 153-Б | 154-В | 155-В |
| 156-В | 157-Б | 158-Д | 159-А | 160-В | 161-В | 162-А |
| 163-В | 164-А | 165-Г | 166-А | 167-А | 168-Б | 169-В |
| 170-Б | 171-В | 172-А | 173-Б | 174-В | 175-В | 176-А |
| 177-А | 178-Г | 179-А | | | | |

4. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

180. Потребность миокарда в кислороде определяет:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Контрактильность миокарда.
- в) Напряжение стенки левого желудочка.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

181. "Двойное произведение"- показатель, в определенной степени отражающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

- а) Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
- б) Произведение частоты сердечных сокращений на диастолическое артериальное давление.
- в) Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
- г) Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

182. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

- а) Правой коронарной артерии.
- б) Передней нисходящей коронарной артерии.
- в) Общем стволе левой коронарной артерии.
- г) Огибающей коронарной артерии.
- д) Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

183. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

- а) Не менее 25% просвета.
- б) Не менее 40% просвета.
- в) Не менее 50-75% просвета.
- г) Не менее 90% просвета

184. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:
- а) Стабильной стенокардии напряжения.
 - б) Спонтанной стенокардии.
 - в) Прогрессирующей стенокардии напряжения.
 - г) Впервые возникшей стенокардии.
 - д) Любых вариантах стенокардии.
185. Госпитализация больных впервые возникшей стенокардией:
- а) Показана всем больным.
 - б) Не показана.
 - в) Показана в отдельных случаях.
 - г) Решается индивидуально.
186. Исходом впервые возникшей стенокардии может быть:
- а) Клиническое выздоровление.
 - б) Развитие инфаркта миокарда.
 - в) Переход в стабильную стенокардию.
 - г) Внезапная смерть.
 - д) Все перечисленное.
187. Госпитализация больных прогрессирующей стенокардией напряжения:
- а) Показана всем больным.
 - б) Не показана.
 - в) Показана в ряде случаев.
188. Приступы стенокардии возникают при медленной ходьбе по ровному месту:
- а) При I функциональном классе стенокардии.
 - б) При II функциональном классе стенокардии.
 - в) При II и III классах стенокардии.
 - г) При III и IV классах стенокардии.
189. У больных стенокардией напряжения безболевыми эпизодами депрессии сегмента ST:
- а) Практически не встречаются.
 - б) Встречаются весьма редко.
 - в) Встречаются довольно часто.
 - г) Закономерны.
190. Преходящие эпизоды ишемии миокарда:
- а) Всегда сопровождаются болевым синдромом.
 - б) Всегда сопровождаются болевым синдромом или его эквивалентом.
 - в) Могут не сопровождаться вышеуказанными проявлениями.
191. Для трансмуральной ишемии миокарда характерны:
- а) Депрессия сегмента ST.
 - б) Подъем сегмента ST.
 - в) Увеличение амплитуды зубца "Т".
 - г) Все перечисленное.
192. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерны:
- а) Депрессия сегмента ST.
 - б) Подъем сегмента ST.
 - в) Как депрессия, так и подъем сегмента ST.
 - г) Все перечисленное.

193. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается:
- а) Более часто, чем стабильная стенокардия напряжения.
 - б) Практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения.
 - в) Менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения.
194. Во время приступов спонтанной стенокардии нарушения ритма:
- а) Практически не встречаются.
 - б) Встречаются редко.
 - в) Встречаются часто.
 - г) Встречаются практически всегда.
195. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:
- а) Развития депрессии сегмента ST ишемического типа.
 - б) Развития инверсии зубца "Т".
 - в) Появления частых экстрасистол высоких градаций.
 - г) Во всех вышеперечисленных случаях.
196. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
- а) Проба с физической нагрузкой.
 - б) Проба с введением изопротеренола.
 - в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
 - г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
 - д) Дипиридамоловая проба.
197. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
- а) Проба с физической нагрузкой.
 - б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
 - в) Проба с изопротеренолом.
 - г) Проба с эргоновином.
 - д) Дипиридамоловая проба
198. При приступе стенокардии напряжения фракция выброса левого желудочка:
- а) Увеличивается у всех больных.
 - б) Уменьшается у всех больных.
 - в) Не изменяется у всех больных.
 - г) Не изменяется или уменьшается.
199. Для диагностики ИБС могут быть использованы:
- а) Коронарная ангиография.
 - б) Перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки.
 - в) Регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, стресс ЭхоКГ
 - г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
 - д) Все перечисленное
200. Потребность миокарда в кислороде определяет:
- а) Частота сердечных сокращений.
 - б) Контрактильность миокарда.
 - в) Преднагрузка на левый желудочек.
 - г) Постнагрузка на левый желудочек.
 - д) Все перечисленное.
201. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме нитратов обусловлено:
- а) Отрицательным инотропным эффектом.
 - б) Отрицательным хронотропным эффектом.
 - в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
д) Всем перечисленным.
202. Антиангинальный эффект нитратов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:
а) Отрицательным инотропным эффектом.
б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
в) Отрицательным хронотропным эффектом.
203. Антиангинальный эффект бета-блокаторов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:
а) Увеличением коронарного кровотока.
б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
в) В равной степени увеличением коронарного кровотока и уменьшением потребности миокарда в кислороде.
204. Антиангинальный эффект антагонистов кальция у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:
а) Увеличением коронарного кровотока.
б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
в) Влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде.
205. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном:
а) Отрицательным инотропным эффектом.
б) Отрицательным хронотропным эффектом.
в) Как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом.
г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
д) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
206. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме антагонистов кальция (нифедипина) обусловлено, в основном:
а) Отрицательным инотропным эффектом.
б) Отрицательным хронотропным эффектом.
в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
207. Наиболее эффективными у больных спонтанной стенокардией являются:
а) Нитраты.
б) Бета-блокаторы.
в) Антагонисты кальция.
г) Эффективность перечисленных групп препаратов при спонтанной стенокардии практически одинакова.
208. У больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертонией следует предпочесть:
а) Нитраты.
б) Бета-блокаторы.
в) Антагонисты кальция.
г) Нитраты и бета-блокаторы.
д) Антагонисты кальция и бета-блокаторы.
209. При применении нитратов уровень артериального давления (АД) в большинстве случаев:
а) Не изменяется.
б) Увеличивается.
в) Уменьшается.
г) Изменения не закономерны.
210. В наибольшей степени уменьшают преднагрузку на левый желудочек:
а) Бета-блокаторы.
б) Нитраты.

- в) Антагонисты кальция.
- г) Все в одинаковой степени.

211. Минимальная эффективная разовая доза изосорбида динитрата при стенокардии напряжения составляет при приеме внутрь:

- а) Обычно 5 мг.
- б) Обычно 10 мг.
- в) Не менее 20 мг.

212. Какой из нижеперечисленных бета-блокаторов в меньшей степени уменьшает частоту пульса в покое у больных ИБС:

- а) Анаприлин.
- б) бисопролол
- в) карведилол
- г) метопролол

213. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) Нитратов.
- б) Сиднофарма
- в) Бета-блокаторов или верапамила.
- г) Коринфара.
- д) Фуросемида.

214. Наиболее надежным критерием антиангинального эффекта лекарственных препаратов у больных стенокардией напряжения является:

- а) Уменьшение количества принимаемых таблеток нитроглицерина.
- б) Уменьшение частоты приступов стенокардии.
- в) Повышение толерантности к физической нагрузке.
- г) Ни один из перечисленных.

215. В наибольшей степени свойственен синдром отмены:

- а) Нитратам.
- б) Антагонистам кальция.
- в) Бета-блокаторам.
- г) Всем перечисленным.

216. Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявиться:

- а) Учащением приступов стенокардии.
- б) Появлением приступов стенокардии в покое.
- в) Снижением толерантности к физической нагрузке.
- г) Развитием инфаркта миокарда.
- д) Всем перечисленным.

217. Кардиоселективность бета-блокаторов:

- а) С увеличением дозы препарата снижается.
- б) Увеличивается при увеличении дозы.
- в) Не зависит от дозы.

218. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:

- а) Нитратами.
- б) Бета-блокаторами.
- в) Антагонистами кальция.
- г) Всеми перечисленными средствами.

219. В случае развития толерантности к нитратам бывает достаточным для восстановления первоначального эффекта прекратить лечение на срок:

- а) Около 3 месяцев.
- б) Около 1 месяца.
- в) 2 - 3 недели.
- г) Несколько дней.

220. Головную боль может вызвать прием:

- а) Нитратов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Нитратов и бета-блокаторов.
- д) Правильно а и в.

221. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Пропранолол (анаприлин) .
- г) Нитросорбид.

222. Неблагоприятное влияние на липидный состав сыворотки крови оказывают:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Все перечисленное.

223. Из перечисленных антиангинальных препаратов замедляют атриовентрикулярную проводимость:

- а) Нитросорбид.
- б) изосорбид мононитрат
- в) Анаприлин.
- г) Нифедипин

224. Из перечисленных антиангинальных препаратов в наибольшей степени подавляет автоматизм синусового узла:

- а) Сиднофарм
- б) Рамиприл.
- в) Верапамил .
- г) Коринфар.
- д) Изосорбида динитрат.

225. Из перечисленных бета-блокаторов обладает собственной симпатомиметической активностью:

- а) Пропранолол (анаприлин) .
- б) Метопролол.
- в) Бисопролол.
- г) Ни один из перечисленных.

226. Из антиангинальных препаратов ортостатическую гипотонию могут вызвать:

- а) Нитраты.
- б) Анаприлин.
- в) Верапамил.
- г) Сиднофарм.

227. Назначать антиангинальные препараты больным ИБС с безболевыми эпизодами ишемии миокарда:

- а) Не следует.
- б) Следует.

в) Да, но только при наличии дополнительных показаний.

228. Из двух антиангинальных препаратов группы антагонистов кальция в наибольшей степени отрицательный инотропный эффект свойствен:

- а) Верапамилу.
- б) Нифедипину.
- в) Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом.
- г) Верапамилу и нифедипину в одинаковой степени.

229. Наиболее частым осложнением операции аортокоронарного шунтирования является:

- а) Тромбоэмболия легочной артерии.
- б) Инфаркт миокарда.
- в) Прогрессирующая недостаточность кровообращения.

230. Наиболее вероятной причиной возобновления приступов стенокардии в ближайшие сроки после выполнения операции реваскуляризации является:

- а) Прогрессирование коронарного атеросклероза.
- б) Окончание "плацебо-эффекта" оперативного вмешательства.
- в) Оклюзия шунтов (стентов)
- г) Все перечисленное.

231. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех категорий больных ИБС.
- б) У больных с поражением ствола левой коронарной артерии.
- в) У больных с «однососудистым» поражением коронарных артерий.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

232. После маммарно-коронарного шунтирования проходимость шунтов сохраняется:

- а) Более длительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- б) Менее продолжительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- в) Частота тромбозов шунтов одинакова при обоих видах оперативного вмешательства.

233. Отдаленные результаты реваскуляризации миокарда у больных с высокой гиперхолестеринемией:

- а) Лучше, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- б) Хуже, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- в) Такие же, как у больных с "нормальным" уровнем холестерина.

234. Показаниями к проведению транслюминальной баллонной пластики и стентирования коронарных артерий являются:

- а) "Многососудистые" варианты диффузного поражения коронарных артерий.
- б) Стенозирование дистальных участков коронарных артерий.
- в) Проксимальное стенозирование при "однососудистом" поражении коронарных артерий.

235. Причина стенокардии:

- а) Органическое поражение коронарных артерий.
- б) Функциональные нарушения регуляции тонуса коронарных артерий.
- в) Сочетание органического поражения коронарных артерий и функциональных нарушений.

236. Причиной поражения коронарных артерий при ИБС, как правило, является:

- а) Атеросклероз.
- б) Специфические артерииты с вовлечением коронарных артерий.
- в) Травматические повреждения сердца.
- г) Все ответы правильные.

237. Гемодинамически значимым сужением коронарных артерий считается уменьшение внутреннего диаметра правой коронарной артерии или ветвей левой коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 50%.
- в) 75%.
- г) 90%.

238. Внезапной коронарной смертью называют смерть:

- а) При остром инфаркте миокарда.
- б) Смерть в течение 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов.
- в) Смерть при документированной фибрилляции желудочков.
- г) Все ответы правильны.

239. Признаками стенокардии напряжения являются:

- а) Боли в левой половине грудной клетки при нагрузке.
- б) Иррадиация ощущений влево - по медиальной поверхности левой руки.
- в) Эффект от нитроглицерина или прекращения нагрузки в течение 1-3 мин.
- г) Все перечисленное

240. Наиболее характерной локализацией неприятных ощущений, связанных с физической нагрузкой при стенокардии, является:

- а) Область сердца (слева от грудины) .
- б) За грудиной.
- в) В области верхушечного толчка.
- г) Рядом с мечевидным отростком грудины.

241. Продолжительность приступа стенокардии напряжения после прекращения нагрузки, как правило, составляет:

- а) Несколько минут (менее 10 минут) .
- б) Менее 30 сек.
- в) 15-20 мин.

242. У больных стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:

- а) При подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2 - х пролетов лестницы).
- б) При подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2 - х пролетов лестницы).
- в) Только при очень больших физических нагрузках.
- г) При любой, даже минимальной физической нагрузке.

243. Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:

- а) Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы).
- б) Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке.
- в) Возникновение спонтанной стенокардии. очень больших физических нагрузках.

244. Спонтанная стенокардия:

- а) Это синоним стенокардии покоя.
- б) Возникает вследствие повышения потребности миокарда в кислороде.
- в) Возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока (без признаков повышения потребности миокарда в кислороде).
- г) Правильного ответа нет.

245 У больных с приступами спонтанной стенокардии как правило:

- а) имеется и стенокардия напряжения
- б) нет приступов стенокардии напряжения

246. У больных с прогрессирующей (нестабильной) стенокардией отмечается:
- а) Возникновение приступов при более легкой нагрузке.
 - б) Появление приступов стенокардии в покое.
 - в) Увеличение продолжительности приступов стенокардии.
 - г) Уменьшение эффекта от нитроглицерина.
 - д) Все перечисленное.
247. У женщин с болевыми ощущениями в грудной клетке вероятность ИБС:
- а) Всегда ниже, чем у мужчин.
 - б) Выше, чем у мужчин.
 - в) Такая же, как у мужчин.
248. Самым доказательным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:
- а) Изменения сегмента ST и зубца T.
 - б) Признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS) .
 - в) Блокада ветвей пучка Гиса.
 - г) Нарушения ритма сердца.
249. При проведении пробы с физической нагрузкой ЭКГ признаками ишемии миокарда считаются:
- а) Появление отрицательных зубцов T.
 - б) Горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм.
 - в) Возникновение желудочковых аритмий.
 - г) Все ответы правильные.
250. При проведении пробы с физической нагрузкой у больного, перенесшего инфаркт миокарда, признаками возможной ишемии миокарда считаются:
- а) Возникновение приступа стенокардии без изменений ЭКГ.
 - б) Появление выраженной одышки.
 - в) Возникновение ощущения резкой слабости в связи со снижением артериального давления.
 - г) Все перечисленное.
251. Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются:
- а) Максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в мин.
 - б) Очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки) .
 - в) Длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин) .
 - г) Все перечисленное.
252. Для уточнения диагноза ИБС проба с физической нагрузкой показана прежде всего больным:
- а) С типичной стенокардией напряжения.
 - б) С атипичным болевым синдромом.
 - в) Лицам без каких-либо симптомов ИБС.
 - г) Все ответы правильные.
253. Диагностическая ценность скинтиграфии миокарда с таллием в сочетании с физической нагрузкой:
- а) Такая же, как и у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
 - б) Выше, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
 - в) Ниже, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
254. Для лечения стенокардии напряжения используют все нижеперечисленные препараты, за исключением:
- а) Нитросорбида.
 - б) Бетаблокаторы .
 - в) верапамил .

- г) нифедипин .
- д) Папаверина.

255. Средние суточные дозы изоосорбида динитрата у больных ИБС составляют:

- а) 10-20 мг .
- б) 40-60 мг.
- в) 100-200 мг.
- г) 300-400 мг.
- д) 500-600 мг.

256. Средние суточные дозы верапамила составляют:

- а) 40-80 мг.
- б) 80-120 мг.
- в) 120-200 мг.
- г) 240-320 мг.
- д) 500-600 мг.

257. Средние суточные дозы нифедипина составляют:

- а) 10-30 мг.
- б) 60-80 мг.
- в) 100-200 мг.
- г) 200-240 мг.

258. Средние суточные дозы анаприлина составляют:

- а) 20-40 мг.
- б) 80-200 мг.
- в) 300-400 мг.
- г) 400-600 мг.

259. Основным из перечисленных показаний к хирургическому лечению стенокардии является:

- а) Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии при тяжелом клиническом течении ИБС.
- б) Молодой возраст больных.
- в) Наличие в анамнезе 2 - х и более инфарктов миокарда.
- г) Все перечисленное.

260. После проведения коронароангиографии показаниями к операции аорто-коронарного шунтирования являются:

- а) Стеноз основного ствола левой коронарной артерии (сужение на 50% и более) или проксимальное 3-сосудистое поражение (гемодинамически значимые стенозы правой и двух ветвей левой коронарной артерии) .
- б) Выраженное диффузное поражение коронарных артерий.
- в) Все ответы правильные.
- г) Правильного ответа нет.

261. При лечении больных нестабильной стенокардией, как правило:

- а) Назначают только нитраты и антитромбоцитарные препараты
- б) Используют сочетание нитратов, бета-блокаторов и антикоагулянтов
- в) Бета-блокаторы противопоказаны.
- г) Нифедипин (коринфар) наиболее эффективен

262. Наиболее специфичным признаком спонтанной стенокардии на ЭКГ является:

- а) Инверсия зубцов Т.
- б) Появление преходящих зубцов Q.
- в) Возникновение преходящей блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Преходящий подъем сегмента ST.
- д) Возникновение желудочковой тахикардии.

263. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы спонтанной стенокардии, являются:
- Нитраты.
 - Антагонисты кальция.
 - Бета-блокаторы.
 - Празозин.
 - Аспирин
264. У больных с классической спонтанной стенокардией (вариантная стенокардия) приступы обычно возникают:
- Во второй половине дня.
 - Ночью или рано утром.
 - Не существует какой-либо циркадности (преимущественного времени суток) в возникновении спонтанной стенокардии.
 - Правильного ответа нет
265. У больных с аневризмой левого желудочка часто наблюдается:
- Сердечная недостаточность.
 - Желудочковые аритмии.
 - Образование тромба в области аневризмы.
 - Все перечисленное.
 - Правильно только а и в.
266. Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментами, при:
- Поражении одной (правой) коронарной артерии.
 - Поражении двух (правой и огибающей) коронарных артерий.
 - Поражении трех коронарных артерий.
 - Все ответы правильные.
 - Правильного ответа нет.
267. Выживаемость больных ИБС с сохраненной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментозно, при поражении:
- Ствола левой коронарной артерии.
 - Двух коронарных артерий
 - Правой коронарной артерии.
 - Огибающей ветви левой коронарной артерии.
 - Дистальных отделов передней межжелудочковой артерии.
268. Гемодинамически значимым является атеросклеротический стеноз ствола левой коронарной артерии, достигающий как минимум:
- 70%.
 - 50%.
 - 30%.
 - 20%.
269. Нестабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии:
- Является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
 - Не является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
 - Является противопоказанием для проведения коронароангиографии.

270. Хирургическое лечение хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка показано при:
- Отсутствии осложнений, связанных с наличием хронической аневризмы.
 - Обнаружении тромба в аневризме.
 - Обнаружении тромба в аневризме и наличии в анамнезе тромбоэмболии.
 - Правильно 2 и 3.
 - Правильного ответа нет.

Ответы на вопросы по теме «Ишемическая болезнь сердца»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 180-Г | 181-А | 182-В | 183-В | 184-Д | 185-А | 186-Д |
| 187-А | 188-Г | 189-В | 190-В | 191-Б | 192-А | 193-В |
| 194-В | 195-А | 196-Г | 197-Г | 198-Г | 199-Д | 200-Д |
| 201-Г | 202-Б | 203-Б | 204-В | 205-В | 206-В | 207-В |
| 208-Д | 209-А | 210-Б | 211-Б | 212-В | 213-В | 214-В |
| 215-В | 216-Д | 217-А | 218-А | 219-Г | 220-Д | 221-Б |
| 222-Б | 223-В | 224-А | 225-Г | 226-А | 227-Б | 228-А |
| 229-Б | 230-В | 231-Б | 232-А | 233-Б | 234-В | 235-В |
| 236-А | 237-В | 238-Б | 239-Г | 240-Б | 241-А | 242-Б |
| 243-Б | 244-В | 245-А | 246-Д | 247-А | 248-Б | 249-Б |
| 250-Г | 251-Г | 252-Б | 253-Б | 254-Д | 255-Б | 256-Г |
| 257-Б | 258-Б | 259-А | 260-А | 261-Б | 262-Г | 263-Б |
| 264-Б | 265-Г | 266-В | 267-А | 268-Б | 269-А | 270-В |

5. ИНФАРКТ МИОКАРДА

271. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда:

- Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST.
- Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике.
- Обязательно проведение эхокардиографии или коронароангиографии.
- Правильного ответа нет.

272. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда:

- Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике.
- Обязательно определение активности ферментов.
- Обязательно проведение эхокардиографии или коронарографии.
- Правильного ответа нет.

273. Наиболее частой формой инфаркта миокарда является:

- Болевая.
- Астматическая.
- Гастралгическая.
- Церебро-васкулярная.

274. При физикальном обследовании у больных неосложненным инфарктом миокарда может выявляться:

- Синусовая тахикардия.
- Увеличение частоты дыхания.
- Приглушение тонов.
- 4 - й тон сердца.
- Все перечисленное.

275. ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

- Подъем сегмента ST.
- Инверсия зубца T (отрицательные зубцы T).

- в) Патологический зубец Q.
- г) Желудочковая экстрасистолия.

276. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком:

- а) Бокового инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

277. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Бокового инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального) .

278. Регистрация патологического зубца Q и подъема ST в отведениях I, aVL, V5-V6 является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Бокового инфаркта миокарда.
- в) Нижнего инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

279. Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST и положительным зубцом T является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- в) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального) .
- г) Мелкоочагового инфаркта миокарда.
- д) Правильного ответа нет.

280. К кардиоспецифичным изоферментам относятся:

- а) Креатинфосфокиназа (КФК).
- б) Аспарагиновая аминотрансфераза (АСТ).
- в) Фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК) .
- г) Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) .
- д) Все перечисленные.

281. Основным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступивших в первые 4 - 6 часов от начала заболевания, является:

- а) Коронарная ангиопластика .
- б) Тромболитическая терапия.
- в) Аорто-коронарное шунтирование.
- г) Внутривенная инфузия нитроглицерина.

282. Средством первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда считается:

- а) Новокаиномид.
- б) Кордарон.
- в) Лидокаин.
- г) Бета-блокаторы.

283. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда является:

- а) Кордарон.
- б) Новокаиномид.
- в) Бета-блокаторы.

г) Лидокаин.

284. Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной мерцательной аритмии у больных острым инфарктом миокарда можно использовать:

- а) Финоптин.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Кордарон (в/в).
- д) Все перечисленные препараты.

285. При проведении электроимпульсной терапии по поводу трепетания предсердий, как правило, достаточно разряда мощностью:

- а) 50 дж.
- б) 100 дж.
- в) 200 дж.
- г) вплоть до 400 дж.

286. При проведении электроимпульсной терапии по поводу мерцания предсердий мощность первого разряда, как правило, должна составлять:

- а) 100 дж.
- б) 200 дж.
- в) 300 дж.
- г) 400 дж.

287. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда нижней локализации:

- а) В большинстве случаев развивается на уровне АВ-узла.
- б) Как правило, носит обратимый характер.
- в) Обычно не сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики.
- г) Все ответы правильные.

288. При возникновении атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-й степени у больных с нижним инфарктом миокарда:

- а) Всем больным показано внутривенное введение атропина.
- б) Внутривенное введение атропина назначают при резком урежении частоты сердечных сокращений (менее 40 в мин) и нарушениях гемодинамики.
- в) Обязательно всем больным проведение временной электрокардиостимуляции.
- г) Необходимо назначение диуретиков и кортикостероидных препаратов.

289. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации:

- а) Является плохим прогностическим признаком.
- б) Как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье.
- в) В большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

290. Предвестниками возникновения атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-3 степени у больных с передне-перегородочным инфарктом миокарда является:

- а) Возникновение АВ-блокады I степени.
- б) Возникновение блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Возникновение блокады правой ножки пучка Гиса в сочетании с изменением положения электрической оси и удлинением интервала PQ.
- г) Все ответы правильные.

291. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) Асистолия желудочков.

- б) Фибрилляция желудочков.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

292. При возникновении атриовентрикулярной блокады 3 степени у больных с передним инфарктом миокарда нецелесообразно:

- а) Внутривенное введение атропина.
- б) Проведение временной электрокардиостимуляции.
- в) При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопротеренола (изадрина) .
- г) Правильно а и в.

293. При возникновении отека легких у больных инфарктом миокарда показано назначение всех перечисленных препаратов, кроме:

- а) Морфина.
- б) Нитроглицерина.
- в) Преднизолона.
- г) Фуросемида.

294. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются:

- а) Спадение подкожных вен.
- б) Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации) .
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Отсутствие ортопноэ.
- д) Все перечисленное.

295. Основным лечебным мероприятием у больных с выраженной гипотонией или клинической картиной шока при наличии признаков гиповолемии является:

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов.
- в) Внутривенное введение сердечных гликозидов.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все перечисленное.

296. Основным лечебным мероприятием у больных нижним инфарктом миокарда при возникновении резкой гипотонии и выраженной брадикардии является:

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы) .
- в) Внутривенное введение атропина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

297. Признаками инфаркта миокарда правого желудочка при возникновении выраженной гипотонии у больного нижним инфарктом миокарда являются:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Повышение верхнего уровня пульсации внутренней яремной вены (сохранение пульсации даже в положении сидя) .
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

298. При возникновении кардиогенного шока в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда наилучшие результаты лечения достигаются:

- а) Восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии, ангиопластики или аортокоронарного шунтирования.
- б) Поддержанием систолического АД на уровне 90-100 мм. рт. ст. с помощью инфузии допамина.

в) Внутривенным введением жидкости (реополиглюкин, альбумин) .

299. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больного острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

- а) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- б) Тромбоэмболия легочной артерии.
- в) Инфаркт миокарда правого желудочка.
- г) Всех перечисленных осложнений.
- д) Правильного ответа нет.

300. Причиной внезапного возникновения сердечной астмы или отека легких у больного с пансистолическим шумом скорее всего является:

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Все ответы правильные.

301. Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного острым инфарктом миокарда является:

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Тромбоэмболия легочной артерии.
- д) Любое из перечисленных осложнений.

302. К основным показателям, используемым для определения прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда, относятся:

- а) Определение фракции выброса.
- б) Оценка степени поражения коронарных артерий.
- в) Наличие и выраженность желудочковых аритмий.
- г) Все перечисленное.

303. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти относятся:

- а) Аспирин.
- б) Верапамил (финоптин) .
- в) Ингибиторы АПФ .
- г) Бета-блокаторы.
- д) Антиаритмические препараты.

304. Повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ1) в сыворотке при инфаркте миокарда можно определить:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-6 ч.
- в) Через 8-12 ч.
- г) Через 24 ч. и более.

305. При инфаркте миокарда повышенная активность сердечных тропонинов в сыворотке крови сохраняется:

- а) В течение 1-2 дней.
- б) В течение 3-5 дней.
- в) В течение 7-14 дней.
- г) Более, чем 14 дней.

306. Повышение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:
- а) Через 1-2 ч.
 - б) Через 4-6 ч.
 - в) Через 8-12 ч.
 - г) Не ранее, чем через 24 ч.
307. Повышенная активность креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:
- а) Через 1-2 ч.
 - б) Через 4-8 ч.
 - в) Через 12-24 ч.
 - г) Через 48 ч.
308. С целью диагностики инфаркта миокарда определяют следующие изоферменты креатининфосфокиназы (КФК) :
- а) ВВ-КФК.
 - б) ММ-КФК.
 - в) МВ-КФК.
 - г) Все перечисленное.
309. Для диагностики инфаркта миокарда в относительно поздние сроки наибольшую ценность представляет определение:
- а) Аспаратаминотрансферазы (АСТ) .
 - б) Аланинаминотрансферазы (АЛТ) .
 - в) Креатининфосфокиназы (КФК и КФК-МВ) .
 - г) Сердечных тропонинов
 - д) Лактатдегидрогеназы .
310. Чувствительность метода диагностики инфаркта миокарда с помощью серийного определения активности фракции МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК) в первые сутки заболевания, составляет:
- а) 30-40 %.
 - б) 50-60 %.
 - в) 70-80 %.
 - г) Около 95 %.
311. Причинами ложноположительных результатов диагностики инфаркта миокарда с помощью определения активности креатинфосфокиназы КФК в сыворотке крови могут быть:
- а) Прием статинов, электрическая кардиоверсия, внутримышечные инъекции, инфаркт почки.
 - б) Пневмония, инфаркт почки, острый панкреатит.
 - в) Токсемия беременности, инфаркт селезенки, гемолитический криз, гипертиреоз.
 - г) Гипертиреоз, инфаркт почки, пневмония, прием салицилатов.
 - д) Все перечисленное.
312. На специфичность методов ферментной диагностики инфаркта миокарда влияют:
- а) Размеры инфаркта.
 - б) Срок от начала заболевания.
 - в) Повторное или однократное определение активности фермента.
 - г) Все перечисленные факторы.
313. Сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом, меченым технецием-99м, позволяет диагностировать:
- а) Крупноочаговый инфаркт миокарда.
 - б) Мелкоочаговый инфаркт миокарда.
 - в) И тот, и другой.
 - г) Ни тот, и ни другой.

314. Электрокардиографическим признаком инфаркта миокарда могут являться только так называемые "реципрокные" изменения при:

- а) Высоком боковом инфаркте миокарда.
- б) Инфаркте межжелудочковой перегородки.
- в) Заднебазальном инфаркте миокарда.
- г) Заднедиафрагмальном инфаркте миокарда.

315. Электрокардиографическими признаками задне-базального инфаркта миокарда являются:

- а) Патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца T во II, III, aVF- отведениях.
- б) Высокий зубец R в V1, V2, смещение сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца T в этих же отведениях.
- в) Высокий зубец R в V1, V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца T в этих же отведениях.
- г) Патологический Q, подъем ST в отведении aVR.

316. При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются:

- а) В отведениях I, V5, V6.
- б) В отведениях I, V4, V5.
- в) В отведении aVL (или aVL и I) .
- г) В отведении aVR.

317. При подозрении на инфаркт миокарда высоких отделов передне-боковой стенки левого желудочка рекомендуется:

- а) Снять ЭКГ в грудных отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья выше обычного уровня.
- б) Снять ЭКГ в отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья ниже обычного уровня.
- в) Снять дополнительные отведения V7-V9.

318. Регистрировать дополнительные грудные отведения V7-V9 и дорзальное отведение по Нэбу рекомендуют при:

- а) Заднедиафрагмальном инфаркте.
- б) Заднебазальном инфаркте.
- в) Инфаркте правого желудочка.
- г) Высоком боковом инфаркте.

319. При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Q выявляется:

- а) Не позже, чем через 30 мин от начала заболевания.
- б) Обычно в течение первых нескольких часов.
- в) Не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания.
- г) На вторые-третьи сутки от начала заболевания.

320. Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течения сохраняется:

- а) 1 - 2 дня.
- б) 3 - 7 дней.
- в) Обычно до 20 дней.

321. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- а) Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.
- б) Появляется обычно на второй день заболевания.
- в) Появляется на 3- 4 день заболевания.
- г) Появляется в более поздние сроки.

322. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- а) Через несколько часов от начала заболевания.
- б) В течение первых суток болезни.
- в) В течение вторых суток болезни.

г) Через 7-12 дней от начала заболевания.

323. Из нижеперечисленных неспецифических признаков при инфаркте миокарда наиболее ранними являются:

- а) Лихорадка.
- б) Лейкоцитоз.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Увеличение содержания фибриногена в крови.

324. Шум при разрыве межжелудочковой перегородки является:

- а) Пансистолическим.
- б) Мезосистолическим.
- в) Систоло-диастолическим.
- г) Диастолическим.

325. Наиболее частой причиной возникновения систолического шума при остром инфаркте миокарда является:

- а) Дисфункция папиллярных мышц.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Отрыв сухожильных хорд
- г) Разрыв сухожильных хорд

326. Наиболее доказанным эффектом антикоагулянтов у больных инфарктом миокарда является:

- а) Антиангинальное действие.
- б) Ограничение зоны инфаркта.
- в) Уменьшение частоты реинфаркта.
- г) Снижение частоты тромбоэмболических осложнений.

327. При инфаркте миокарда гипотония может быть обусловлена:

- а) Гиповолемией.
- б) Рефлекторным воздействием.
- в) Поражением миокарда.
- г) Всем перечисленным.

328. При истинном кардиогенном шоке у больных острым инфарктом миокарда летальность достигает:

- а) 20-30%.
- б) 40-50%.
- в) 60-70%.
- г) 80-100%.

329. Для истинного кардиогенного шока характерен:

- а) Метаболический ацидоз.
- б) Метаболический алкалоз.
- в) Может развиваться как ацидоз, так и алкалоз.
- г) Кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется.

330. Кожные покровы при кардиогенном шоке:

- а) Цианотичные, сухие.
- б) Бледные, сухие.
- в) Бледные, влажные.
- г) Розовые, влажные.

331. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:

- а) Резкое снижение сократительной функции левого желудочка.
- б) Стрессовая реакция на боль.
- в) Артериальная гипотония.
- г) Гиповолемия.

332. Тромбоэндокардит при инфаркте миокарда чаще развивается:
- а) При длительном постельном режиме.
 - б) При чрезмерно ранней активизации больных.
 - в) При развитии аневризмы левого желудочка.
 - г) При дисфункции папиллярных мышц.
333. Наиболее эффективны при лечении синдрома Дресслера:
- а) Антибиотики.
 - б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
 - в) Анальгетики.
 - г) Антигистаминные.
 - д) Глюкокортикоиды.
334. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:
- а) Антигистаминные препараты.
 - б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
 - в) Глюкокортикоиды.
 - г) Антибиотики.
335. Эффективность электрической дефибрилляции при "первичной" фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда (в том случае, если она производится своевременно) составляет:
- а) 30-40%.
 - б) 50-60%.
 - в) 70-80%.
 - г) свыше 90%.
336. При выполнении закрытого массажа сердца у больных инфарктом миокарда частота компрессии грудной клетки должна составлять:
- а) 40-50 в мин.
 - б) 60-70 в мин.
 - в) 80-100 в мин.
337. Критериями эффективности тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда являются:
- а) Уменьшение болевого синдрома.
 - б) "Реперфузионные" аритмии.
 - в) Быстрое возвращение сегмента ST ЭКГ к изолинии.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Ничего из перечисленного.
338. При восстановлении проходимости окклюзированной коронарной артерии у больных острым инфарктом миокарда в первые часы заболевания наблюдается:
- а) Быстрое смещение сегмента ST к изолинии (через 1,5-3 часа от начала терапии)
 - б) Исчезновение патологических зубцов Q.
 - в) Более медленное возвращение сегмента ST к изолинии.
 - г) Динамика сегмента ST носит обычный характер.
339. У больных инфарктом миокарда восстановление проходимости окклюзированной коронарной артерии под влиянием тромболитической терапии обычно сопровождается:
- а) Появлением желудочковых аритмий.
 - б) Антиаритмическим эффектом.
 - в) Восстановление проходимости существенно не сказывается на динамике нарушений ритма.
340. Инфаркт миокарда правого желудочка чаще встречается:
- а) Изолированно.

- б) При одновременном поражении передней стенки левого желудочка.
- в) При одновременном поражении нижней стенки левого желудочка.
- г) При одновременном поражении предсердий.

341. Бета-блокаторы для вторичной профилактики больным, перенесшим инфаркт миокарда, следует назначить:

- а) На 2-3 месяца.
- б) На 4-6 месяцев.
- в) На 1-2 года.
- г) Пожизненно.

342. У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:

- а) Уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.
- б) Не влияет на прогноз.
- в) Уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин.
- г) Благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан.

343. Больные инфарктом миокарда, осложнившимся первичной фибрилляцией желудочков, по сравнению с остальными больными в целом характеризуются:

- а) Более выраженным ангинозным синдромом.
- б) Более выраженными нарушениями гемодинамики.
- в) Большими размерами очага некроза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

344. Риск развития фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда наиболее высок:

- а) В первые минуты заболевания.
- б) Через 3 - 4 часа от начала заболевания.
- в) К концу первых суток заболевания.
- г) На вторые сутки заболевания.

345. Улучшить отдаленный прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, позволяют:

- а) Нитраты.
- б) Непрямые антикоагулянты.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни один из перечисленных.

346. Из перечисленных состояний противопоказаниями для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение являются:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) АВ- блокада I степени.
- в) Недостаточность кровообращения IIБ степени.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одно из перечисленных.

347. Из перечисленных состояний не являются противопоказаниями к санаторному лечению больных, перенесших инфаркт миокарда:

- а) Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- б) Компенсированный сахарный диабет.
- в) Тромбоз эмболические осложнения в остром периоде.
- г) Ранняя постинфарктная стенокардия.
- д) Все вышеперечисленные.

348. У больных, перенесших инфаркт миокарда, неблагоприятное прогностическое значение имеет наличие:

- а) Более 10 желудочковых экстрасистол в час.
- б) Более 30 желудочковых экстрасистол в час.
- в) Частых желудочковых экстрасистол высоких градаций.
- г) Частота желудочковых экстрасистол существенного влияния на прогноз не оказывает.
- д) Правильные только ответы б и в

Ответы на вопросы по теме «Инфаркт миокарда»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 271-А | 272-Б | 273-А | 274-Д | 275-В | 276-В | 277-Б |
| 278-Б | 279-В | 280-В | 281-Б | 282-В | 283-Г | 284-Д |
| 285-А | 286-Б | 287-Г | 288-Б | 289-Г | 290-В | 291-Б |
| 292-А | 293-В | 294-Д | 295-Б | 296-В | 297-Г | 298-А |
| 299-Г | 300-В | 301-Б | 302-Г | 303-Г | 304-Г | 305-В |
| 306-В | 307-Б | 308-В | 309-Г | 310-Г | 311-А | 312-Г |
| 313-В | 314-В | 315-Б | 316-В | 317-А | 318-Б | 319-Б |
| 320-Б | 321-Б | 322-Г | 323-Б | 324-А | 325-А | 326-Г |
| 327-Г | 328-Г | 329-А | 330-В | 331-А | 332-В | 333-Д |
| 334-Б | 335-Г | 336-В | 337-Г | 338-А | 339-А | 340-В |
| 341-В | 342-А | 343-Д | 344-А | 345-В | 346-В | 347-Б |
| 348-Г | | | | | | |

6. БОЛЕЗНИ МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

а) Болезни миокарда

349. Под термином кардиомиопатия понимают:

- а) Поражения миокарда известной этиологии.
- б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
- в) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
- г) Специфические заболевания миокарда.
- д) Все перечисленное.

350. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

- а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
- б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
- в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

351. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

- а) Левожелудочковая недостаточность.
- б) Правожелудочковая недостаточность.
- в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

352. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

- а) Дующий пансистолический шум.
- б) Поздний систолический шум.
- в) Четвертый тон.
- г) Диастолический шум.

353. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) Одышка.
- б) Стенокардия напряжения.
- в) Обмороки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

354. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:

- а) Систолическая функция левого желудочка.
- б) Диастолическая функция левого желудочка.
- в) Степень нарушения примерно одинакова.
- г) Правильного ответа нет.

355. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
- б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
- в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
- г) Все перечисленное.

356. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

- а) Перехода в положение приседания.
- б) Быстрого вставания из положения приседания.
- в) Натуживания.
- г) Приема нитроглицерина.

357. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

- а) В положении приседания.
- б) Во время быстрого вставания из приседания.
- в) Во время натуживания.
- г) После приема нитроглицерина.
- д) Правильного ответа нет.

358. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Нормального пульса на сонных артериях.
- б) Медленного, анакротического, "плато" пульса на сонных артериях.
- в) Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях.

5359. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

- а) Не изменен.
- б) Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона) .
- в) Укороченный, высокоамплитудный.

360. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией :

- а) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Обычно ЭКГ в пределах нормы.
- г) На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.
- д) На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

361. Для больных с "верхушечной" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:

- а) "Гигантских" отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) - глубиной до 10 мм и более.
- б) Патологических зубцов Q.
- в) Признаков гипертрофии правого желудочка.
- г) Блокады левой ножки пучка Гиса.

362. Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией

- а) В пределах нормы
- б) Увеличена
- в) Уменьшена

363. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:

- а) Сердечные гликозиды и диуретики.
- б) Бета-блокаторы и антагонисты кальция.
- в) Периферические вазодилататоры.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

364. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- а) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
- б) Воздействия токсинов.
- в) Возникновения иммунопатологических реакций.
- г) Всего перечисленного.

365. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) Вирусные.
- б) Бактериальные.
- в) Паразитарные.
- г) Грибковые.

366. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

- а) Аллергических реакций.
- б) Токсических воздействий.
- в) Химических воздействий.
- г) Воздействий физических факторов.
- д) Всего перечисленного.

367. На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологического фактора специфическими признаками миокардита являются:

- а) Повышение температуры.
- б) Слабость.
- в) Артралгии.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

526. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:

- а) Лейкоцитоз.
- б) Ускорение СОЭ.
- в) Изменения ЭКГ.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

368. В исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:

- а) Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
- б) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
- в) Оба ответа правильные.

370. Для выявления воспалительных изменений миокарда достоверное подтверждение может быть получено с помощью:

- а) Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
- б) Биопсии миокарда.
- в) Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
- г) Радионуклидной вентрикулографии.
- д) Всего перечисленного.

371. При установлении диагноза миокардита:

- а) Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".
- б) Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
- в) Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
- г) Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".
- д) Правильного ответа нет.

372. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:

- а) Глюкокортикоидных гормонов.
- б) Азатиоприна.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

373. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:

- а) Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
- б) Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

374. При лечении миокардитов с тяжелым течением:

- а) Очень эффективно применение глюкокортикоидных гормонов.
- б) Убедительных доказательств эффективности применения глюкокортикоидных гормонов пока не получено.
- в) Доказана высокая эффективность применения азатиоприна.
- г) Наиболее эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.
- д) Правильного ответа нет.

375. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всего перечисленного.

376. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

377. Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

378. Систолическое движение вперед передней створки митрального клапана характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

379. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

- а) Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.

в) Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.

380. Гигантские отрицательные зубцы "Т" в прекардиальных отведениях характерны для:

- а) Рестриктивной кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии.

381. Сужение выносящего тракта левого желудочка:

- а) Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- в) Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии.

382. При гипертрофической кардиомиопатии толщина межжелудочковой перегородки:

- а) Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка.
- б) Обычно уступает толщине задней стенки левого желудочка.
- в) Обычно равна толщине задней стенки левого желудочка.

383. Риск внезапной смерти у больных молодого возраста с гипертрофической кардиомиопатией, не имеющих выраженного сужения выносящего тракта левого желудочка и клинических признаков заболевания:

- а) Практически отсутствует.
- б) Незначителен.
- в) Довольно высок.

384. Ассимметрическая гипертрофия межжелудочковой перегородки:

- а) Встречается только при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Характерна также для дилатационной и рестриктивной кардиомиопатий
- в) Может встречаться не только при кардиомиопатиях, но и при других заболеваниях сердца

385. Для амилоидоза сердца характерно:

- а) Увеличение толщины стенки желудочков.
- б) Уменьшение размеров полости желудочков.
- в) Дилатация предсердий.
- г) Все вышеперечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

386. Для амилоидоза сердца не характерна:

- а) Дилатация предсердий.
- б) Дилатация желудочков.
- в) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.
- г) Гипертрофия задней стенки левого желудочка.

387. Для амилоидоза сердца характерна:

- а) Систолическая дисфункция левого желудочка.
- б) Диастолическая дисфункция левого желудочка.
- в) Как систолическая, так и диастолическая дисфункция левого желудочка.

388. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерна:

- а) Дилатация правого желудочка.
- б) Дилатация левого предсердия.
- в) Облитерация полости правого желудочка.
- г) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.

389. Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.

- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии
- г).правильного ответа нет

390. Эозинофилия нередко наблюдается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

391. Фиброз эндокарда характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

392. Нарушение взаимной ориентации волокон миокарда наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

393. Parietalный фибропластический эндокардит Леффлера относится к:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Правильного ответа нет.

394. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

395. Патологические зубцы Q, не связанные с перенесенным инфарктом миокарда, могут встретиться при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) И в том, и в другом случае.
- г) Ни в одном из перечисленного.

396. Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных заболеваний.

397. Динамическая обструкция выносящего тракта левого желудочка свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

398. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) И той, и другой форме.
- г) Правильного ответа нет.

399. Алкогольное поражение сердца приходится в основном дифференцировать с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Ни с одной из перечисленных.

400. Нарушения гемодинамики при послеродовой кардиомиопатии наиболее близки к имеющимся при

- а) Гипертрофической кардиомиопатии
- б) Рестриктивной кардиомиопатии
- в) Дилатационной кардиомиопатии
- г) правильного ответа нет
- д) Всем перечисленным

401. Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных форм.

Ответы на вопросы по теме «Болезни миокарда»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 349-В | 350-Г | 351-В | 352-А | 353-Г | 354-Б | 355-Б |
| 356-А | 357-А | 358-В | 359-Б | 360-А | 361-А | 362-Б |
| 363-Б | 364-Г | 365-А | 366-Д | 367-Д | 368-В | 369-А |
| 370-Б | 371-Б | 372-В | 373-А | 374-Б | 375-Б | 376-Б |
| 377-А | 378-А | 379-Б | 380-В | 381-В | 382-А | 383-В |
| 384-В | 385-Г | 386-Б | 387-В | 388-А | 389-Б | 390-В |
| 391-Б | 392-А | 393-В | 394-Г | 395-В | 396-Г | 397-А |
| 398-В | 399-Б | 400-В | 401-Г | | | |

б) Болезни перикарда

402. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.
- б) Перикардиты при злокачественных опухолях
- в) Аллергические или аутоиммунные перикардиты.
- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

403. К асептическим перикардитам следует отнести:

- а) Постинфарктный перикардит.
- б) Микседематозный перикардит
- в) Уремический перикардит
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

404. "Парадоксальный пульс" - это:

- а) Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
- б) Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

405. Причиной парадоксального пульса при перикардите является:

- а) Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
- б) Повышение сердечного выброса на выдохе.
- в) Нарушения ритма.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

406. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

- а) Повышается.
- б) Снижается.
- в) Не изменяется.
- г) Изменения не закономерны.

407. Нарушения гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены:

- а) Ограничением диастолического растяжения миокарда.
- б) Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
- в) Сдавлением крупных вен.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно а и в.

408. При остром фибринозном перикардите встречается редко:

- а) Брадикардия.
- б) Повышение температуры тела.
- в) Боль за грудиной.
- г) Шум трения перикарда.
- д) Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

409. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

- а) Тахикардия.
- б) Шум трения перикарда.
- в) Боль за грудиной.
- г) Снижение АД.
- д) Все перечисленное.

410. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:

- а) Лучше выслушивается в положении сидя.
- б) Не связан с дыханием.
- в) Усиливается при надавливании стетоскопа.
- г) Выслушивается в систолу и диастолу.
- д) Все ответы правильные.

411. Шум трения перикарда можно выслушать:

- а) В межлопаточном пространстве.
- б) Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
- в) На небольшом участке в IV межреберье слева.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

412. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:
- Рентгенографии.
 - Эхокардиографии.
 - Аускультации.
 - Электрокардиографии.
413. Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:
- Давящий характер боли.
 - Продолжительность боли более 10 минут.
 - Локализация болей за грудиной.
 - Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
 - Зависимость боли от дыхания.
414. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:
- Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведения.
 - Отрицательного зубца T.
 - Отклонения электрической оси сердца влево.
415. При экссудативном перикардите может наблюдаться:
- Одышка.
 - Глухость тонов сердца.
 - Расширение границ сердечной тупости.
 - Тахикардия и парадоксальный пульс.
 - Все перечисленное.
416. Для экссудативного перикардита не характерны:
- Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
 - Застойные явления в большом круге кровообращения.
 - Брадикардия.
 - Ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком слева под лопаткой
 - Парадоксальный пульс.
417. При тампонаде сердца наблюдается:
- Резкая одышка.
 - Цианоз.
 - Тахикардия.
 - Нитевидный пульс.
 - Все перечисленное.
418. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:
- Увеличение размеров сердца.
 - Ослабление пульсации.
 - Сглаженность контуров сердца.
 - Все перечисленное.
419. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:
- Отклонение электрической оси вправо.
 - Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях.
 - Низкий вольтаж зубцов.
420. Признаками слипчивого перикардита, обнаруживаемыми при рентгенографии, являются:
- Относительно нормальные размеры сердца.
 - Ослабление пульсации сердца.
 - Отложение солей кальция в перикарде.
 - Правильного ответа нет.

д) Все перечисленные.

421. При туберкулезном перикардите может наблюдаться:

- а) Специфическое воспаление перикарда с выпотом.
- б) Развитие спаечного процесса.
- в) Обызвествление.
- г) Все перечисленное.

422. При рентгенографии на туберкулезный перикардит могут указать:

- а) Сглаженность контуров сердца.
- б) Увеличение размеров сосудистого пучка.
- в) Значительное расширение границ сердца.
- г) Очаги обызвествления в перикарде.

423. Для ревматического перикардита характерно:

- а) Сочетание с поражением миокарда.
- б) Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите.
- в) Появление признаков поражения перикарда со второй недели заболевания
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

424. При бактериальном перикардите инфекция проникает в перикард:

- а) Прямым путем при травмах грудной клетки.
- б) Гематогенным путем при сепсисе.
- в) Контактным путем из соседних органов.
- г) При прорыве абсцесса миокарда в полость перикарда.
- д) Всеми перечисленными путями.

425. Достоверным признаком вирусной этиологии перикардита могут служить:

- а) Особенности клинического течения.
- б) Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови.
- в) Обнаружение вируса в перикардальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови.
- г) Все перечисленное.

426. При констриктивном (сдавливающим) перикардите встречается:

- а) Повышение центрального венозного давления.
- б) Тахикардия.
- в) Уменьшение амплитуды пульсации сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

427. При констриктивном (сдавливающим) перикардите может наблюдаться:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Цианоз.
- в) Асцит.
- г) Отеки ног.
- д) Все перечисленное.

428. Наиболее частой жалобой у больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом является:

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Перебои в работе сердца.
- в) Тяжесть в правом подреберье, увеличение живота
- г) Болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки.

429. О прогрессировании патологического процесса при констриктивном перикардите можно судить по:

- а) Повышению уровня венозного давления.
- б) Снижению уровня венозного давления.
- в) Повышению уровня артериального давления.
- г) Правильного ответа нет.

430. Для констриктивного перикардита не характерно:

- а) Ортопноэ
- б) Малые размеры сердца.
- в) Повышение венозного давления.
- г) Увеличение печени, асцит
- д) Правильного ответа нет.

431. При констриктивном (сдавливающем) перикардите встречается:

- а) Одутловатость лица, цианоз.
- б) Набухание шейных вен на вдохе.
- в) Увеличение печени и селезенки
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

432. У больных с констриктивным (сдавливающим) перикардитом на ЭКГ может наблюдаться:

- а) Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS.
- б) Перегрузка предсердий по типу P-mitrale
- в) Появление отрицательных Т в ряде отведений.
- г) Изменения иногда могут отсутствовать.
- д) Все перечисленное.

433. У больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом можно наблюдать:

- а) Трехчленный ритм.
- б) Ослабление I тона.
- в) Ослабление II тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

434. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются:

- а) Отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени.
- б) Увеличение сердца, уменьшение пульсации, сглаженность дуг сердца.
- в) Обызвествление перикарда.
- г) Прозрачные легочные поля
- д) Все перечисленное.
- е) Только а и в

435. Выпот при опухоли перикарда обычно:

- а) Серозный.
- б) Гнойный.
- в) Геморрагический.
- г) Любой из перечисленных.

436. Ранним признаком уремического перикардита является:

- а) Появление шума трения перикарда.
- б) Быстрое накопление жидкости в полости перикарда.
- в) Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности.

437. У больных с уремическим перикардитом при проведении гемодиализа можно наблюдать:

- а) Развитие геморрагического перикардита с тампонадой.
- б) Резкое падение уровня артериального давления.

- в) Развитие сепсиса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

438. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при гнойном перикардите являются:

- а) Пероральный.
- б) Парентеральный.
- в) Непосредственно в перикард.
- г) Сочетание парентерального введения с введением непосредственно в полость перикарда.
- д) Необходимо сочетание парентерального введения с пероральным использованием препаратов.

439. При перикардитах после операций на сердце и у больных с инфарктом миокарда при синдроме Дресслера обычно назначают преднизолон суточной дозе:

- а) 15-30 мг.
- б) 50-60 мг.
- в) 70-100 мг.
- г) 120-200 мг.

440. Показанием для плановой пункции перикарда является:

- а) Подозрение на гнойный характер экссудата.
- б) Медленное рассасывание экссудата.
- в) Невозможность установить точный диагноз другим методом.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

441. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом без признаков сдавления сердца и недостаточности кровообращения можно охарактеризовать следующим образом:

- а) Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.

442. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом и недостаточностью кровообращения II стадии можно оценить следующим образом:

- а) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами I группы.

443. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается в положении:

- а) Лежа на спине.
- б) Лежа на животе.
- в) Стоя.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

444. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается:

- а) В положении лежа на спине.
- б) При наклоне вперед.
- в) При движениях туловищем.
- г) Во время вдоха.
- д) Правильно 1 и 4.

445. Боль в грудной клетке при остром перикардите усиливается:

- а) При перемене положения тела.
- б) Во время вдоха.
- в) При глотании.

- г) В положении лежа на спине.
- д) При всех перечисленных действиях.

446. Чаще всего выслушивается при шуме трения перикарда:

- а) Систолический компонент.
- б) Ранний диастолический компонент.
- в) Пресистолический компонент.
- г) Почти всегда выслушиваются все 3 компонента.
- д) Любой из компонентов выслушивается примерно с одинаковой частотой.

447. При остром перикардите у большинства больных на ЭКГ отмечается:

- а) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- б) Подъем сегмента PQ в отведении aVR.
- в) Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

448. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) Нитраты.
- б) Папаверин или (но-шпа) .
- в) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- г) Стероидные препараты.
- д) Наркотические анальгетики.

449. При медленном накоплении количество жидкости в полости перикарда может достигать:

- а) 0,5 л.
- б) 1,0 л.
- в) 1,5 л.
- г) 2,0-3,0 л.
- д) 4,0-5,0 л.

450. Симптоматика выпотного перикардита определяется следующими факторами:

- а) Объемом жидкости, накопившейся в полости перикарда.
- б) Скоростью накопления жидкости.
- в) Физическими характеристиками перикарда.
- г) Всем перечисленным.

451. Минимальное количество жидкости, которое может привести к тампонаде, при быстром накоплении составляет:

- а) 10-50 мл.
- б) 100-200 мл.
- в) 500-1000 мл.
- г) 1,5-2,0 л.
- д) Более 2,0 л.

452. Выпот в полость перикарда:

- а) Может не иметь никакой клиники.
- б) Всегда сопровождается появлением клинических симптомов.
- в) Может сопровождаться шумом трения перикарда.
- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

453. При физикальном обследовании больных с выпотным перикардитом может отмечаться:

- а) Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки.
- б) Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки.

- в) Приглушение тонов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

454. Тампонада сердца начинается, когда давление в полости перикарда:

- а) Превышает давление в правом предсердии.
- б) Превышает конечно-диастолическое давление в правом желудочке.
- в) Превышает конечно-диастолическое давление в левом желудочке.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

455. У больных с тампонадой сердца при наблюдении за пульсацией вен шеи отмечается:

- а) Набухание на вдохе вен шеи.
- б) Полное отсутствие пульсации вен шеи.
- в) Характер пульсации вен такой же, как в норме.
- г) Правильно а и б.

456. Для больных с тампонадой сердца характерны:

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Ортопноэ.
- в) Приступы сердечной астмы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

457. При физикальном обследовании для больных с тампонадой сердца характерно:

- а) Набухание вен шеи.
- б) Тахикардия.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

458. Характерным признаком тампонады сердца у больных с выпотным перикардитом на электрокардиограмме является:

- а) Снижение вольтажа комплексов QRS.
- б) Альтернация комплексов QRS.
- в) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

459. Диагностическими признаками тампонады сердца являются:

- а) Повышение внутрисердечного давления в правых полостях сердца
- б) Уменьшение диастолических объемов желудочков.
- в) Уменьшение внутриперикардального давления.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

460. При констриктивном перикардите наполнение желудочков сердца происходит преимущественно во время:

- а) Сistolы.
- б) Ранней диастолы.
- в) Поздней диастолы.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно а и в.

461. Осложнения при пункции перикарда наблюдаются чаще при:

- а) Травматическом гемоперикарде.

- б) Небольшом выпоте (менее 200 мл) .
- в) Осумкованном выпоте.
- г) Всем перечисленном.

462. Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

- а) Высокое венозное давление.
- б) Асцит.
- в) Небольшие размеры сердца.
- г) Все перечисленное.

463. При физикальном обследовании у больных констриктивным перикардитом может отмечаться:

- а) Втяжение верхушечного толчка.
- б) Громкий дополнительный тон в начале диастолы.
- в) Систолический щелчок.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

464. Оптимальным методом хирургического лечения больных констриктивным перикардитом является:

- а) Полная перикардэктомия.
- б) Частичная перикардэктомия.
- в) Эндоскопическая перикардэктомия.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 2 и 3.

465. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще наблюдаются у мужчин.
- б) Нередко рецидивируют (у 15-20%) .
- в) Возможна спонтанная ремиссия
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

466. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще всего заканчиваются переходом в хронический перикардит.
- б) Нередко приводят к летальному исходу.
- в) Чаще наблюдаются у женщин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

467. У больных с острым перикардитом:

- а) Боль чаще всего локализуется слева от грудины.
- б) Болевые ощущения часто усиливаются при глубоком дыхании, кашле, движениях туловищем.
- в) Боль отмечается только в трапециевидных мышцах.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и б.

468. Наиболее выраженный болевой синдром отмечается у больных с:

- а) Вирусным и идиопатическим перикардитом.
- б) Уремическим перикардитом.
- в) Туберкулезным перикардитом.
- г) Перикардитом во время инфаркта миокарда (эпистенокардитическим) .
- д) Правильно б и в.

469. Причиной выпота в перикарде может быть:

- а) Микседема.
- б) Заболевания соединительной ткани.

- в) Опухоли.
- г) Заболевания крови.
- д) Все перечисленное.

Ответы по теме «Болезни перикарда»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 402-Г | 403-Г | 404-А | 405-А | 406-А | 407-Д | 408-А |
| 409-Д | 410-Д | 411-Г | 412-В | 413-Г | 414-В | 415-Д |
| 416-В | 417-Д | 418-Г | 419-В | 420-Д | 421-Б | 422-Г |
| 423-Г | 424-Д | 425-В | 426-Г | 427-Д | 428-А | 429-А |
| 430-А | 431-Г | 432-Д | 433-Г | 434-Д | 435-В | 436-А |
| 437-Г | 438-Г | 439-Б | 440-Д | 441-А | 442-Б | 443-Б |
| 444-Б | 445-Д | 446-А | 447-А | 448-В | 449-Г | 450-Г |
| 451-Б | 452-Г | 453-Г | 454-А | 455-Г | 456-А | 457-Г |
| 458-Д | 459-Г | 460-Б | 461-Г | 462-Г | 463-В | 464-В |
| 465-Г | 466-Д | 467-Д | 468-А | 469-Д | | |

10.2. Б.1.Б.1.2 Частная кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

Сердечная недостаточность, легочная гипертензия и легочное сердце

470. Причинами сердечной недостаточности являются:

- а) Повреждение миокарда.
- б) Перегрузка сердца давлением или объемом.
- в) Нарушение диастолической функции.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

471. На величину сердечного выброса влияют:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Сократимость миокарда.
- в) Преднагрузка.
- г) Постнагрузка.
- д) Все перечисленное.

472. На величину преднагрузки влияют:

- а) Величина венозного притока к сердцу.
- б) Тонус артериол.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

473. Постнагрузка больше всего зависит от:

- а) Величины венозного возврата к сердцу.
- б) Эластичности миокарда.
- в) Общего периферического сопротивления сосудов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

474. Повышению сердечного выброса способствует:

- а) Увеличение преднагрузки.
- б) Увеличение постнагрузки.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

475. Систolicкую функцию сердца можно считать сохраненной, если фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)

1. Больше 50%
2. Больше 45%
3. Больше 40%
4. Больше 35%

476. Каков функциональный класс сердечной недостаточности, если расстояние, пройденное больным за 6 минут составляет 150-300 м

1. II функциональный класс
2. III функциональный класс
3. IV функциональный класс

477. Какие дополнительные признаки используются для диагностики сердечной недостаточности при сохраненной ФВ ЛЖ

1. Повышение натрийуретического пептида В-типа более 35 пг/мл
2. Гипертрофия левого желудочка
3. Расширение левого предсердия
4. Диастолическая дисфункция
5. Все перечисленное
6. Только 1 и 2

478. Какие симптомы считаются типичными для СН?

1. Снижение толерантности к физической нагрузке
2. Пароксизмальная ночная одышка и ортопноэ
3. Утомляемость.
4. Отек лодыжек
5. Все перечисленное
6. Только 1 и 2

479. Какие симптомы имеют вспомогательное значение в диагностике СН?

1. Ночной кашель
2. Головокружение и обморок
3. Сердцебиение
4. Снижение толерантности к нагрузке
5. Все перечисленное
6. Только 1, 2, 3

480. Какие объективные признаки считаются типичными для СН?

1. Повышение давления в яремных венах
2. Гепато-югулярный рефлюкс
3. Ритм галопа
4. Смещение верхушечного толчка влево
5. Все перечисленное
6. Только 1 и 4

481. Какие признаки являются менее специфичными для СН?

1. Сердечные шумы
2. Легочная крепитация
3. Гепатомегалия
4. Тахикардия
5. Верно 1 и 3
6. Все перечисленное

482. Диагноз СН можно считать вероятным, если имеется

1. Пароксизмальная ночная одышка
2. Билатеральный отек лодыжек
3. Дилатация яремных вен
4. Сердечные шумы
5. Верно 1,2,3
6. Все перечисленное

483. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен и доступен в диагностике СН?

1. ЭхоКГ
2. ЭКГ
3. МРТ сердца
4. Холтеровское мониторирование ЭКГ

484. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Приступы сердечной астмы.

- в) Отеки ног.
- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

485. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Одышка.
- в) Приступы сердечной астмы.
- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

486. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:

- а) Альтернирующий пульс.
- б) 3-й тон сердца.
- в) Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
- г) Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
- д) Все перечисленное.

487. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой из стадий.
- д) Правильно 2 и 3.

488. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:

- 1. I стадии.
- 2. II стадии.
- 3. III стадии.
- 4. Любой из стадий.
- 5. Правильно 2 и 3.

489. Основными способами лечения недостаточности кровообращения I стадии являются:

- 1. Нормализация веса тела и ограничение употребления соли.
- 2. Назначение сердечных гликозидов.
- 3. Назначение диуретиков.
- 4. Все перечисленное.
- 5. Только 2 и 3.

490. При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают:

- 1. Сердечные гликозиды.
- 2. Диуретики.
- 3. Периферические вазодилататоры.

491. Из нижеперечисленных симптомов наиболее эффективно облегчаются или устраняются назначением диуретиков:

- 1. Слабость, быстрая утомляемость.
- 2. Одышка.
- 3. Периферические отеки.
- 4. Правильно 1 и 2.
- 5. Правильно 2 и 3.

492. Наиболее эффективно облегчается или устраняется назначением венозных вазодилататоров:

- 1. Слабость.
- 2. Приступы одышки.
- 3. Периферические отеки.
- 4. Быстрая утомляемость.

493. Наибольшего эффекта от назначения артериальных вазодилататоров можно ожидать при:

- 1. Кардиомегалии.
- 2. Исходно относительно низком артериальном давлении.
- 3. Наличии стенозов клапанов.
- 4. Наличии недостаточности клапанов.
- 5. Правильно 1 и 4.

494. Препаратом, преимущественно расширяющим вены, является:

1. Сиднофарм (молсидомин) .
2. Апрессин.(гидралазин)
3. Празозин.
4. Каптоприл.

495. Средние поддерживающие дозы дигоксина составляют:

- а) 0,125 мг в сутки.
- б) 0,125 мг -0,25 в сутки.
- в) 0,50 – 0,75 мг в сутки.

496. У больных с выраженной сердечной недостаточностью отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема:

- а) Сердечных гликозидов.
- б) Диуретиков.
- в) Ингибиторов АПФ.
- г) Нитросорбида в сочетании с гидралазином.
- д) Правильно 3 и 4.

497. Антагонистом ангиотензин-превращающего фермента является:

1. Гидралазин
2. Нитросорбид.
3. Сиднофарм.
4. Лизиноприл
5. Празозин.

498. Максимальные суточные дозы фуросемида у больных сердечной недостаточностью достигают:

1. 100 мг.
2. 200 мг.
3. 300 мг.
4. 500 мг.
5. 600 мг и более.

499. Лечение пациентов с симптомной СН и низкой ФВ ЛЖ следует начинать с

1. Ингибиторов АПФ и бета-блокаторов
2. Ингибиторов минералокортикоидных рецепторов
3. Ингибиторов ангиотензина-неприлизина
4. Дигоксина
5. С любого из перечисленных

500. Какие ингибиторы АПФ предпочтительнее при СН II-III функционального класса

1. Каптоприл
2. Эналаприл
3. Рамиприл
4. Лизиноприл
5. Все перечисленное

501. Какие бета-блокаторы уменьшают риск госпитализации и смерти

1. Бисопролол
2. Карведилол
3. Метопролола сукцинат
4. Небиволол
5. Все перечисленное

502. Какие блокаторы рецепторов ангиотензина уменьшают риск прогрессирования СН?

1. Кандесартан
2. Валсартан
3. Лозартан
4. Телмисартан
5. Верно 1, 2, 3.

503. Каковы целевые максимальные дозы эналаприла при лечении СН

1. 5мг 2 раза в сутки

2. 10 мг 2 раза в сутки
3. 20 мг 2 раза в сутки

504. Каковы целевые дозы бисопролола при лечении СН

1. 2,5 мг один раз в сутки
2. 5 мг один раз в сутки
3. 10 мг один раз в сутки

505. Каковы целевые дозы кандесартана при лечении СН?

1. 4 мг в сутки
2. 8 мг в сутки
3. 16 мг в сутки
4. 32 мг в сутки

506. Каковы целевые дозы спиронолактона при лечении СН

1. 25 мг в сутки
2. 50 мг в сутки
3. 75 мг в сутки

507. Каковы целевые дозы сакубитрила/вальсартана при лечении СН?

1. 49/51 один раз в сутки
2. 49/51 два раза в сутки
3. 97/103 один раз в сутки
4. 97/103 два раза в сутки

508. Какие диуретики применяют у больных СН II - III функционального класса?

1. Фуросемид
2. Торасемид
3. Гидрохлортиазид
4. Индапамид

509. Какие диуретики применяют при СН III – IV функционального класса

1. Гидрохлортиазид
2. Фуросемид или торасемид
3. Диакарб
4. Метолазон

510. Какие препараты применяются дополнительно к основной терапии ингибиторами АПФ и бетаблокаторами?

1. Дигоксин
2. Гидралазин с изосорбидом динитратом
3. Ивабрадин
4. Все перечисленное
5. Только 1 и 2

511. Какие препараты предпочтительнее у больных с сохраненной фракцией выброса для снятия симптомов СН?

1. Диуретики
2. Эналаприл
3. Кандесартан
4. Все препараты
5. Правильно 1 и 3

512. Применение дигоксина показано у больных СН при наличии

1. Фибрилляции предсердий
2. При низкой фракции выброса
3. При больших размерах сердца
4. При неишемической этиологии СН
5. При всех условиях

513. При пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных СН можно применять

1. Бета-блокаторы
2. Амиодарон

3. Соталол
4. Кардиоверсию
5. Все перечисленное

514 При желудочковых аритмиях у больных СН применяют

1. Бета-блокаторы
2. Амиодарон
3. Соталол
4. Лидокаин
5. Все перечисленное
6. Только 1, 2, 3

515. При лечении острой декомпенсации сердечной недостаточности по показаниям применяют

1. Диуретики
2. Дигоксин (при ФП и при ФВ меньше 40%)
3. Вазодилаторы (нитроглицерин)
4. Препараты с положительным инотропным действием (допамин)
5. Все перечисленные

516. Как ограничивается соль при СН III-IV функционального класса при применении диуретиков?

1. Менее 7 г в сутки
2. Менее 5 г в сутки
3. Менее 3 г в сутки

517. Дигоксин назначают как правило, если

1. В анамнезе несколько эпизодов острой декомпенсации СН
2. Низкой фракции выброса $\leq 25\%$
3. Дилатации левого желудочка
4. Высокого функционального класса СН
5. Всего перечисленного

518. Какие лекарственные препараты замедляют прогрессирование СН II-IV функционального класса, если фракция выброса снижена до 40%

1. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина
2. Антагонисты рецепторов неприлизина
3. Бета-адреноблокаторы
4. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов
5. Все перечисленные

519. Критерием легочного сердца является:

1. Гипертрофия правого желудочка.
2. Дилатация правого желудочка.
3. Легочная гипертензия.
4. Правильно 1 и 2.
5. Все ответы правильные.

521. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

1. Пневмония.
2. Астматическое состояние.
3. Тромбоэмболия легочной артерии.
4. Спонтанный пневмоторакс.
5. Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

522. Основными проявлениями острого легочного сердца могут быть:

1. Одышка
2. Цианоз и акроцианоз
3. Тахикардия
4. Снижение артериального давления
5. Все перечисленное
6. Только 1 и 2

523. Причиной хронического легочного сердца могут быть:

1. Хроническое неспецифическое заболевание легких.
2. Интерстициальные заболевания легких.
3. Сосудистые заболевания легких.
4. Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата.
5. Все перечисленное.

524. В подавляющем большинстве случаев причиной хронического легочного сердца являются:

1. Хронические неспецифические заболевания легких.
2. Интерстициальные заболевания легких.
3. Сосудистые заболевания легката.
4. Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата.

525. При хронических неспецифических заболеваниях легких наиболее часто развитие легочного сердца отмечается у больных:

1. ХОБЛ.
2. Бронхиальной астмой.
3. Бронхоэктазами.
4. Может быть при всех перечисленных состояниях

526. В норме сосудистое сопротивление в малом круге меньше, чем в большом, примерно в:

1. 2 раза.
2. 5 раз.
3. 10 раз.
4. 20 раз.

527. Самый мощный стимул для вазоконстрикции в легких:

1. Гипоксия.
2. Ацидоз.
3. Гиперкапния.
4. Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких.

528. Рефлекторная вазоконстрикция в легких при альвеолярной гипоксии:

1. Является частью нормальной саморегуляции функции легких.
2. В норме способствует сохранению соответствия вентиляции и перфузии легких.
3. Способствует уменьшению степени шунтирования крови.
4. Все ответы правильные.
5. Правильного ответа нет

529. Наиболее важным фактором, способствующим развитию легочного сердца, является:

1. Уменьшение количества функционирующих шунтов.
2. Легочная гипертензия.
3. Гиперкапния и ацидоз.
4. Ишемия миокарда правого желудочка.
5. Все перечисленное.

530. Причиной повышения ЦВД и периферических отеков у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких могут быть:

1. Правожелудочковая недостаточность.
2. Повышение внутригрудного давления.
3. Выраженная легочная гипертензия.
4. Правильно 1 и 2.
5. Все перечисленное.

531. Цианоз появляется, когда содержание восстановленного гемоглобина в венозной крови начинает превышать уровень:

1. 1 г/100мл
2. 5 г/100 мл
3. 10 /100 мл
4. .15 г/100 мл
5. .20 г/100 мл.

532. Причиной головной боли у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких при наличии дыхательной недостаточности чаще всего является:

1. Гипоксия.
2. Гипокапния.
3. Гиперкапния.
4. Полицитемия.
5. Легочная гипертензия.

533. Гиперкапния может быть причиной появления:

1. Головной боли.
2. Тремора.
3. Комы.
4. Всего перечисленного.
5. Ничего из перечисленного.

534. Для больных эмфиземой характерно все перечисленное, кроме:

1. Набухания вен шеи.
2. Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев.
3. Ослабления дыхания.
4. Ослабления голосового дрожания.
5. Усиления верхушечного толчка.

535. Для больных легочным сердцем характерны все нижеперечисленные признаки, кроме:

1. Повышения центрального венозного давления.
2. Пальпируемого толчка правого желудочка.
3. Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
4. Усиления 2-го тона.
5. Выявленного расщепления 2-го тона.

536. У больных эмфиземой на ЭКГ часто регистрируются все нижеперечисленные признаки, кроме:

1. Снижения вольтажа.
2. Высокого зубца Р в отведениях II, III, aVF.
3. Смещения переходной зоны вправо.
4. Отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях.

537. При проведении рентгенологического исследования для больных эмфиземой характерно все нижеперечисленное, кроме:

1. Повышения прозрачности легочных полей.
2. Уплотнения диафрагмы.
3. Тенденции к горизонтальному расположению ребер.
4. Часто наличие увеличенных размеров сердца.

538. При возникновении хронической дыхательной недостаточности, как правило, отмечается все нижеперечисленное, кроме:

1. Гипоксемии.
2. Гипокапнии.
3. Гиперкапнии.
4. Респираторного ацидоза.

539. Увеличение продолжительности выдоха больше всего характерно для больных:

1. Эмфиземой.
2. ХОБЛ.
3. Бронхоэктатической болезнью.
4. Саркоидозом.
5. Пневмокониозом.

540. Лечение хронических неспецифических заболеваний легких включает:

1. Лечение обострений бронхо-легочной инфекции.
2. Применение бронходилататоров.
3. Применение средств, разжижающих мокроту.
4. Все перечисленное.
5. Правильно 1 и 2.

541. Для уменьшения степени бронхиальной обструкции используют:

1. Бета-2-адреностимуляторы.
2. Антихолинэргические препараты
3. Глюкокортикоидные гормоны.
4. Все перечисленное.
5. Правильно 1 и 2.

542. К глюкокортикоидным гормональным препаратам относятся все перечисленные, за исключением:

1. Беклометазона. Дипропионата
2. Триамсинолона.
3. Будесонида.
4. Ипратропия бромида

543. К бета-2-стимуляторам относятся все перечисленные препараты, за исключением:

1. Сальбутамола.
2. формотерола.
3. Сальметерола
4. тиотропия бромида
5. фенотерола

544. Самым частым симптомом первичной легочной гипертензии является:

1. Одышка.
2. Кашель.
3. Обмороки.
4. Кровохарканье.
5. Боли в грудной клетке.

545. Продолжительность жизни больных с первичной легочной гипертензией после установления диагноза в большинстве случаев:

1. Не превышает 2-х лет.
2. От 2-х до 5 лет.
3. Более 5 лет.
4. Более 10 лет.
5. Более 20 лет.

546. Для больных первичной легочной гипертензией характерны все перечисленные физикальные признаки, за исключением:

1. Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
2. Усиления легочного компонента 2-го тона.
3. Выявленного расщепления 2-го тона.
4. Пальпируемого толчка правого желудочка.
5. Правожелудочкового 3-го тона.

547. При проведении рентгенологического исследования для больных первичной легочной гипертензией характерно:

1. Увеличение ствола легочной артерии.
2. Увеличение правого желудочка.
3. Увеличение главных ветвей легочной артерии.
4. Сужение периферических артерий.
5. Все перечисленное.

548. На ЭКГ у больных первичной легочной гипертензией крайне редко наблюдается:

1. Отклонение электрической оси вправо.
2. Отклонение электрической оси влево.
3. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
4. Увеличение зубца R в V1.
5. Увеличение зубца S в V6.

549. Наиболее эффективными препаратами при лечении первичной легочной гипертонии являются:

1. Гликозиды.
2. Диуретики.
3. Вазодилататоры.
4. Ингаляции кислорода.

550. Для лечения первичной легочной гипертензии из перечисленных препаратов чаще всего назначают:

1. Нитраты.
2. Гидралазин.
3. Антагонисты кальция.
4. Эуфиллин
5. Изадрин.

551. Препаратами для патогенетического лечения первичной легочной гипертензии, кроме вазодилаторов, предположительно считаются:

1. Гликозиды.
2. Диуретики.
3. Антикоагулянты.
4. Все перечисленные.
5. Правильно 1 и 2.

552. Легочная гипертензия распознается у больных, которые имеют:

1. Систолическое АД в легочной артерии выше 20 мм рт. ст.
2. Систолическое давление выше 30 мм рт. ст.
3. Систолическое давление выше 50 мм рт. ст.
4. Среднее давление выше 20 мм рт. ст.
5. Правильно 2 и 4

553. Для лечения первичной легочной гипертензии используют следующие вазодилаторы:

1. Антагонисты рецепторов эндотелина (бозентан)
2. Простагландины (вазапростан)
3. Нифедипин
4. Ингибитор фосфодиэстеразы 5 (Силденафил)
5. Все перечисленные

554. Положительный инотропный эффект сердечных гликозидов проявляется в:

1. Увеличении силы и скорости сокращения сердечной мышцы.
2. Увеличении сердечного выброса.
3. Уменьшении конечно-диастолического объема.
4. Уменьшении конечно-систолического объема.
5. Все перечисленное.

555. При применении сердечных гликозидов концентрация ионов кальция внутри миоцита:

1. Увеличивается.
2. Уменьшается.
3. Не меняется.

556. При применении сердечных гликозидов рефрактерный период АВ-соединения:

1. Увеличивается.
2. Уменьшается.
3. Не меняется.
4. Возможны все варианты

557. Замедление АВ-проводимости под влиянием сердечных гликозидов обусловлено:

1. Прямым действием на проводящую систему
2. Экстракардиальным влиянием через блуждающий нерв.
3. И тем, и другим.
4. Ни тем, ни другим.

558. Влияние гликозидов на волокна Пуркинье заключается в:

1. Укорочении потенциала действия.
2. Укорочении рефрактерного периода.
3. Повышении скорости диастолической деполаризации.
4. Правильно 1 и 2.
5. Все ответы правильные.

559. При лечении сердечными гликозидами продолжительность интервала QT на ЭКГ:

1. Уменьшается.
2. Увеличивается.
3. Не меняется.
4. Возможны все варианты.

560. Диуретический эффект сердечных гликозидов обусловлен:

1. Увеличением минутного объема и улучшением почечной циркуляции.
2. Непосредственной блокадой реабсорбции натрия в канальцах почек.
3. И тем, и другим.
4. Ни тем, ни другим.

561. Сердечные гликозиды уменьшают число сердечных сокращений вследствие:

1. Увеличения влияния блуждающего нерва.
2. Увеличения минутного объема сердца и рефлекторного снижения уровня катехоламинов.
3. Удлинения рефрактерного периода и замедления проводимости в АВ-соединении.
4. Всего перечисленного.

562. К аритмогенному действию сердечных гликозидов предрасполагает:

1. Гипокалиемия.
2. Гиперкальциемия.
3. Гипомагниемия.
4. Все перечисленное.

563. При дигитализации быстрым темпом эффект достигается:

1. В течение I суток.
2. На 3-и сутки.
3. На 5-ые сутки.

564. При дигитализации умеренно быстрым темпом эффект обычно достигается:

1. В течение I суток.
2. На 3-и сутки.
3. На 7 сутки.

565. При дигитализации медленным темпом эффект обычно достигается:

1. В течение I суток.
2. На 3-и сутки.
3. В более поздние сроки.

567. Период полувыведения дигоксина составляет:

1. Около 1 -1,5 суток после прекращения лечения.
2. Около 2 суток после прекращения лечения.
3. Около 7 суток после прекращения лечения.

Ответы по теме «Сердечная недостаточность, легочное сердце»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|
| 470-4 | 471-5 | 472-1 | 473-3 | 474-1 | 475-1 | 476-2 |
| 477-5 | 478-5 | 479-6 | 480-5 | 481-6 | 482-5 | 483-1 |
| 484-2 | 485-4 | 486-5 | 487-5 | 488-5 | 489-1 | 490-1 |
| 491-5 | 491-5 | 492-2 | 493-5 | 494-1 | 495-2 | 496-5 |
| 497-4 | 498-5 | 499-1 | 500-5 | 501-5 | 502-5 | 503-3 |
| 504-3 | 505-4 | 506-2 | 507-4 | 508-3 | 509-2 | 510-4 |
| 511-5 | 512-5 | 513-5 | 514--6 | 515-5 | 516-1 | 517-5 |
| 518-5 | 519-4 | 521-3 | 522-5 | 523-5 | 524 -1 | 525-1 |
| 526-3 | 527-1 | 528-4 | 529-2 | 530-1 | 531-2 | 532-2 |
| 533-4 | 534-5 | 535-5 | 536-3 | 537-4 | 538-2 | 539-2 |
| 540-4 | 541-4 | 542-4 | 543-4 | 544-1 | 545-2 | 546-3 |

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 547-5 | 548-2 | 549-3 | 550-3 | 551-3 | 552-5 | 553-5 |
| 554-5 | 555-1 | 556-1 | 557-3 | 558-5 | 559-1 | 560-3 |
| 561-4 | 562-4 | 563-1 | 564-2 | 565-3 | 566-2 | |

ПОРОКИ СЕРДЦА

567. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

568. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- а) Пролапс створок клапана.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Ревматоидный артрит.

569. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- а) Ревматизма.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Системной красной волчанки.
- г) Атеросклероза.

570. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв. см.
- б) 4-6 кв. см.
- в) 8-10 кв. см.
- г) Все ответы неправильные.

571. При митральном стенозе тон (щелчок) открытия митрального клапана на ФКГ появляется после II тона через:

- а) 0,08-0,11 сек.
- б) 0,2-0,3 сек.
- в) 0,4-0,5 сек.
- г) 0,6-0,8 сек.

572. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- а) Не изменяется.
- б) Усиливается.
- в) Исчезает.
- г) Ослабевает.

573. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Как правило, не отклоняется.

574. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и вправо.
- б) Вверх и влево.
- в) Влево.
- г) Правильного ответа нет.

575. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Убывающий характер.
- б) Нарастающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

576. Пресистолический шум при митральном стенозе имеет:
- Нарастающий характер.
 - Убывающий характер.
 - Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.
577. Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:
- Однонаправленное движение створок митрального клапана.
 - Отсутствие расширения полости левого желудочка.
 - Расширение левого предсердия.
 - Утолщение створок митрального клапана.
 - Все ответы правильные.
578. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:
- Ревматизм.
 - Склеродермия.
 - Ревматоидный полиартрит.
 - Септический эндокардит.
 - Все перечисленное.
579. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:
- Вверх и влево.
 - Влево.
 - Не увеличена.
 - Все ответы неправильные.
580. При недостаточности митрального клапана I-й тон:
- Усилен.
 - Не изменен.
 - Ослаблен.
581. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:
- Довольно часто.
 - Очень редко.
 - Всегда.
582. При рентгенологическом исследовании больных с недостаточностью митрального клапана контрастированный пищевод отклоняется по дуге:
- Малого радиуса.
 - Большого радиуса.
 - Не отклоняется.
583. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:
- Систолический шум на верхушке.
 - Ослабление 1-го тона.
 - Наличие 3-го тона сердца.
 - Все перечисленное.
 - Все ответы неправильные.
584. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:
- Более часто, чем у больных с митральным стенозом.
 - Менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
 - Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности.
585. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:
- Добавочного систолического тона.
 - Систолического шума.
 - Ослабления I-го тона.
586. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

- а) Недостаточность кровообращения.
- б) Инфекционный эндокардит.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Все ответы правильные.
- д) Все ответы неправильные.

587. Для синдрома пролабирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:

- а) Болей в грудной клетке.
- б) Экстрасистолии.
- в) Синусовой тахикардии.
- г) Синусовой брадикардии.

588. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Врожденная патология клапана.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

589. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

590. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Стенозе устья аорты.

591. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

- а) Усилен.
- б) Ослаблен.
- в) Не изменен.

592. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:

- а) Блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Гипертрофии левого желудочка.

593. Нехарактерным для фонокардиограммы больных со стенозом устья аорты является:

- а) Уменьшение амплитуды аортального компонента 2-го тона.
- б) Систолический шум ромбовидной формы.
- в) Увеличение амплитуды 1-го тона.

594. Самой частой причиной недостаточности аортального клапана является:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Атеросклероз.
- в) Ревматизм.
- г) Сифилис.
- д) Травма грудной клетки.

595. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является все перечисленное, кроме:

- а) Повышения систолического АД.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Увеличения пульсового АД.
- г) Повышения диастолического АД.

596. Шум Грэхема-Стилла чаще всего может выслушиваться при:

- а) Митральном стенозе с легочной гипертензией.
- б) Коарктации аорты.

- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

597. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- а) Отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой.
- б) Увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка.
- в) Значительное увеличение давления в левом предсердии.
- г) Значительное увеличение давления в легочной артерии.

598. Третий тон сердца не должен выслушиваться:

- а) У детей.
- б) При недостаточности митрального клапана.
- в) При недостаточности трикуспидального клапана.
- г) При митральном стенозе.

599. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- а) Периферические отеки.
- б) Увеличение печени.
- в) Одышка.
- г) Желудочковые нарушения ритма сердца.

600. Нарушением ритма сердца, наиболее часто встречающимся у больных с митральным стенозом, является:

- а) Предсердная пароксизмальная тахикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Левопредсердный ритм.

601. Рентгенологическая картина дефекта межпредсердной перегородки включает в себя все перечисленное, кроме:

- а) Расширения легочной артерии.
- б) Расширения корней легких.
- в) Увеличения правого предсердия.
- г) Расширения дуги аорты.

602. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Стенозе устья аорты.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

604. Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

- а) Стеноза устья аорты.
- б) Недостаточности клапана легочной артерии.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

605. При недостаточности аортального клапана на фонокардиограмме (второе межреберье справа) регистрируется:

- а) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум убывающей интенсивности.
- б) Увеличение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум возрастающей интенсивности.
- в) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и систолический шум убывающей интенсивности.

606. Для недостаточности аортального клапана не характерны:

- а) Усиленный, разлитой верхушечный толчок, смещенный вниз и влево.
- б) Расширение относительной сердечной тупости влево.
- в) Увеличение левого желудочка при рентгеноскопии, эхокардиографии.
- г) Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ.
- д) Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ.

607. Диастолический шум на верхушке сердца при недостаточности аортального клапана (шум Флинта) сочетается с:

- а) Усиленным 1-м тоном.
- б) Щелчком открытия митрального клапана.
- в) Значительно увеличенным левым предсердием.

- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

608. Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

- а) Пульсация яремных вен.
- б) Пульсация сонных артерий.
- в) Пульсация печени.
- г) Наличие систолического шума у основания мечевидного отростка.

609. С митральным стенозом связаны следующие клинические симптомы, кроме:

- а) Болей за грудиной.
- б) Осиплости голоса.
- в) Кашля.
- г) Кровохарканья.
- д) Повышения систолического артериального давления.

610. Уменьшение сердечного выброса может быть связано с:

- а) Микседемой.
- б) Митральным стенозом.
- в) Сердечной недостаточностью.
- г) Тахисистолической формой мерцательной аритмии.
- д) Всем перечисленным.

611. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме не могут быть:

- а) Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо.
- в) Широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка.
- г) Широкий зазубренный зубец Р и пароксизмальная мерцательная аритмия.

612. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

- а) Восстановление синусового ритма.
- б) Замедление частоты мерцания предсердий.
- в) Замедление частоты сокращений желудочков.
- г) Снижение активности симпатической нервной системы.
- д) Подавление активности блуждающего нерва.

613. Пульсация печени может быть вызвана:

- а) Стенозом устья аорты.
- б) Митральным стенозом.
- в) Недостаточностью аортального клапана.
- г) Недостаточностью трехстворчатого клапана.

614. К увеличению сердечного выброса могут привести:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Сдавливающий перикардит.
- в) Митральный стеноз.
- г) Недостаточность аортального клапана.

615. Быстрый подъем пульсовой волны, а затем быстрое падение ее наступает при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Стенозе устья аорты.
- г) Коарктации аорты.
- д) Недостаточности аортального клапана.

616. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз:

- а) Аортального клапана.
- б) Митрального клапана.
- в) 3-х створчатого клапана.
- г) Клапана легочной артерии.

617. Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

- а) "P - mitrale".
- б) Признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

618. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 3 кв. см.
- г) 2 кв. см.
- д) 1 кв. см и менее.

619. При "критическом" митральном стенозе градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- а) Около 1-2 мм. рт. ст.
- б) Около 10 мм. рт. ст.
- в) Около 20 мм. рт. ст.
- г) Более 30 мм. рт. ст.

620. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

- а) Спазм легочных артериол.
- б) Гипертрофия легочных артериол и артерий.
- в) Склероз легочных артериол и артерий.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

621. "Вторым барьером" при митральном стенозе называют:

- а) Венозную гипертензию.
- б) Артериальную легочную гипертензию.
- в) Сопутствующий стеноз аортального клапана.
- г) Сопутствующий стеноз 3-х створчатого клапана.
- д) Левое предсердие.

622. Возникновению отека легких при митральном стенозе способствует:

- а) Развитие мерцательной аритмии.
- б) Увеличение частоты сердечных сокращений.
- в) Увеличение притока крови.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

623. Кровохарканье у больных с митральным стенозом нередко исчезает после:

- а) Усиления венозного застоя в легких.
- б) Развития активной легочной гипертензии.
- в) Появления недостаточности правого желудочка.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

624. К аускультативным признакам митрального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- а) Усиления громкости первого тона.
- б) Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона).
- в) Щелчок открытия митрального клапана.
- г) Пресистолический шум.

625. Громкость щелчка открытия митрального клапана и диастолического шума при митральном стенозе уменьшается после:

- а) Развития активной легочной гипертензии.
- б) Улучшения состояния больных на фоне эффективной терапии.
- в) Развития недостаточности правого желудочка.

- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

626. Признаком выраженного митрального стеноза является:

- а) Увеличение громкости диастолического шума.
- б) Увеличение громкости пресистолического компонента диастолического шума.
- в) Увеличение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.
- г) Уменьшение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.
- д) Правильно 2 и 3.

627. Пальпируемый систолический толчок слева от нижней трети грудины у больных митральным стенозом обычно является:

- а) Верхушечным толчком.
- б) Толчком увеличенного ("гигантского") левого предсердия.
- в) Толчком правого желудочка.
- г) Признаком сопутствующей митральной недостаточности.
- д) Признаком сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана.

628. Митральный стеноз может быть обусловлен развитием фиброзно-дегенеративных изменений на уровне:

- а) Створок митрального клапана.
- б) Подклапанных структур.
- в) Правильные ответы 1 и 2.
- г) На уровне митрального кольца.
- д) Все ответы правильные.

629. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Увеличения второй дуги левого контура (ствол легочной артерии) .
- б) Увеличения третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия) .
- в) Увеличения четвертой дуги по левому контуру.
- г) Признаков венозного застоя в легких.
- д) Признаков активной легочной гипертензии.

630. При проведении эхокардиографии для больных митральным стенозом характерно все перечисленное, кроме:

- а) Однонаправленного движения передней и задней створок митрального клапана.
- б) Систолического движения вперед передней створки митрального клапана.
- в) Уменьшения амплитуды движения митральных створок.
- г) Утолщения или кальциноз створок.

631. При эхокардиографическом исследовании у больных с митральным стенозом могут быть выявлены все признаки, кроме:

- а) Высоочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки.
- б) Увеличения линейной скорости кровотока через митральный клапан (при доплерографии)
- в) Увеличения размеров левого предсердия.
- г) Дилатации правого желудочка.
- д) Признаков легочной гипертензии.

632. При митральной недостаточности нагрузка на левый желудочек во время систолы:

- а) Снижена.
- б) Такая же, как и без порока.
- в) Повышена.
- г) Могут быть все перечисленные варианты.

633. При митральной недостаточности уменьшение степени регургитации и улучшение состояния больных можно ожидать от назначения:

- а) Лозартана
- б) Гидралазина.
- в) Каптоприла.
- г) Коринфара.
- д) Всего перечисленного.

634. При эхокардиографии признаком выраженного нарушения функции левого желудочка является все перечисленное, кроме:
- а) Степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка, равной 24%.
 - б) Конечно-систолического размера, равного 5 см.
 - в) Конечно-диастолического размера, равного 5,5 см.
 - г) Конечно-систолического объема, равного 90 мл.
635. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:
- а) Во время систолы.
 - б) В начале диастолы.
 - в) В конце диастолы.
 - г) Может быть в любой части сердечного цикла.
636. При пролабировании митрального клапана наиболее специфично выслушивание:
- а) Пансистолического шума.
 - б) Раннего систолического шума.
 - в) Позднего систолического шума.
 - г) Среднедиастолического шума.
 - д) Пресистолического шума.
637. Выраженность пролабирования митрального клапана и его аускультативных признаков уменьшается:
- а) В положении стоя.
 - б) Во время натуживания при пробе Вальсальвы.
 - в) После приема нитроглицерина.
 - г) В положении лежа.
 - д) Правильно а и в.
638. У больных с пролабированием митрального клапана часто отмечаются:
- а) Боли в груди.
 - б) Сердцебиения или перебои в работе сердца.
 - в) Чувство нехватки воздуха.
 - г) Головокружение.
 - д) Все перечисленное.
639. У больных с пролабированием митрального клапана:
- а) На ЭКГ возможно наличие "неспецифических" изменений сегмента ST или зубца T.
 - б) Возможно наличие аритмий.
 - в) Нередко выявляется наличие дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (различные варианты синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
640. Пролапс митрального клапана часто отмечается у больных с:
- а) Синдромом Марфана.
 - б) Синдромом Элерса-Данлоса.
 - в) Ревматизмом.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильно 1 и 2.
641. К осложнениям пролабирования митрального клапана относится:
- а) Возникновение и прогрессирование митральной недостаточности.
 - б) Инфекционный эндокардит.
 - в) Нарушения ритма сердца.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Правильно 2 и 3.
642. При возникновении неприятных ощущений в области сердца или нарушений ритма у больных с пролабированием митрального клапана в первую очередь целесообразно оценить эффект:
- а) Дигоксина.
 - б) Бета-блокаторов.

- в) Каптоприла.
- г) Кордарона.
- д) Антагонистов кальция.

643. У больных старше 60 лет аортальный стеноз чаще всего является:

- а) Врожденным.
- б) Ревматическим.
- в) Дегенеративным ("склеротическим").
- г) Вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова.

644. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 2 кв. см.
- г) 1 кв. см.
- д) 0,5 кв. см.

645. При критическом аортальном стенозе градиент давления, как правило, превышает:

- а) 5 мм. рт. ст.
- б) 10 мм. рт. ст.
- в) 15 мм. рт. ст.
- г) 25 мм. рт. ст.
- д) 50 мм. рт. ст.

646. К числу основных клинических симптомов аортального стеноза относится:

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Сердечная недостаточность.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

647. У больных с аортальным стенозом после появления стенокардии напряжения, обмороков и сердечной недостаточности продолжительность жизни в большинстве случаев не превышает:

- а) 1 года.
- б) 2-3 лет.
- в) 5-10 лет.
- г) 10-15 лет.

648. К прогностически неблагоприятным признакам у больных с аортальным стенозом относится:

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Выраженная одышка при физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

649. При проведении физикального обследования для больных аортальным стенозом характерно:

- а) Усиление предсердной волны венного пульса (волны "а").
- б) Малый медленный пульс на сонных артериях.
- в) Увеличение продолжительности верхушечного толчка (вплоть до 2-го тона).
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

650. Систолический шум при аортальном стенозе:

- а) Является практически среднесистолическим.
- б) На фонокардиограмме имеет ромбовидную форму.
- в) Иррадиирует на сонные артерии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильны б и в.

651. Дующий пансистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.

- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно б и г.

652. Грубый среднесистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно а и в.

653. Признаком сохранения подвижности створок аортального клапана у больных аортальным стенозом является:

- а) Регистрация 4-го тона.
- б) Регистрация систолического тона изгнания.
- в) Парадоксальное расщепление 2-го тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно б и в.

654. При возникновении сердечной недостаточности у больных аортальным стенозом отмечается все перечисленное, кроме:

- а) Уменьшения громкости систолического шума.
- б) Уменьшения продолжительности систолического шума.
- в) Увеличения продолжительности систолического шума.
- г) Уменьшения амплитуды пульсации сонной артерии.
- д) Парадоксального расщепления 2-го тона.

655. При выраженном аортальном стенозе, сопровождающимся появлением клинических симптомов:

- а) Абсолютно показано хирургическое лечение.
- б) Возможна стабилизация состояния с помощью назначения диуретиков и вазодилататоров.
- в) Фармакологическое лечение почти всегда не эффективно и может привести к ухудшению состояния.
- г) Как правило, эффективно назначение сердечных гликозидов.
- д) Правильно а и в.

656. Причиной "чистой" аортальной недостаточности может быть все перечисленное, кроме:

- а) Сифилитического аортита.
- б) Ревматоидного артрита.
- в) Кальцификации аортальных створок.
- г) Идиопатического расширения аорты.
- д) Расширения аорты при артериальной гипертонии.

657. Наиболее вероятной причиной развития сочетанного аортального порока из перечисленного является:

- а) Сифилитический аортит.
- б) Ревматоидный артрит.
- в) Ревматизм.
- г) Инфекционный эндокардит.
- д) Синдром Марфана.

658. Самые большие размеры сердца ("бычье сердце") отмечаются у больных с:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Аортальной недостаточностью.
- в) Митральным стенозом.
- г) Митральной недостаточностью.
- д) Правильно а и в.

659. Для больных с изолированной аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- а) Гиперемии кожных покровов.
- б) Бледности кожных покровов.
- в) Теплой влажной кожи.
- г) Усиления пульсации сонных артерий.
- д) Правильно а и в

660. Для больных аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:
- Усиления пульсации сонных артерий.
 - Повышения систолического артериального давления.
 - Повышения диастолического артериального давления.
 - Снижения диастолического давления.
 - Выявления капиллярного пульса.
661. К основным причинам острой митральной недостаточности относится:
- Инфекционный эндокардит.
 - Ишемия миокарда.
 - Инфаркт миокарда.
 - Все перечисленное.
 - Правильно а и в
662. К основным причинам острой аортальной недостаточности относится:
- Инфекционный эндокардит.
 - Расслоение аорты.
 - Травмы грудной клетки.
 - Все перечисленное.
 - Правильно а и в.
663. У больных с митральным стенозом признаками сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана является все перечисленное, за исключением:
- Венозного застоя в большом круге.
 - Выраженной легочной гипертензии.
 - Отсутствия легочной гипертензии.
 - Отсутствия признаков гипертрофии правого желудочка.
 - Увеличения предсердной волны венного пульса.
664. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:
- Дефект межпредсердной перегородки.
 - Аномалия Эбштейна.
 - Стеноз легочной артерии.
 - Тетрада Фалло.
 - Комплекс Эйзенменгера.
665. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, за исключением:
- Фиксированного расщепления 2-го тона.
 - Ослабления пульмонального компонента 2-го тона.
 - Среднесистолического шума над легочной артерией.
 - Пальпируемого толчка правого желудочка.
 - Усиления пульмонального компонента 2-го тона.
666. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, кроме:
- Неполной блокады правой ножки пучка Гиса на ЭКГ.
 - Увеличения правых отделов сердца.
 - Гиперволемии малого круга.
 - Гиповолемии малого круга.
 - Расширения и усиления пульсации легочной артерии.
667. Сброс крови слева - направо при дефекте межпредсердной перегородки можно выявить с помощью:
- Допплерэхокардиографии.
 - Цветового доплеровского картирования.
 - Радионуклидной вентрикулографии.
 - Всего перечисленного.
 - Правильно б и в.
668. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно все перечисленное, кроме:
- Грубого систолического шума.
 - Выслушивания 3-го тона.
 - Пальпируемого систолического дрожания.

- г) Соответствия интенсивности шума величине дефекта.
- д) Повышенного риска инфекционного эндокардита.

669. Для открытого артериального протока характерно все перечисленное, кроме:

- а) Увеличения амплитуды пульсации сонных артерий.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Уменьшения пульсового давления.
- г) Непрерывного систоло-диастолического шума.
- д) Увеличения левого желудочка

670. Для стеноза легочной артерии характерно все перечисленное кроме

- а) Усиления предсердной волны венного пульса
- б) Грубого систолического шума
- в) Усиления пульмонального компонента 2-го тона
- г) Ослабления пульмонального компонента 2-го тона
- д) Расщепления 2-го тона

671. При аномалии Эбштейна отмечается:

- а) Увеличение правого предсердия.
- б) Увеличение правого желудочка.
- в) Уменьшение правого желудочка.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно а и в.

672. Частое возникновение пароксизмальных тахикардий характерно для больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Комплексом Эйзенменгера.

673. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта чаще всего выявляется у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Тетрадой Фалло.

674. На вдохе могут усиливаться:

- а) Только систолические шумы.
- б) Только диастолические шумы.
- в) Как систолические, так и диастолические шумы.
- г) Ни те, и ни другие.

675. На вдохе происходит:

- а) Увеличение ударного объема правого желудочка.
- б) Увеличение ударного объема левого желудочка.
- в) Увеличение ударного объема левого и правого желудочков.
- г) Уменьшение ударного объема правого желудочка и увеличение ударного объема левого желудочка.
- д) Увеличение ударного объема правого желудочка и уменьшение ударного объема левого желудочка.

676. Расщепление II тона на вдохе обусловлено:

- а) Увеличением венозного возврата к правому желудочку.
- б) Уменьшением венозного возврата к правому желудочку.
- в) Ротацией сердца.
- г) Увеличением венозного возврата к правому желудочку и снижением заполнения левого желудочка.

677. На вдохе может наблюдаться усиление:

- а) Диастолического шума пульмональной регургитации.
- б) Диастолического шума трикуспидального стеноза.

- в) Систолического шума пульмонального стеноза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

678. Аускультативные признаки пролапса митрального клапана на вдохе:

- а) Усиливаются.
- б) Ослабляются.
- в) Не изменяются.

679. Диастолический шум аортальной регургитации во время глубокого длительного выдоха:

- а) Усиливается.
- б) Ослабевает.
- в) Не изменяется.

680. При переходе из горизонтального положения в вертикальное становится более выраженной аускультативная симптоматика при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Митральном стенозе.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные ответы а и б.

681. Переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается усилением аускультативной симптоматики:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Стенозе аорты.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

682. При переходе из вертикального положения в положение «на корточках» усиливается звучность шума при:

- а) Субаортальном стенозе
- б) Пролапсе митрального клапана
- в) Оба ответа правильные
- г) Правильного ответа нет

683. Переход из вертикального положения в положение "на корточках" - прием, используемый при динамической аускультации сердца, сопровождается:

- а) Увеличением венозного возврата крови к сердцу.
- б) Увеличением системного сосудистого сопротивления.
- в) Как увеличением венозного возврата к сердцу, так и увеличением системного сосудистого сопротивления.
- г) Увеличением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.
- д) Уменьшением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.

684. Шум аортальной регургитации усиливается при:

- а) Изометрической нагрузке.
- б) Переходе в положение "на корточках".
- в) Наклоне вперед в положении сидя.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

685. После приема нитроглицерина усиливается звучность шумов при:

- а) Гипертрофической обструктивной кардиомиопатии.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

686. Задержка распространения пульсовой волны характерна для:

- а) Митрального стеноза.

- б) Клапанного стеноза аорты.
- в) Трикуспидального стеноза.
- г) Коарктации аорты.
- д) Всего перечисленного.

687. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Митральной недостаточности.

688. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Митрального стеноза.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Стеноза легочной артерии.

689. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митрального стеноза
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки
- в) Стеноза устья аорты
- г) Недостаточности клапана легочной артерии

690. Пульсовая волна, характеризующаяся быстрым начальным наполнением с последующим быстрым спадением в систолу, характерна для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Трикуспидальной недостаточности.

691. Причиной шума Грэхема-Стилла является:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Стеноз устья легочной артерии.
- в) Недостаточность аортального клапана.
- г) Относительная недостаточность клапана легочной артерии.

692. Рентгенологическими признаками артериальной легочной гипертензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме:

- а) Выбухания дуги легочной артерии.
- б) Симптома "ампутации" корней легких.
- в) Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов.

693. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается:

- а) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- в) Ослабление второго тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы а и б.
- д) Правильные ответы а и в.

694. При аускультации сердца у больных с дефектом межпредсердной перегородки выслушивается:

- а) Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- в) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы а и в.
- д) Правильные ответы б и в.

695. Наиболее распространенным врожденным пороком сердца из нижеперечисленных является:

- а) Дефект межпредсердной перегородки.
- б) Дефект межжелудочковой перегородки.
- в) Изолированный стеноз легочной артерии

Ответы на вопросы по теме «Пороки сердца»

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 567-Д | 568-Б | 569-А | 570-Б | 571-А | 572-В | 573-А |
| 574-А | 575-А | 576-А | 577-Д | 578-Д | 579-А | 580-В |
| 581-А | 582-Б | 583-Г | 584-Б | 585-В | 586-Г | 587-Г |
| 588-Г | 589-А | 590-Г | 591-Б | 592-А | 593-В | 594-В |
| 595-Г | 596-А | 597-Б | 598-Г | 599-В | 600-Б | 601-Г |
| 602-В | 604-В | 605-А | 606-Д | 607-Г | 608-Б | 609-Д |
| 610-Д | 611-А | 612-В | 613-Г | 614-Г | 615-Д | 616-Г |
| 617-Г | 618-Д | 619-В | 620-Г | 621-Б | 622-Г | 623-Г |
| 624-Г | 625-Г | 626-Г | 627-В | 628-В | 629-В | 630-Б |
| 631-А | 632-В | 633-Д | 634-В | 635-А | 636-В | 637-Г |
| 638-Д | 639-Г | 640-Д | 641-Г | 642-Б | 643-В | 644-Д |
| 645-Д | 646-Г | 647-Б | 648-Г | 649-Г | 650-Г | 651-Д |
| 652-Д | 653-Б | 654-В | 655-Д | 656-В | 657-В | 658-Б |
| 659-Б | 660-В | 661-Г | 662-Г | 663-Б | 664-А | 665-Б |
| 666-Г | 667-Г | 668-Г | 669-В | 670-В | 671-Д | 672-Г |
| 673-Г | 674-В | 675-Д | 676-Г | 677-Г | 678-А | 679-А |
| 680-Д | 681-Д | 682-Г | 683-В | 684-Г | 685-В | 686-Г |
| 687-В | 688-А | 689-Б | 690-Г | 691-Г | 692-В | 693-Г |
| 694-Г | 695-Б | | | | | |

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПОТЕНЗИИ

696. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

- а) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- в) Атеросклероза почечных артерий.
- г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- д) Изменения системы простагландинов.

697. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

- а) Минутный объем сердца.
- б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- в) Ренин-ангиотензиновая система.
- г) Уровень электролитов крови.

698. Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:

- а) Простагландин Е1.
- б) Простагландин Е2.
- в) Простагландин Е3.
- г) Простагландин Е4.
- д) Правильно в и г.

699. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:

- а) Норморениновую.
- б) Гиперрениновую.
- в) Гипорениновую.
- г) Все перечисленные.
- д) Только 2 и 3.

700. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

701. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:
- Ангиотензина II.
 - Триглицеридов.
 - Катехоламинов.
 - Холестерина.
702. Избыточное образование альдостерона сопровождается:
- Задержкой натрия и воды.
 - Повышением активности симпато-адреналовой системы.
 - Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
 - Уменьшением минутного объема сердца.
 - Всем перечисленным.
703. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- Гипертонической болезни.
 - Атеросклероза почечных артерий.
 - Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) .
704. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:
- Поражение артерий сетчатки.
 - Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
 - Нарушения ритма сердца.
 - Появление блокад сердца.
705. Простагландины синтезируются из:
- Полиненасыщенных жирных кислот.
 - Белков.
 - Углеводов.
 - Катехоламинов.
706. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:
- ИБС.
 - Инсульта.
 - И того, и другого.
 - Ни того, ни другого.
707. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:
- Замедление предсердно-желудочковой проводимости.
 - Блокада ветвей пучка Гиса.
 - Увеличение амплитуды зубца "U".
 - Гипертрофия левого желудочка.
 - Все перечисленное.
708. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:
- Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
 - Разрыва миокарда.
 - Тромбоэмболии.
 - Пневмонии.
709. Натрий-зависимая форма гипертонической болезни характеризуется:
- Значительным повышением общего периферического сосудистого сопротивления.
 - Увеличением объема циркулирующей крови.
 - Снижением ударного и минутного объемов сердца.
 - Всем перечисленным.
 - Ничем из перечисленного.
710. Для гипертонической болезни I стадии характерно:
- Транзиторное повышение АД.
 - Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.
 - Нарушение функции почек.
 - Геморрагии в сетчатке.

д) Все перечисленное.

711. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Симптоматических гипертензиях.
- в) Одинаково часто при эссенциальной и вторичных артериальных гипертензиях.

712. При лечении бета-адреноблокаторами происходит:

- а) Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Уменьшение объема циркулирующей крови.
- в) Уменьшение образования ренина.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

713. Тиазидовые диуретики при длительном приеме обладают следующими побочными действиями:

- а) Вызывают гиперурикемию.
- б) Вызывают гипергликемию.
- в) Повышают содержание липопротеидов низкой плотности.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

714. Больным артериальной гипертонией и стенокардией целесообразно назначить:

- а) Антагонисты кальция.
- б) Агонисты центральных α -2 адренорецепторов.
- в) Агонисты имидазолиновых рецепторов
- г) гидралазин
- д) Все перечисленное.

715. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются:

- а) Антагонисты кальция.
- б) Диуретики.
- в) Седативные средства.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

716. Для лечения больных артериальной гипертонией и выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка нецелесообразно применять:

- а) бета-блокаторы (небиволол)
- б) гидралазин (апрессин)
- в) гипотиазид
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Только 2 и 3.

717. Гипотензивный эффект празозина определяется:

- а) Селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов.
- б) Блокадой бета-адренорецепторов.
- в) Снижением сократительной функции миокарда.
- г) Влиянием на электролитный обмен.
- д) Правильного ответа нет.

718. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:

- а) Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.) .
- б) Тяжелое поражение глазного дна.
- в) Нарушение функции почек.
- г) Гипертоническая энцефалопатия.
- д) Все перечисленное.

719. При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять в первую очередь:

- а) Диуретики.

- б) Бета-адреноблокаторы.
- в) Ингибиторы АПФ.
- г) Сердечные гликозиды.
- д) Все перечисленные.

720. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают:

- а) Триампур.
- б) Тиазидные диуретики.
- в) Бета-блокаторы
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Ни один из перечисленных препаратов.

721. При коарктации аорты АД повышается:

- а) В артериях верхних конечностей.
- б) На нижних конечностях.
- в) В почечных артериях.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

722. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:

- а) Неспецифический аортоартериит.
- б) Фибромышечная дисплазия.
- в) Аневризмы почечных артерий.
- г) Атеросклероз почечных артерий.
- д) Тромбозы и эмболии почечных артерий.

723. При вазоренальных артериальных гипертониях АД повышается в результате:

- а) Повышения активности симпатoadреналовой системы.
- б) Увеличения объема циркулирующей крови.
- в) Повышения активности ренин-ангиотензин- альдостероновой системы.
- г) Увеличения минутного объема сердца.
- д) Всего перечисленного.

724. Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертоний является:

- а) Определение активности ренина в плазме крови.
- б) Экскреторная урография.
- в) Ультразвуковое исследование почечных артерий.
- г) Контрастная ангиография.
- д) Радионуклидная сцинтиграфия почек.

725. Оптимальным методом лечения вазоренальных гипертоний является:

- а) Терапия гипотензивными средствами.
- б) Нефрэктомия.
- в) Реконструктивные операции на почечных артериях.

726. При феохромоцитоме чаще встречается следующий вариант клинического течения артериальной гипертонии:

- а) Гипертонические кризы на фоне нормального АД.
- б) Стабильно высокое АД без гипертонических кризов.
- в) Гипертонические кризы на фоне повышенного АД.

727. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

- а) Гиперпродукцией кортикостероидов.
- б) Увеличением образования альдостерона.
- в) Увеличением образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукцией ренина.
- д) Всего перечисленного.

728. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- а) Гипергликемия.
- б) Гипогликемия.
- в) Лейкопения.

- г) Лимфоцитоз.
- д) Ничего из перечисленного.

729. Феохромоцитома является опухолью:

- а) Коркового слоя надпочечников.
- б) Паренхимы почек.
- в) Мозгового слоя надпочечников.

730. Наиболее часто феохромоцитома локализуется:

- а) В одном надпочечнике.
- б) В обоих надпочечниках.
- в) В надпочечнике и вне надпочечника.

731. Феохромоцитома проявляется:

- а) Повышением содержания адреналина и норадреналина в крови.
- б) Нормальным содержанием указанных гормонов.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

732. Альдостерома является опухолью:

- а) Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
- б) Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
- в) Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.

733. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно:

- а) Кризовое течение артериальной гипертонии.
- б) Стабильное повышение АД без кризов.
- в) Нормальное АД.

734. При первичном гиперальдостеронизме можно обнаружить:

- а) Гипокалиемию.
- б) Гипернатриемию.
- в) Гиперкальциемию.
- г) Гиперкалиемию
- д) Правильно а и б.

735. Гипокалиемия при первичном гиперальдостеронизме связана с:

- а) Увеличением фильтрации калия в почечных клубочках.
- б) Уменьшением реабсорбции калия в проксимальном отделе канальцев.
- в) Увеличением секреции калия в дистальном отделе канальцев.
- г) Все ответы правильные.

736. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:

- а) Мышечная слабость.
- б) Полиурия.
- в) Парестезии.
- г) Гипостенурия.
- д) Гипергликемия.

737. В биохимических анализах крови при синдроме Конна чаще всего обнаруживается:

- а) Повышение уровня катехоламинов.
- б) Снижение концентрации альдостерона.
- в) Повышение уровня ренина.
- г) Повышение концентрации альдостерона.
- д) Правильно 2 и 3.

738. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:

- а) У мужчин.
- б) У женщин.
- в) Одинаково часто у мужчин и женщин.

739. Причиной системной артериальной гипертензии при неспецифическом аортоартериите чаще всего является:

- а) Поражение почечных артерий.
- б) Воспалительные заболевания почек.
- в) Повышение образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукция кортикостероидов.
- д) Все перечисленное.

740. У больных с коарктацией аорты может наблюдаться как осложнение:

- а) Застойная сердечная недостаточность.
- б) Инсульт.
- в) Бактериальный эндокардит.
- г) Расслаивание аорты.
- д) Все перечисленное.

741. Для недостаточности клапанов аорты характерно:

- а) Снижение систолического АД.
- б) Повышение систолического АД.
- в) Уменьшение пульсового давления.
- г) Нормальное систолическое и диастолическое АД.

742. При атеросклерозе аорты чаще всего наблюдается:

- а) Повышение систолического АД.
- б) Повышение диастолического АД.
- в) Снижение диастолического АД.
- г) Снижение систолического АД.

743. Для лечения неспецифического аортоартериита в период обострения целесообразно использовать:

- а) Антибиотики.
- б) Сульфаниламиды.
- в) Глюкокортикоиды.
- г) Делагил.

744. При коарктации аорты систолический шум выслушивается:

- а) Во 2-4 межреберье у края грудины слева.
- б) В яремной ямке.
- в) Над шейными сосудами.
- г) В межлопаточном пространстве.
- д) Все ответы правильные.

745. Для артериальной гипертензии при тиреотоксикозе характерно:

- а) Повышение диастолического АД.
- б) Снижение диастолического АД.
- в) Повышение систолического АД.

746. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение:

- а) Фентоламина (реджигина) .
- б) Пентамина.
- в) Клофелина.
- г) Лазикса.

747. Комбинацией гипотензивных средств, применение которой нецелесообразно для лечения артериальных гипертензий, является:

- а) ИАПФ+БРА
- б) ИАПФ +тиазидный Д.
- в) ИАПФ + коринфар.
- г) ИАПФ + бета-блокатор.

748. Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:

- а) нитроглицерина

- б) дибазола
- в) сердечных гликозидов.
- г) обзидана.

749. Для лечения артериальной гипертензии у больных с нарушением азотовыделительной функции почек не рекомендуют использовать:

- а) Гипотиазид.
- б) Гидралазин
- в) Коринфар.
- г) Фуросемид.
- д) Все перечисленные лекарственные препараты.

750. У больных артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:

- а) ИАПФ/БРА+диуретик
- б) Бетаблокатор+коринфар
- в) Бетаблокатор +диуретик
- г) ИАПФ+ бета-блокатор.
- д) все перечисленное

751. Для лечения лабильной артериальной гипертензии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать:

- а) Блокаторы бета-адренорецепторов.
- б) Коринфар.
- в) Гидралазин (апрессин).
- г) Празозин.

752. При лечении артериальной гипертензии метопролол не рекомендуется давать с:

- а) Коринфаром.
- б) Гипотиазидом.
- в) верапамилом
- г) Празозином.
- д) Каптоприлом.

753. Гипотензивное действие клонидина связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Уменьшением содержания ренина в плазме крови.
- в) Стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС.
- г) Уменьшением объема циркулирующей плазмы.
- д) Все ответы правильные.

754. Критерием II стадии артериальной гипертензии является:

- а) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Сужение артерий сетчатки.
- в) Признаки нарушения функции почек.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

755. Признаками III стадии артериальной гипертензии являются:

- а) Возникновение сердечной недостаточности.
- б) Гипертоническая энцефалопатия.
- в) Нарушения мозгового кровообращения.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

756. Причиной симптоматических артериальных гипертензий чаще всего является:

- а) Первичный гиперальдостеронизм.
- б) Феохромоцитома.
- в) Заболевания почек.
- г) Поражение сердца и крупных артерий.

757. Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для:

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

758. Приступы резкой слабости, преходящие парезы, судороги, полиурия и никтурия указывают на возможность:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Коарктации аорты.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Реноваскулярной гипертензии.

759. Возникновение гипертонии после 50 лет, выслушивание шума в околопупочной области, сопутствующие заболевания периферических артерий, указывают на возможность:

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

760. Повышение преимущественно систолического АД (или изолированная систолическая гипертензия) характерно для:

- а) Атеросклероза аорты.
- б) Тиреотоксикоза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Выраженной брадикардии.
- д) Всего перечисленного.

761. Решающим в установлении диагноза реноваскулярной гипертонии является проведение:

- а) Экскреторной урографии.
- б) Радионуклидной ренографии.
- в) Определения активности ренина плазмы.
- г) Ангиография с внутриаартериальным введением контраста
- д) Спиральная КТ или МРТ сосудов почек с введением контраста

762. Гипокалиемия наиболее характерна для:

- а) Реноваскулярной гипертонии.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического пиелонефрита.

763. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Реноваскулярной гипертензии.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического гломерулонефрита.

764. Уменьшение и задержка пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с пульсацией лучевой артерии наблюдается при:

- а) Феохромоцитоме.
- б) Реноваскулярной гипертонии.
- в) Коарктации аорты.
- г) Атеросклерозе аорты.

765. Причиной артериальной гипертензии может быть прием:

- а) Пероральных контрацептивов.
- б) Кортикостероидов.
- в) Нестероидных противовоспалительных препаратов.
- г) Трициклических антидепрессантов.
- д) Всего перечисленного.

766. К нефармакологическим способам снижения АД относятся:

- а) Снижение или нормализация веса тела.
- б) Ограничение употребления соли.

- в) Физические тренировки с нагрузкой аэробного характера.
- г) Методы релаксации, аутогенная тренировка.
- д) Все перечисленное.

767. Оптимальные дозы гипотиазида при лечении артериальной гипертензии составляют:

- а) 12,5-25 мг/сут.
- б) 50-100 мг/сут.
- в) 100-150 мг/сут.
- г) 150-200 мг/сут.

768. При исходной брадикардии целесообразно назначение:

- а) Анаприлина (обзидана).
- б) Верапамила.
- в) Коринфара.
- г) Клофелина.
- д) Допегита.

769. Снижают сократимость миокарда и неблагоприятно влияют на состояние липидного обмена:

- а) Бета-блокаторы.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Моксонидин
- г) Каптоприл.
- д) Празозин (Доксазосин)

770. Неблагоприятное влияние на состояние липидного обмена оказывают:

- а) Диуретики.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Физиотенз.
- г) Каптоприл.
- д) Празозин (доксазосин)

771. При использовании стандартной манжетки у больных с ожирением регистрируется:

- а) Ложно завышенное АД.
- б) Ложно заниженное АД.
- в) Толщина рук не влияет на точность определения АД.

772. При лечении больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование:

- а) Допегита.
- б) Гидралазина
- в) Дигидропиридиновых антагонистов кальция.
- г) Бета-блокаторов.
- д) Моксонидина

773. При лечении артериальной гипертензии у беременных чаще всего назначают:

- а) Диуретики.
- б) метилдопа
- в) Ингибиторы АПФ
- г) Клофелин.
- д) рилменидин или моксонидин

774. Уменьшению степени гипертрофии левого желудочка у больных гипертензией способствует прием всех перечисленных препаратов, за исключением:

- а) Допегита.
- б) Апрессина.
- в) Метопролола.
- г) Верапамила.
- д) Блокаторов рецепторов ангиотензина.

775. У больных злокачественной артериальной гипертензией отмечается:

- а) Выраженное повышение АД.
- б) Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов) .

- в) Прогрессирующее поражение почек.
- г) Все перечисленное.

776. Злокачественная артериальная гипертония (ЗАГ) наиболее часто возникает у больных:

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Реноваскулярной гипертонией.
- в) Паренхиматозными заболеваниями почек.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Частота ЗАГ не зависит от этиологии гипертонии.

777. При лечении артериальной гипертонии у больных с нарушением функции почек обычно показано назначение:

- а) Гипотиозида.
- б) Верошпирона.
- в) Триампура.
- г) Фуросемида.
- д) Бриналидикса.

778. Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:

- а) Гипертонической энцефалопатии.
- б) Расслаивающей аневризме аорты.
- в) Нарушении мозгового кровообращения.
- г) Прогрессирующей почечной недостаточности
- д) Правильно В и Г.

779. Наиболее удобен для срочного контролируемого снижения артериального давления (АД)

- а) Эналаприлат
- б) Урапидил (эбрантил)
- в) Дибазол.
- г) Нитропруссид натрия.
- д) Сернокислая магнезия.

780. Наиболее удобен для перорального приема (внутри или сублингвально) при лечении гипертонических кризов:

- а) метопролол
- б) Анаприлин.
- в) Коринфар.
- г) допегит
- д) моксонидин

781. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- а) Эналаприлата
- б) Клофелина или бета-блокатора.
- в) Нитропруссид натрия и бета-блокатора
- г) Дроперидола.
- д) Фуросемида.

782. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) Метопролола
- б) Нитроглицерина (в/в)
- в) Верапамила.
- г) Дибазола.
- д) Дигоксина.

783. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с влиянием на активность симпатико-адреналовой системы, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Клофелина.
- б) Моксонидина.
- в) Празозина.
- г) Каптоприла.
- д) Фентоламина.

437. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с непосредственным взаимодействием с гладкомышечными клетками сосудов (вазодилаторы прямого действия), относятся все перечисленные, кроме:
- а) Празозина.
 - б) Апрессина.
 - в) Миноксидила.
 - г) Нитропруссид натрия.
785. Применение каптоприла сопровождается:
- а) Уменьшением концентрации ангиотензина II.
 - б) Уменьшением секреции альдостерона.
 - в) Увеличением выделения натрия с мочой.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
786. Для лечения артериальной гипертензии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:
- а) Допегит.
 - б) Коринфар.
 - в) Анаприлин.
 - г) Фуросемид.
787. Калийсберегающий эффект верошпирона проявляется через:
- а) 1-2 часа.
 - б) 1-3 дня.
 - в) 7-14 дней.
 - г) 15-21 день.
788. При лечении артериальной гипертензии апрессинном (гидралазином) нецелесообразно использовать его:
- а) Как монотерапию.
 - б) В сочетании с бета-адреноблокаторами.
 - в) В сочетании с симпатолитическими средствами.
789. Длительное лечение артериальной гипертензии празозином:
- а) Не вызывает изменений в содержании липидов крови.
 - б) Увеличивает содержание липопротеидов низкой плотности.
 - в) Уменьшает содержание липопротеидов высокой плотности.
790. К эндокринным артериальным гипертензиям относятся гипертензии при:
- а) Первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна) .
 - б) Феохромоцитоме.
 - в) Диабетическом гломерулосклерозе.
 - г) Правильно 1 и 2.
 - д) Все ответы правильные.
791. К приобретенным поражениям почечной артерии относятся:
- а) Атеросклероз почечных артерий.
 - б) Гипоплазия почечных артерий.
 - в) Неспецифический аортоартериит.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильно 1 и 3.
792. Наиболее часто параганглиома локализуется в:
- а) Почках.
 - б) Печени.
 - в) Мочевом пузыре.
 - г) Области брюшного отдела аорты.
793. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного с жаждой, полиурией, мышечной слабостью и удлинением интервала Q-T на ЭКГ, является:
- а) Гипертоническая болезнь.
 - б) Хронический пиелонефрит.

- в) Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) .
- г) Феохромоцитомы.

794. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больной 20 лет с шумом, выслушиваемым в области проекции правой почечной артерии, увеличенной СОЭ и лейкоцитозом, являются:

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Гломерулонефрит.
- в) Неспецифический аортоартериит.
- г) Гипоплазия почечной артерии.
- д) Аневризма почечной артерии.

795. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного 50 лет со стенокардией напряжения III функционального класса и шумом, выслушиваемым в области проекции левой почечной артерии, является:

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Неспецифический аортоартериит.
- в) Гипоплазия почечной артерии.
- г) Атеросклероз почечной артерии.

796. Для лечения больных с артериальной гипертензией и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей противопоказано применение:

- а) Коринфара.
- б) Верапамила.
- в) Анаприлина.
- г) Празозина.

797. Для лечения больных с артериальной гипертензией и стенокардией напряжения III-IV функционального класса нецелесообразно применять:

- а) Ингибиторы АПФ
- б) Коринфар.
- в) Празозин.
- г) Небиволол
- д) Правильно б и в.

798. Для синдрома Иценко-Кушинга характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) Артериальной гипертензии.
- б) Гипергликемии.
- в) Ожирения.
- г) Гипогликемии.
- д) Нейтрофильного лейкоцитоза.

499. Аденома, вызывающая синдром Иценко-Кушинга, является опухолью:

- а) Мозгового слоя надпочечников.
- б) Коракового слоя надпочечников.
- в) Паренхимы почек.

800. Гипотензивное действие дроперидола преимущественно связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Седативным действием.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

801. Гипотензивное действие каптоприла связано с:

- а) Уменьшением образования ренина.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Уменьшением образования ангиотензина II.
- г) Влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов.
- д) Правильно 3 и 4.

802. Избыточное потребление поваренной соли имеет существенное значение в патогенезе:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертензии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

803. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления характерно для больных:

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Вазоренальной гипертензией.
- в) С синдромом Конна.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ни при одном из перечисленных.

804. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления может иметь место при гипертонической болезни:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II и III стадии.
- г) Во всех стадиях.
- д) Только 2 и 3.

805. В основу классификации ВОЗ артериальной гипертензии положен принцип:

- а) Выраженности органических изменений.
- б) Изменений типов гемодинамики.
- в) Величины АД.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

806. При гипорениновой (объем-натрийзависимой) артериальной гипертензии величина общего периферического сосудистого сопротивления:

- а) Не изменена.
- б) Повышена.
- в) Понижена.
- г) Не изменена лишь в ранней стадии.

807. В механизме гипотензивного действия бета-блокаторов придают значение:

- а) "Антирениновому" эффекту.
- б) Снижению чувствительности барорецепторов.
- в) Изменению синтеза простагландинов в сосудистой стенке.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ничему из перечисленного.

808. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует уровень:

- а) Диастолического АД.
- б) Систолического АД.
- в) Как диастолического, так и систолического АД.
- г) Ни того, и ни другого.
- д) Закономерности нет.

809. У больных с коарктацией аорты на верхних конечностях повышено:

- а) Только систолическое АД.
- б) Только диастолическое АД.
- в) Как систолическое, так и диастолическое АД.
- г) Ни то, и ни другое.

810. Факторами риска развития гипертонической болезни являются:

- а) Избыточное потребление поваренной соли.
- б) Ожирение.
- в) Гиподинамия.
- г) Злоупотребление алкоголем.
- д) Все перечисленное.

811. Ортостатическая гипотония в наибольшей степени свойственна больным:
- а) Феохромоцитомой.
 - б) Первичным гиперальдостеронизмом.
 - в) Реноваскулярной гипертонией.
 - г) Гипертонической болезнью.
 - д) Всем перечисленным.
812. В основе развития артериальной гипертонии у больных с синдромом Конна лежит:
- а) Гипокалиемия.
 - б) Гиперренинемия.
 - в) Увеличение реабсорбции натрия.
 - г) Снижение реабсорбции натрия.
813. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:
- а) Ренин-субстрат.
 - б) Ренин.
 - в) Ангиотензиноген.
 - г) Брадикинин.
 - д) Вазопрессин.
814. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:
- а) Калликреин.
 - б) Брадикинин.
 - в) Ренин.
 - г) Ангиотензин II.
815. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:
- а) Вазопрессин.
 - б) Тромбоксан А2.
 - в) Простаглицлин.
 - г) Ни один из перечисленных.
816. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:
- а) Брадикинин.
 - б) Вазопрессин.
 - в) Ренин.
 - г) Ни один из перечисленных.
817. Вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладают:
- а) Эндотелин.
 - б) Тромбоксан А2.
 - в) Ангиотензин II.
 - г) Все перечисленные.
 - д) Ни один из перечисленных.
818. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладают:
- а) Эндотелин.
 - б) Тромбоксан А2.
 - в) Простагландин F.
 - г) Все перечисленные.
 - д) Ни один из перечисленных.
819. Гипотензивным эффектом сопровождается стимуляция:
- а) Центральных альфа-адренорецепторов.
 - б) Периферических альфа-адренорецепторов.
 - в) Центральных и периферических альфа-адренорецепторов.
 - г) Ни одного из перечисленных.
820. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:
- а) Изотопная ренография.
 - б) Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм.

- в) Компьютерная томография.с контрастированием
- г) Контрастная аортография и ангиография почек
- д) Все перечисленные.

821. При феохромоцитоме кризовое течение артериальной гипертонии:

- а) Имеет место практически у всех больных.
- б) Имеет место у 10-15% больных.
- в) Имеет место приблизительно у 50-75% больных.
- г) Встречается крайне редко.

822. Дексаметазоновый «супрессивный» тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

823. Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Ренопаренхиматозной гипертонии.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Синдрома Конна.
- д) Правильного ответа нет.

824. Причинами синдрома Кушинга могут быть:

- а) Аденома надпочечников.
- б) Карцинома надпочечников.
- в) Карцинома поджелудочной железы.
- г) Бронхиальная аденокарцинома.
- д) Все перечисленное.

825. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, сахарный диабет, остеопороз, аменорею, гирсутизм, характерен для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Ни одного из перечисленных.

826. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемию характерен, для:

- а) Реноваскулярной гипертонии.
- б) Ренопаренхиматозной гипертонии.
- в) Синдрома Конна.
- г) Синдрома Кушинга.

827. У больных с синдромом Конна выраженный отечный синдром:

- а) Встречается всегда.
- б) Встречается довольно часто.
- в) Встречается крайне редко.
- г) Не встречается.

828. Гипокалиемия характерна для больных с:

- а) "Объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни.
- б) Первичным гиперальдостеронизмом.
- в) Феохромоцитомой.
- г) Фибромышечной дисплазией почечных артерий.

829. Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерна:

- а) Относительная гиповолемия.
- б) Гиперволемия.
- в) Нормоволемия.

г) Правильного ответа нет.

830. Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерны:

- а) Гематурия.
- б) Цилиндрuria.
- в) Протеинурия.
- г) Все перечисленное.

831. В патогенезе артериальной гипертонии у больных с коарктацией аорты придают значение:

- а) Гемодинамическому фактору.
- б) Гипоперфузии почек.
- в) Обоим факторам.
- г) Ни одному из перечисленных.

832. В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с употреблением пероральных эстрогенсодержащих контрацептивных препаратов, основное значение придают:

- а) Ретенции натрия.
- б) Увеличению продукции вазопрессина.
- в) Повышению активности симпатoadреналовой системы.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

833. В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с приемом эстрогенсодержащих пероральных контрацептивных препаратов, придают важное значение:

- а) Увеличению синтеза ренин-субстрата.
- б) Снижению синтеза ренин-субстрата.
- в) Гипоальдостеронизму.
- г) Увеличению активности симпатoadреналовой системы.

834. Повышение содержания ванилилминдальной кислоты в моче, собранной за 24-часовой период, характерно для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Реноваскулярной гипертонии.

835. При увеличении потребления поваренной соли у больных гипертонической болезнью гипотензивный эффект мочегонных препаратов:

- а) Усиливается.
- б) Утрачивается или ослабевает.
- в) Не изменяется.

836. При систематическом приеме мочегонных препаратов общее периферическое сосудистое сопротивление у больных гипертонической болезнью:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.
- г) Закономерности не выявляется.

837. У больных артериальной гипертонией наименее серьезным изменением со стороны глазного дна является:

- а) Генерализованное сужение артерий.
- б) Отек соска зрительного нерва.
- в) Возникновение экссудатов.
- г) Возникновение геморрагий.

838. У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:

- а) Генерализованное сужение артерий.
- б) Отек соска зрительного нерва.
- в) Возникновение экссудатов.
- г) Возникновение геморрагий.

839. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:

- а) Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.
- б) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.
- в) Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.
- г) Диуретики.

840. У больных реноваскулярной артериальной гипертонией двустороннее поражение почечных артерий:

- а) Не встречается.
- б) Встречается крайне редко.
- в) Встречается довольно часто (до 25% случаев) .
- г) Закономерно.

841. Гипотензивный эффект антагонистов кальция связан:

- а) Со снижением постнагрузки на левый желудочек.
- б) Со снижением преднагрузки на левый желудочек.
- в) В равной степени со снижением пред- и постнагрузки на левый желудочек.
- г) Правильного ответа нет.

842. Каптоприл можно назначать больным гипертонической болезнью в:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой стадии.

843. У больных гипертонической болезнью I стадии наиболее эффективным препаратом является:

- а) Индапамид.
- б) Каптоприл.
- в) Атенолол.
- г) Коринфар.
- д) Все перечисленные препараты могут быть эффективны.

844. Антагонисты кальция, эффективны у больных с:

- а) Норморениновой артериальной гипертонией.
- б) Гиперрениновой артериальной гипертонией.
- в) Гипорениновой артериальной гипертонией.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

845. Бета-блокаторы являются наиболее эффективными гипотензивными средствами у больных:

- а) С норморениновой артериальной гипертонией.
- б) С гипорениновой артериальной гипертонией.
- в) С гиперрениновой артериальной гипертонией.

846. Больным гипертонической болезнью препарат каптоприл следует назначать:

- а) Только в виде монотерапии.
- б) Только в комбинации с другими группами препаратов.
- в) Правильного ответа нет.

847. Антагонисты кальция рекомендуют назначать больным гипертонической болезнью:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II-III стадии.
- г) Всех стадий.
- д) Правильного ответа нет.

848. Причиной функциональной ортостатической гипотонии является:

- а) Уменьшение венозного возврата крови к сердцу.
- б) Снижение венозного тонуса.
- в) Гиповолемия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

849. Ортостатическая гипотония, вызванная органическим поражением вегетативной нервной системы, возникает у больных:

- а) Амилоидозом.
- б) Сахарным диабетом.
- в) Опухолями центральной нервной системы.
- г) При всех перечисленных заболеваниях.

850. Функциональная ортостатическая гипотония:

- а) Возникает при быстром вставании.
- б) Возникает после длительного нахождения в положении стоя.
- в) Перед потерей сознания может отмечаться появление предобморочных реакций.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 2.

851. У больных нейроциркуляторной дистонией:

- а) Диагноз устанавливают методом исключения органической патологии.
- б) Прогноз вполне благоприятный.
- в) Основным нарушением является расстройство вегетативной регуляции.
- г) Все ответы правильные.

852. Лечение больных нейроциркуляторной дистонией возможно:

- а) Психотерапевтическими методами.
- б) Физическими тренировками.
- в) С использованием медикаментозных препаратов.
- г) Все ответы правильные.

853. При проведении ортостатической пробы у здоровых:

- а) Отмечается снижение систолического АД менее чем на 30 мм. рт. ст.
- б) Может быть снижение систолического АД более чем на 30 мм. рт. ст.
- в) Реакция АД индивидуальна.

Ответы по теме Артериальные гипертензии

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 696-В | 697-Г | 698-Д | 699-Г | 700-Д | 701-А | 702-А |
| 703-В | 704-А | 705-А | 706-В | 707-Г | 708-Б | 709-Б |
| 710-А | 711-Б | 712-В | 713-Г | 714-А | 715-А | 716-Б |
| 717-А | 718-Д | 719-А | 720-Г | 721-А | 722-Г | 723-В |
| 724-Г | 725-В | 726-В | 727-В | 728-А | 729-В | 730-А |
| 731-В | 732-В | 733-Б | 734-Д | 735-В | 736-Д | 737-Г |
| 738-Б | 739-А | 740-Д | 741-Б | 742-А | 743-В | 744-Д |
| 745-В | 746-А | 747-А | 748-А | 749-А | 750-Г | 751-А |
| 752-В | 753-В | 754-Г | 755-Д | 756-В | 757-Б | 758-В |
| 759-В | 760-Д | 761-Г | 762-В | 763-В | 764-В | 765-Д |
| 766-Д | 767-А | 768-В | 769-А | 770-А | 771-А | 772-В |
| 773-Б | 774-Б | 775-Г | 776-Б | 777-Г | 778-Д | 779-Г |
| 780-В | 781-В | 782-Б | 783-Г | 784-А | 785-Г | 786-В |
| 787-В | 788-А | 789-А | 790-Г | 791-Д | 782-Г | 793-В |
| 794-В | 795-Г | 796-В | 797-В | 798-Г | 799-Б | 800-Д |
| 801-Д | 801-А | 803-Г | 804-Г | 805-Д | 806-Б | 807-Г |
| 808-В | 809-В | 810-Д | 811-А | 812-В | 813-Д | 814-Г |
| 815-В | 816-А | 817-Г | 818-Д | 819-А | 820-Г | 821-В |
| 822-Д | 823-В | 824-Д | 825-В | 826-В | 827-В | 828-Б |
| 829-А | 830-Г | 831-В | 832-А | 833-А | 834-А | 835-Б |
| 836-Б | 837-А | 838-Б | 839-А | 840-В | 841-А | 842-Г |
| 843-Д | 844-Г | 845-В | 846-В | 847-Г | 848-Г | 849-Г |
| 850-Г | 851-Г | 852-Г | 853-А | | | |

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭНДОКАРДИТЫ

854. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Лихорадка.
- б) Артралгии.
- в) Петехии на коже и слизистых.
- г) Изменения формы ногтей.

855. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- а) Митрального клапана.
- б) Аортального клапана.
- в) Трехстворчатого клапана.
- г) Правильно а и в.

856. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Диффузный гломерулонефрит.
- б) Инфаркт почки.
- в) Очаговый нефрит.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

857. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:

- а) Боль в поясничной области.
- б) Гематурия.
- в) Артериальная гипертензия
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

858. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- а) У большинства больных.
- б) Редко.
- в) Не встречается.

859. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

- а) Наличие лихорадки, озноба.
- б) Наличие лейкоцитоза.
- в) Быстрое формирование порока сердца.
- г) Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
- д) Все перечисленное.

860. Для больного острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

- а) Бактериемии.
- б) Лейкоцитоза.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и в.

861. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:

- а) Инсульты.
- б) Поражение клапанов сердца.
- в) Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
- г) Почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

862. При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:

- а) К 2-й неделе от начала заболевания.
- б) К концу 1-го месяца от начала заболевания.
- в) К концу 3-4-го месяца заболевания.

г) К концу 1-го полугодия.

863. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при инфекционном эндокардите характерно наличие:

- а) Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
- б) Диастолического шума в точке Боткина.
- в) Диастолического шума на верхушке.

864. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Экстрасистолия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Нарушения АВ проводимости.
- г) Синусовая брадикардия или тахикардия.
- д) Все перечисленное.

865. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

- а) Перикардита.
- б) Миокардита.
- в) Того, и другого.
- г) Ни одного из них.

866. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно:

- а) Тромбоэмболии в различные органы.
- б) Артралгии.
- в) Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении.
- г) Развитие порока сердца.
- д) Положительного результата посева крови.

867. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:

- а) Умеренная лихорадка.
- б) Боль в груди.
- в) Одышка.
- г) Слабость.
- д) Все перечисленное.

868. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
- б) Артриты.
- в) Гепато и спленомегалия.
- г) Васкулиты.
- д) Все перечисленное.

869. Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекционном эндокардите может быть:

- а) Формирование порока митрального клапана.
- б) Формирование порока аортального клапана.
- в) Формирование порока трикуспидального клапана.
- г) Сопутствующий миокардит.
- д) Все перечисленное.

870. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:

- а) Разрывом хорды.
- б) Образованим аневризмы аорты.
- в) Разрывом межжелудочковой перегородки.
- г) Тромбоэмболии легочной артерии.
- д) Всем перечисленным.

871. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:

- а) Артерии почек.
- б) Коронарные артерии.
- в) Артерии селезенки.
- г) Артерии мозга.
- д) Во все перечисленные.

872. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:

- а) Увеличение СОЭ.
- б) Анемия.
- в) Тромбоцитопения.
- г) Лейкопения.
- д) Правильного ответа нет.

873. Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть:

- а) Вирусная природа эндокардита.
- б) Неправильная методика взятия крови.
- в) Использование недостаточного набора сред.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

874. Наибольшая вероятность получить положительный результат гемокультуры у больного с инфекционным эндокардитом наблюдается при заборе крови:

- а) 3-5 раз через 24-48 ч. после отмены антибиотиков.
- б) 8-10 раз через 12-24 ч. после отмены антибиотиков.
- в) В период повышения температуры (или перед очередным повышением) каждые 5-10мин (всего 5-6 анализов) после отмены антибиотиков.
- г) Правильно 1 и 3.

875. На прогноз у больных подострым инфекционным эндокардитом влияют:

- а) Чувствительность микрофлоры к проводимой антибактериальной терапии.
- б) Рецидивы заболевания.
- в) Наличие сердечной недостаточности.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

876. Тактика антибактериальной терапии при остром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению больших доз антибиотиков только после получения результатов бактериологического исследования.
- в) Возможны оба варианта.
- г) Правильного ответа нет.

877. Тактика антибактериальной терапии при подостром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению адекватных доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению адекватных доз антибиотиков после получения результатов бактериологического исследования в течение 1-2 недель.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

878. Назначение антикоагулянтов возможно при:

- а) Острым инфекционным эндокардите.
- б) Подострым инфекционным эндокардите.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

879. При инфекционном эндокардите рекомендуется:

- а) Внутривенное введение антибиотиков.
- б) Внутримышечное введение антибиотиков.
- в) Применение препаратов per os.
- г) Любой из перечисленных способов.

880. У больных с острым инфекционным эндокардитом применяется пенициллин в дозе:

- а) 1-2 млн в сутки.
- б) 5 млн в сутки.
- в) 20-40 млн в сутки.

881. Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

- а) Резистентная к терапии сердечная недостаточность.
- б) Повторные эмболии крупных сосудов.
- в) Наличие внутрисердечного абсцесса.
- г) Аневризма синуса Вальсальвы.
- д) Все перечисленное.

882. На прогноз больного с острым инфекционным эндокардитом влияет:

- а) Время начала эффективной антибактериальной терапии.
- б) Вид возбудителя.
- в) Наличие у больного предшествующего заболевания сердца.
- г) Все перечисленное.

883. Для лечения острого инфекционного эндокардита стафилококковой этиологии можно использовать:

- а) Антибиотики.
- б) Противостафилококковую плазму.
- в) Антистафилококковый гамма-глобулин.
- г) Все перечисленное.

884. Наиболее часто встречающимся в ранние сроки заболевания признаком подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Повторные периоды умеренного повышения температуры.
- б) Изменение характера шума у больных с пороком сердца.
- в) Заболевание ревматизмом в анамнезе.
- г) Правильного ответа нет.

885. Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Микотическая аневризма сосудов.
- в) Спленомегалия.
- г) Инфаркт почки.

886. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

- а) Порок сердца.
- б) Бактериемия.
- в) Эмболии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

887. Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении:

- а) Хирургического вмешательства в полости рта.
- б) Хирургического вмешательства в брюшной полости.
- в) Хирургического вмешательства в урогенитальной области.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

888. Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

- а) Незаращением овального отверстия.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральной недостаточностью.
- г) Аортальной недостаточностью.
- д) Открытым артериальным протоком.

889. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральным стенозом.
- г) Пролабированием митрального клапана без регургитации.
- д) Гипертрофической кардиомиопатией.

890. Причиной бактериемии чаще всего являются:

- а) Манипуляции в полости рта и глотки.
- б) Уро-генитальные вмешательства.
- в) Операции на желудочно-кишечном тракте.
- г) Катетеризация вен.

891. Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:

- а) Повышение температуры.
- б) Появление петехий.
- в) Появление узелков Ослера.
- г) Боли в области сердца.

892. К относительно специфическим периферическим проявлениям инфекционного эндокардита относятся:

- а) Узелки Ослера.
- б) Множественные кровоизлияния.
- в) Эритема.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

893. При осмотре глазного дна у больных инфекционным эндокардитом иногда выявляются:

- а) Узелки Ослера.
- б) Сужение артерий.
- в) Отек соска зрительного нерва.
- г) Петехии.
- д) Все перечисленное.

894. Осложнением инфекционного эндокардита, которое чаще наблюдается при подостром течении, чем при остром, является:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Абсцессы миокарда.
- в) Повреждение клапанов.
- г) Эмболии.
- д) Микотические аневризмы.

895. Причиной развития сердечной недостаточности у больных инфекционным эндокардитом чаще всего является:

- а) Аортальная недостаточность.
- б) Сопутствующий миокардит.
- в) Сопутствующий перикардит.
- г) Абсцесс миокарда.

896. Посев крови чаще всего бывает положительным, если причина инфекционного эндокардита:

- а) Стрептококки.
- б) Кишечная палочка.
- в) Грибы.
- г) Энтерококки.
- д) Анаэробные бактерии.

897. Самой частой причиной отрицательной гемокультуры при инфекционном эндокардите является:

- а) Небактериальный агент, как причина эндокардита (грибы).
- б) Предшествующее лечение антибиотиками.
- в) Низкий уровень бактериемии.
- г) Недостаточное количество проб крови для посева.

898. У больных подострым инфекционным эндокардитом при получении отрицательной гемокультуры:

- а) Нецелесообразно повторное исследование крови.
- б) Целесообразно повторное исследование крови.
- в) Перед повторным исследованием отменяют антибиотики на двое суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела.
- г) Повторное исследование проводят на фоне лечения антибиотиками.
- д) Правильно 2 и 3.

899. Наиболее информативным инструментальным методом исследования при инфекционном эндокардите является:

- а) Рентгенологическое исследование.
- б) Электрокардиография.
- в) Эхокардиография.
- г) Радионуклидная вентрикулография.
- д) Фонокардиография.

900. Самые большие вегетации отмечаются при инфекционном эндокардите, вызванном:

- а) Стрептококками.
- б) Энтерококками.
- в) Грибами.
- г) Анаэробными бактериями.

901. Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

- а) Тромбоцитов.
- б) Фибрина.
- в) Микроорганизмов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно б и в.

902. Если причиной инфекционного эндокардита являются стрептококки, то чаще всего назначают:

- а) Пенициллин.
- б) Амоксициллин или цефтриаксон в сочетании с гентамицином.
- в) Ампициллин.
- г) Ванкомицин.
- д) Правильно а и б.

903. Если причиной инфекционного эндокардита являются энтерококки, то чаще всего назначают:

- а) Ванкомицин в сочетании с гентамицином
- б) Тетрациклины.
- в) Амоксициллин в сочетании с гентамицином.
- г) Ампициллин в сочетании с гентамицином
- д) Правильно а и в.

904. Если причиной инфекционного эндокардита являются грамотрицательные бактерии, то следует назначить:

- а) Ампициллин с гентамицином
- б) Фторхинолоны.
- в) Макролиды
- г) Цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим)

905. При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение:

- а) Ампициллина
- б) Клоксациллина
- в) оксациллина + гентамицин
- г) Тетрациклина.
- д) Правильно б и в.

906. Если причиной эндокардита являются метициллину-стойчивые стафилококки, то следует назначить:

- а) Оксациллин.
- б) оксациллин с гентамицином
- в) ванкомицин с гентамицином
- г) Флуклоксациллин

907. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- а) Ампициллина.
- б) Тетрациклина.
- в) Амфотерицина В.
- г) Канамицина.
- д) Карбенициллина.

908. Стрептококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают после:

- а) Ранений.

- б) Хирургических операций.
- в) Манипуляций в ротовой полости.
- г) Фурункулеза.
- д) Уро-генитальных вмешательств.

909. Стафилококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

- а) После ранений.
- б) После хирургических операций.
- в) При фурункулезе.
- г) У наркоманов.
- д) При всем перечисленном.

910. Энтерококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

- а) После ранений.
- б) При фурункулезе.
- в) После уро-генитальных вмешательств.
- г) После манипуляций на желудочно-кишечном тракте.
- д) Правильно в и г.

911. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

- а) 2 недели или меньше.
- б) 4-6 недель.
- в) Более 6 недель.
- г) Правильного ответа нет.

912. Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях в полости рта и на верхних дыхательных путях целесообразно использовать:

- а) Пенициллин.
- б) Ампициллин с гентамицином.
- в) Эритромицин.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

913. При уро-генитальных вмешательствах и манипуляциях на желудочно-кишечном тракте для профилактики инфекционного эндокардита целесообразно назначение:

- а) Ампициллина с гентамицином.
- б) Амоксициллина.
- в) Ванкомицина с гентамицином.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно б и в.

914. Наиболее частой причиной возникновения инфекционного эндокардита у наркоманов являются:

- а) Стафилококки.
- б) Стрептококки.
- в) Энтерококки.
- г) Грибы.
- д) Синегнойная палочка.

915. Наиболее частой причиной смерти больных инфекционным эндокардитом является:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Эмболии в сосуды мозга.
- в) Разрывы микотических аневризм.
- г) Неконтролируемая инфекция.

916. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется:

- а) У наркоманов.
- б) После кардиохирургических операций.
- в) После лечения антибиотиками широкого спектра действия.
- г) На фоне лечения иммунодепрессантами.
- д) При всем перечисленном

Ответы по теме Инфекционные эндокардиты

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 854-А | 855-В | 856-Г | 857-Г | 858-А | 859-Д | 860-Г |
| 861-Д | 862-А | 863-Б | 864-Д | 865-В | 866-Д | 867-Д |
| 868-Д | 869-Д | 870-Д | 871-Д | 872-Г | 873-Г | 874-В |
| 875-Д | 876-А | 877-В | 878-Б | 879-А | 880-В | 881-Д |
| 882-Г | 883-Г | 884-А | 885-А | 886-Д | 887-Г | 888-А |
| 889-Б | 890-А | 891-А | 892-А | 893-Г | 894-Д | 895-А |
| 896-А | 897-Б | 898-Д | 899-В | 900-В | 901-Г | 902-Д |
| 903-Д | 904-Г | 905-Д | 906-В | 907-В | 908-В | 909-Д |
| 910-Д | 911-Б | 912-Д | 913-А | 914-А | 915-А | 916-Д |

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

917. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

918. К выскальзывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

919. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

920. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Желудочковая тахикардия.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Правильно б и г.

921. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:

- а) Укорочение интервала PR.
- б) "Дельта-волна".
- в) Уширение комплекса QRS.
- г) Дискордантное смещение сегмента ST.

922. Основным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ при заболеваниях сердца является:

- а) Выявление бессимптомных аритмий.
- б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

923. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахиаритмиями:

- а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
- б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

924. Желудочковая экстрасистолия:

- а) Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца.
- б) Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

925. Антиаритмические препараты могут вызвать аритмогенный эффект - учащение аритмии или появление нового вида нарушения ритма. В этом случае:

- а) Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата.
- б) Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта.
- в) Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

926. Средние эффективные суточные дозы анаприлина составляют:

- а) 10-20 мг.
- б) 30-40 мг.
- в) 50-60 мг.
- г) 80-200 мг.
- д) 400 мг и более.

927. Средние эффективные суточные дозы этацизина составляют:

- а) 50-100мг.
- б) 150-200мг.
- в) 250-300мг.
- г) 350-400мг.
- д) Более 400мг.

928. Средние эффективные суточные дозы аллапинина составляют:

- а) 25-50 мг.
- б) 75-150 мг.
- в) 200-250 мг.
- г) 300-350 мг.
- д) Более 350 мг.

929. Средние эффективные суточные дозы новокаинамида составляют:

- а) 500-750 мг.
- б) 1-1,5 г.
- в) 2-3 г.
- г) 4-6 г.
- д) Более 6 г.

930. Средние суточные дозы кордарона при длительном приеме (после периода насыщения) составляют:

- а) 200-400мг.

- б) 600-800мг.
- в) 1000-1200мг.
- г) Более 1200мг.

931. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:

- а) Полной нерегулярности сердечных сокращений.
- б) Волн "f".
- в) Зубцов Р, отличающихся по форме от «синусовых».
- г) Правильного ответа нет.

932. Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают все нижеперечисленные препараты, кроме:

- а) Финоптина.
- б) Дигоксина.
- в) Хинидина.
- г) Кордарона.
- д) Анаприлина.

933. При возникновении приступа мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано назначение:

- а) Новокаинамида.
- б) Финоптина.
- в) Кордарона.
- г) Ритмилена.

934. Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

- а) Дигоксин.
- б) Финоптин.
- в) Обзидан.
- г) Лидокаин.
- д) Мезатон.

935. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить:

- а) Финоптин.
- б) Лидокаин.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Обзидан.

936. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) Выраженная синусовая брадикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Предсердная экстрасистолия.
- г) Атриовентрикулярная блокада I степени.
- д) Все перечисленное.

937. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

938. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.

- в) Уширение комплексов QRS.
- г) Все перечисленное.

939. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Резкое удлинение интервала PR.
- в) Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

940. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I ("Мобитц-I") характерно:

- а) Постоянство интервала PR.
- б) Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

941. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно:

- а) Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
- б) Постоянство интервала PR.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Все перечисленное.

942. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с нормальными (не уширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла или пучка Гиса.
- б) На уровне ветвей пучка Гиса.
- в) На любом уровне.

943. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с широкими комплексами QRS дает основание предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.
- г) На любом уровне.

944. Если при полной атриовентрикулярной блокаде (АВ-блокаде 3-й степени) регистрируется выскальзывающий ритм с уширенными комплексами QRS с частотой сердечных сокращений равной 30 в 1 мин, наиболее вероятно, что локализация блокады:

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.

945. Признаком синоатриальной (СА) блокады II степени является:

- а) Эпизодическое выпадение комплексов QRS.
- б) Эпизодическое исчезновение зубцов Р.
- в) Отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

946. Причиной выскальзывающих импульсов являются:

- а) Повышение частоты сердечных сокращений.
- б) Возникновение пауз (эпизодов асистолии).
- в) И то, и другое.

г) Ни то, и ни другое.

947. Эктопическим ритмом называют:

- а) Любой ритм, кроме синусового.
- б) Ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Ритмы с частотой более 100 в мин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

948. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют:

- а) Выскальзывающие ритмы сердца.
- б) Эктопические ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин.
- г) Правильного ответа нет.

949. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при:

- а) Эктопическом образовании импульса в желудочках.
- б) Нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Синдроме предвозбуждения желудочков.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно в и г.

950. Причинами возникновения атриовентрикулярной диссоциации являются:

- а) Полная атриовентрикулярная блокада.
- б) Ускоренный ритм или тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- в) Ускоренный идиовентрикулярный ритм или желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.

951. Признаками парасистолии являются:

- а) Изменяющийся интервал сцепления преждевременных комплексов.
- б) Наличие "сливных" комплексов.
- в) Возможность вычисления общего делителя для всех межэктопических интервалов.
- г) Все перечисленное.

952. При урежении частоты основного ритма у больных с парасистолией можно ожидать:

- а) Увеличения частоты парасистолических комплексов.
- б) Уменьшения частоты парасистолических комплексов.
- в) Отсутствия изменений частоты парасистолических комплексов.
- г) Правильно а и в.

953. Клиническое значение, прогноз и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии:

- а) Примерно одинаковы.
- б) Парасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.
- в) Экстрасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.

954. Тахикардия с уширенными комплексами QRS:

- а) Всегда является желудочковой.
- б) Может быть наджелудочковой - при нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Может быть наджелудочковой - у больных с синдромом предвозбуждения желудочков.
- г) Правильно б и в.
- д) Правильного ответа нет.

955. При частом ритме с широкими комплексами QRS, признаками желудочковой тахикардии являются:

- а) Наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов").
- б) Наличие атриовентрикулярной диссоциации.

- в) Наличие ретроградных зубцов Р.
- г) Отсутствие зубцов Р.
- д) Правильно а и б.

956. При наджелудочковой тахикардии с "тахизависимым" нарушением внутрижелудочковой проводимости комплексы QRS чаще всего:

- а) Имеют форму блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Имеют форму блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Уширены более 0,14 сек.
- г) Уширены менее 0,14 сек.
- д) Правильно а и г.

957. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р наиболее вероятно, что у больного:

- а) Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов одинакова.

958. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсерд-ных комплексов в области сегмента ST или зубца Т наиболее вероятно, что у больного:

- а) Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов примерно одинакова.

959. Развитие атриовентрикулярной блокады II степени без прерывания пароксизма тахикардии наиболее характерно для:

- а) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- б) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердной тахикардии.
- г) Правильно а и б.

960. Прекращение приступа после применения вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж сонной артерии) наиболее вероятно при:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцательной аритмии.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии или наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.
- г) Желудочковой тахикардии.

961. Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцания предсердий.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии.

962. Признаки предвозбуждения желудочков на ЭКГ могут имитировать:

- а) Крупноочаговые рубцовые изменения.
- б) Блокады ветвей п. Гиса.
- в) И то, и другое.
- г) Ничего из перечисленного.

963. Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются:

- а) Субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца.

- б) Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией.
- в) Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного

964 Согласно наиболее распространенной классификации антиаритмических препаратов выделяют:

- а) 2 класса
- б) 3 класса
- в) 4 класса
- г) 5 классов
- д) 6 классов

965. Фактором риска возникновения желудочковой тахикардии типа "пируэт" на фоне приема хинидина, новокаинамида или дизопирамида является:

- а) Исходное удлинение интервала QT.
- б) Гипокалиемия.
- в) Брадикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

966. Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является:

- а) Нарушение функции щитовидной железы.
- б) Возникновение фиброза легких.
- в) Фотосенсибилизация.
- г) Периферические нейропатии.
- д) Паркинсонизм.

967. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Дизопирамида (ритмилена) .
- г) Этмозина.
- д) Этацизина.

968. Общее периферическое сопротивление повышают:

- а) Хинидин и новокаинамид.
- б) Анаприлин (обзидан) и дизопирамид (ритмилен) .
- в) Кордарон и верапамил (финоптин) .

969. Противопоказаниями к назначению бета-блокаторов являются:

- а) Выраженная брадикардия (ЧСС менее 50/мин) .
- б) Перемежающаяся хромота, синдром Рейно.
- в) Бронхиальная астма.
- г) Декомпенсированный сахарный диабет.
- д) Все перечисленное.

970. Назначение лидокаина показано при:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Желудочковой тахикардии.
- г) При всех перечисленных аритмиях.

971. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать:

- а) Купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- б) Купирование приступа мерцательной аритмии.

- в) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии.
- г) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- д) Правильно 1 и 3.

972. Средняя доза верапамила (финоптина) при в/в введении составляет:

- а) 10 мг.
- б) 20 мг.
- в) 30 мг.
- г) 40 мг.

973. Средняя доза новокаинамида для купирования мерцательной аритмии при в/в введении составляет:

- а) 0,25 г (2,5 мл 10% раствора).
- б) 1 г (10 мл 10% раствора).
- в) 2 г (20 мл 10% раствора).
- г) 3 г (30 мл 10% раствора).

974. Рекомендуемая скорость в/в введения 1 г (10 мл 10% раствора) новокаинамида составляет:

- а) 2 мин (500 мг/мин.) .
- б) 5-10 мин (100-200 мг/мин.) .
- в) 10-20 мин (50-100 мг/мин.) .

975. Самым частым осложнением при в/в введении новокаинамида (особенно при очень быстром введении) является:

- а) Резкая брадикардия.
- б) Гипотония.
- в) Тошнота.
- г) Головная боль.

976. Рекомендуемая скорость в/в введения обзидана:

- а) 1 мг/мин.
- б) 2 мг/мин.
- в) 3 мг/мин.
- г) 5 мг/мин.

977. При мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано в/в введение:

- а) Новокаинамида.
- б) Ритмилена(дизопирамида) .
- в) Верапамила (финоптина) .
- г) Этмозина.
- д) Кордарона.

978. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают:

- а) Хинидин и кордарон.
- б) Новокаинамид и ритмилен.
- в) Анаприлин (обзидан) .
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Правильно а и г.

979. Наиболее распространенной схемой назначения кордарона внутрь является:

- а) насыщение по 3-6 табл. в день в течение 7-10 дней.
- б) насыщение по 10 табл. в день в течение недели.
- в) насыщение по 6-8 табл. в день в течение 2-4 недель.

980. При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев:

- а) Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений
- б) Отмечается усиление эффективности с уменьшением выраженности побочных эффектов каждого препарата
- в) Правильного ответа нет
- г) Наблюдается снижение эффективности

981. Следствием интоксикации сердечными гликозидами могут быть:

- а) Предсердная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой II степени.
- б) "Непароксизмальная тахикардия из атриовентрикулярного соединения".
- в) Двухнаправленная желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

982. Вероятность возникновения аритмогенного эффекта при назначении антиаритмических препаратов более высока у больных с:

- а) Экстрасистолией.
- б) Наджелудочковыми аритмиями.
- в) Тяжелыми желудочковыми аритмиями.
- г) Выраженным поражением миокарда.
- д) Правильно в и г.

983. Для восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, как правило, необходим разряд мощностью более 200-300 Дж при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Трепетании предсердий.
- в) Наджелудочковых тахикардиях.
- г) Желудочковых тахикардиях.
- д) При всех перечисленных.

984. Применение электрической стимуляции сердца для купирования пароксизмальных тахиаритмий наиболее эффективно при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях.
- в) Пароксизмальных желудочковых тахикардиях.
- г) Всех перечисленных тахиаритмиях.
- д) Ни при одном из перечисленных.

985. С помощью электрической стимуляции невозможно купировать:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Пароксизмальную наджелудочковую тахикардию.
- г) Пароксизмальную желудочковую тахикардию.

986. Наилучшие результаты хирургического лечения тахиаритмий достигнуты у больных с:

- а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Желудочковыми тахикардиями.
- в) Мерцательной аритмией.
- г) Все ответы правильные.

987. При хирургическом лечении желудочковой тахикардии у больных с постинфарктным кардиосклерозом используют:

- а) Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца) .
- б) Циркулярную (окружающую) вентрикулотомию.
- в) Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования.

- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

988. Для лечения нарушений ритма используют:

- а) Деструкцию атриовентрикулярного соединения с последующей имплантацией кардиостимулятора.
- б) Деструкцию дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта)
- в) Деструкцию аритмогенного фокуса в предсердиях.
- г) Деструкцию аритмогенного фокуса в желудочках.
- д) Все перечисленное.

989. Частая и/или групповая предсердная или желудочковая экстрасистолия:

- а) Может указывать на наличие органического поражения сердечно-сосудистой системы.
- б) Может регистрироваться и у лиц без других признаков поражения сердца.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

990. Клиническое значение экстрасистолии и прогноз у лиц с этой аритмией:

- а) Прежде всего зависят от характера основного заболевания и степени поражения миокарда.
- б) Без признаков органического поражения сердца, как правило, не представляют опасности.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

991. Регистрация частой и/или групповой желудочковой экстрасистолии на ЭКГ:

- а) Является показанием для назначения антиаритмических препаратов.
- б) Экстрасистолия сама по себе не является показанием для проведения специального антиаритмического лечения.
- в) Правильного ответа нет.

992. В отношении лечения желудочковой экстрасистолии у больных ИБС:

- а) Доказано, что эффективное лечение антиаритмическими препаратами первой группы улучшает прогноз.
- б) Показано, что назначение бета-блокаторов способно улучшить прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда.
- в) В некоторых исследованиях наблюдалось увеличение летальности в группе "эффективно леченных" антиаритмиками первой группы больных по сравнению с контрольной группой больных (принимавших плацебо) .
- г) Правильно б и в

993. Ускоренные эктопические ритмы сердца могут наблюдаться при:

- а) Миокардите.
- б) Инфаркте миокарда.
- в) Интоксикации сердечными гликозидами.
- г) приеме симпатомиметиков.
- д) При всех перечисленных состояниях.

994. При тахикардии с узкими комплексами QRS источник ритма может находиться в любом из перечисленных отделов сердца, кроме:

- а) Предсердий.
- б) Атриовентрикулярного узла.
- в) Пучка Гиса.
- г) Ветвей пучка Гиса.

995. При наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) циркуляция импульса происходит:

- а) В пределах предсердий.

- б) В атриовентрикулярном узле.
- в) Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей, и пучок Кента.
- г) Правильно а и б.

996. Среди перечисленных пароксизмальных аритмий наиболее часто встречается:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- г) Желудочковые тахикардии.

997. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой, могут быть:

- а) Тиреотоксикоз.
- б) Анемия.
- в) Феохромоцитома.
- г) Миокардит.
- д) Все перечисленное.

998. Кроме синусовой тахикардии "синусовая" (нормальная) форма зубцов Р может наблюдаться при:

- а) Предсердной тахикардии из верхней части правого предсердия.
- б) Синоатриальной реципрокной тахикардии.
- в) Атриовентрикулярной тахикардии у больного с дополнительным путем АВ-проведения (при локализации предсердной части дополнительного пути в верхней части правого предсердия) .
- г) При всех перечисленных тахикардиях.

999. Атриовентрикулярная блокада II степени во время наджелудочковой тахикардии чаще всего возникает при:

- а) Предсердных тахикардиях.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Атриовентрикулярных тахикардиях с участием дополнительных путей проведения.
- г) Правильно 2 и 3.

1000. Полиморфная предсердная тахикардия:

- а) Чаще всего возникает у больных с тяжелыми заболеваниями легких.
- б) Возникает на фоне приема симпатомиметиков, эуфиллина.
- в) Считается прогностически неблагоприятным признаком.
- г) Все ответы правильные.

1001. Тромбозмболии при постоянной форме мерцательной аритмии наиболее часто возникают у больных:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Артериальной гипертонией.
- г) С идиопатической мерцательной аритмией.
- д) Правильно а и в.

1002. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при:

- а) Синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Тиреотоксикозе.
- в) Синдроме укороченного интервала PR.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и в.

1003. Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является:

- а) Введение сердечных гликозидов.
- б) Введение новокаинамида.

- в) Проведение электроимпульсной терапии.
- г) Все перечисленное.

1004. Минимальная мощность разряда для купирования мерцания предсердий с помощью электроимпульсной терапии, как правило, составляет:

- а) 100-150 дж
- б) 200-250 дж.
- в) 250-300дж.
- г) 300-350 дж.

1005. При электроимпульсной терапии трепетания предсердий:

- а) Как правило, достаточно разряда мощностью в 50-100
- б) Необходимо использование разряда мощностью 100-200
- в) Необходимо использование разряда мощностью более 200-300

1006. Для купирования приступа трепетания предсердий можно использовать:

- а) Электроимпульсную терапию.
- б) Частую стимуляцию предсердий.
- в) Антиаритмические препараты.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а и в.

1007. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) Соталол.
- б) Новокаинамид.
- в) Кордарон.
- г) Анаприлин (обзидан) .
- д) Верапамил.

1008. При восстановлении синусового ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии вероятность возникновения так называемых "нормализационных" тромбоэмболий повышена у больных с:

- а) Тромбоэмболиями в анамнезе.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Выраженной кардиомегалией.
- г) При всем перечисленном.
- д) Правильно а и б.

1009. Больным с повышенным риском возникновения тромбоэмболий при проведении электроимпульсной терапии по поводу постоянной формы мерцательной аритмии непрямыми антикоагулянтами назначают:

- а) В течение 3-х дней до и после восстановления ритма.
- б) В течение 2-3-х недель до и после восстановления синусового ритма.
- в) Не менее, чем в течение месяца до и после восстановления ритма.
- г) Только в течение 1-2-х недель до попытки восстановления синусового ритма.

1010. При возникновении атриовентрикулярной блокады 2-й степени из перечисленных пароксизмальных наджелудочковых тахикардий всегда прекращается:

- а) Предсердная тахикардия.
- б) АВ - узловая тахикардия.
- в) Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей АВ-проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

1011. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют:

- а) Новокаионамид.
- б) Лидокаин.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Дигоксин

1012. Для купирования и предотвращения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с приобретенным удлинением интервала QT кроме отмены препарата, являющегося причиной этого состояния, используют:

- а) Электрокардиостимуляцию с частотой 90-120 в мин.
- б) Инфузию изопроterenола (изадрина) .
- в) Введение сернокислой магнезии.
- г) Устранение гипокалиемии.
- д) Все перечисленное.

1013. Для лечения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с врожденным синдромом удлинения интервала QT применяют:

- а) Постоянный прием бета-блокаторов.
- б) Удаление левого звездчатого ганглия.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

1014. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка:

- а) Комплексы QRS во время желудочковой тахикардии, как правило, изменены по типу блокады левой ножки п. Гиса.
- б) Может быть увеличение размеров правого желудочка.
- в) На ЭКГ во время синусового ритма могут регистрироваться отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях и признаки блокады правой ножки п. Гиса.
- г) Может быть все перечисленное.
- д) Правильно а и б.

1015. "Идиопатическая" форма пароксизмальной желудочковой тахикардии:

- а) Как правило, не вызывает заметных нарушений гемодинамики.
- б) Больные с идиопатической желудочковой тахикардией почти всегда имеют благоприятный прогноз жизни.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

1016. При проведении реанимационных мероприятий у больных с рефрактерной фибрилляцией желудочков кроме повторных попыток дефибрилляции показано введение:

- а) Адреналина.
- б) Хлористого кальция.
- в) Глюкокортикостероидных гормонов.
- г) Всего перечисленного.

1017. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электро-механическая диссоциация.
- г) Правильно 1 и 2.

1018. Для оценки эффективности антиаритмической терапии у лиц, реанимированных после внезапной смерти, используют:

- а) Длительное мониторирование ЭКГ.
- б) Повторные пробы с физической нагрузкой.
- в) Повторное проведение электростимуляции желудочков.
- г) Все перечисленное.

д) Правильно а и б.

1019. Основными клиническими симптомами синдрома слабости синусового узла являются:

- а) Головокружения и обмороки.
- б) Стенокардия и сердцебиение.
- в) Одышка и слабость.
- г) Ничего из перечисленного.

1020 При наличии признаков синдрома слабости синусового узла на ЭКГ:

- а) Больные без клинических симптомов не нуждаются в специальном лечении и обследовании.
- б) Прогноз у больных без клинических симптомов вполне благоприятный.
- в) Прогноз у больных с обмороками и/или головокружениями прежде всего зависит от основного заболевания и степени поражения миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно а и б.

1021. Для урежения частоты сердечных сокращений во время пароксизмальной мерцательной аритмии у больных с синдромом слабости синусового узла наиболее целесообразно использовать:

- а) Верапамил (финоптин).
- б) Анаприлин (обзидан).
- в) Дигоксин.
- г) Кордарон.
- д) Правильно а и б.

1022. Блокады ветвей п. Гиса:

- а) Могут быть "идиопатическими" - у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний.
- б) Прогноз у больных с блокадами ветвей п. Гиса прежде всего зависит от характера основного заболевания.
- в) Прогноз у лиц с "идиопатическими" блокадами ветвей п. Гиса, как правило, вполне благоприятный.
- г) Все ответы правильные.

1023. У больных с ЭКГ - признаками хронической блокады 2-х ветвей п. Гиса:

- а) Резко повышен риск развития полной атриовентрикулярной блокады.
- б) Даже при отсутствии симптомов целесообразна "профилактическая" имплантация кардиостимулятора.
- в) "Профилактическая" имплантация кардиостимулятора нецелесообразна, т. к. ни в одном исследовании не выявлено увеличения продолжительности жизни после имплантации кардиостимулятора у больных с блокадой ветвей п. Гиса.
- г) Правильно 1 и 2.

1024. При постоянной атриовентрикулярной блокаде I степени:

- а) Показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады.
- б) Не требуется специального лечения.
- в) Назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и т. п.), абсолютно противопоказано.
- г) При наличии показаний возможно осторожное применение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле.
- д) Правильно б и г.

1025. Периодическое прогрессивное укорочение интервалов RR (или PP) на протяжении нескольких циклов с последующей паузой (внезапное удлинение интервала RR или PP) характерно для:

- а) Синоатриальной блокады II степени тип I.
- б) Синоатриальной блокады II степени тип II.
- в) Атриовентрикулярной блокады II степени тип I.
- г) Атриовентрикулярной блокады II степени тип II.
- д) Правильно 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

1026. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения под влиянием физической нагрузки или введения атропина возможно при:

- а) АВ-блокаде II степени тип I.
- б) АВ-блокаде II степени тип II.
- в) Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла.
- г) Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье.
- д) Правильно а и в.
- е) Правильно б и г

1027. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне АВ-узла:

- а) Как правило, является врожденной.
- б) Как правило, является приобретенной.
- в) Является абсолютным показанием для имплантации кардиостимулятора.
- г) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или резкой брадикардией.
- д) Правильно а и г.

1028. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне системы Гиса-Пуркинье:

- а) Как правило, является приобретенной.
- б) Является показанием для имплантации кардиостимулятора.
- в) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами (приступами Морганьи-Эдемса-Стокса) .
- г) Правильно а и б.

1029. Потенциалом действия называют:

- а) Быструю деполяризацию клеточной мембраны.
- б) Деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны.
- в) Вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала.
- г) Правильно б и в.
- д) Правильного ответа нет.

1030. Автоматизм клеток синусового узла обеспечивается:

- а) Спонтанной диастолической деполяризацией.
- б) Работой так называемой натрий-калиевой помпы.
- в) Преобладанием во время диастолы ионного тока внутрь клетки над током наружу.
- г) Правильно а и в
- д) Правильно б и в.

1031. Скорость проведения в миокарде:

- а) Зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия.
- б) Зависит от уровня потенциала покоя.
- в) Выше при проведении вдоль волокон миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только а и в.

1032. Регистрация поздних потенциалов желудочков является:

- а) Отражением участков замедленного проведения в миокарде.
- б) Признаком наличия аритмогенного фокуса в миокарде.
- в) Отражением участка полной блокады проведения в миокарде.
- г) Всем перечисленным.

1033. Скорость проведения в атриовентрикулярном узле в максимальной степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Этmozин.
- в) Ритмилен.

- г) Финоптин.
- д) Дифенин.

1034. Продолжительность потенциала действия в наибольшей степени увеличивает:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Этацизин.
- г) Кордарон.
- д) Верапамил.

1035. Ускорение реполяризации в миокарде желудочков может вызвать:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Лидокаин.
- г) Кордарон.
- д) Этацизин.

1036. Применение внутривенного введения сернокислой магнезии нередко эффективно при лечении:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий.
- в) Мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- д) При всех перечисленных аритмиях.

1057. Применение быстрого внутривенного введения АТФ эффективно при купировании:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальной АВ-узловой тахикардии.
- в) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительного пути проведения.
- г) Желудочковой тахикардии.
- д) Правильно 2 и 3.

1038. Причинами ускоренных эктопических ритмов сердца могут быть все перечисленные, за исключением:

- а) Миокардита.
- б) Острого инфаркта миокарда.
- в) Приема симпатомиметических препаратов.
- г) Приема бета-блокаторов.
- д) Интоксикации сердечными гликозидами.

1039. Причиной синусовой тахикардии может быть все перечисленное, кроме:

- а) Анемии.
- б) Нейроциркуляторной дистонии.
- в) Гипотиреоза.
- г) Сердечной недостаточности.

1040. Тромбоэмболия в сосуды мозга у больных с мерцательной аритмией:

- а) Чаще возникают при пароксизмальной форме, чем при постоянной.
- б) Чаще всего возникают в течение первого месяца после установления постоянной формы аритмии.
- в) Чаще всего возникают через несколько лет после установления постоянной формы аритмии.
- г) Не отмечено какой-либо разницы в частоте возникновения тромбоэмболий у больных с разной продолжительностью аритмии.
- д) Правильно 1 и 2.

1041. Препаратом, урежающим частоту сердечных сокращений при мерцательной аритмии как у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, так и без предвозбуждения желудочков, является:

- а) Новокаинамид.

- б) Ритмилен.
- в) Кордарон.
- г) Аллапинин.
- д) Лидокаин.

1042. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии:

- а) Может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.
- б) Может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям.
- в) Развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии".
- г) Правильно а и б.

1043. При аритмогенной дисплазии правого желудочка:

- а) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады правой ножки.
- б) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады левой ножки.
- в) Часть миокарда правого желудочка замещена жировой или фиброзной тканью.
- г) Правильно а и б.
- д) Правильно б и в.

1044. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка при инструментальном исследовании выявляется:

- а) Отсутствие признаков органического поражения миокарда.
- б) Увеличение размеров правого желудочка, участки гипокинезии или дискинезии.
- в) Снижение фракции выброса правого желудочка.
- г) Правильно а и в.
- д) Правильно б и в.

1045. Основным признаком повышенного риска внезапной смерти является:

- а) Регистрация желудочковых экстрасистол "высоких градаций".
- б) Выраженное нарушение функции левого желудочка (снижение фракции выброса менее 40-30%) .
- в) Наличие ишемической болезни сердца.
- г) Все перечисленные признаки имеют примерно одинаковую прогностическую ценность.

Ответы по теме Нарушения ритма сердца

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 917-А | 918-В | 919-В | 920-Б | 921-Б | 922-В | 923-Б |
| 924-В | 827-Г | 926-Г | 927-Б | 928-Б | 929-В | 930-А |
| 931-В | 932-В | 933-Б | 934-Б | 935-Б | 936-А | 937-Б |
| 938-А | 939-В | 940-Б | 941-Г | 942-А | 943-Г | 944-В |
| 945-Д | 946-Б | 947-А | 948-В | 949-Г | 950-Г | 951-Г |
| 952-А | 953-А | 954-Г | 955-Д | 956-Д | 957-А | 958-Б |
| 959-В | 960-В | 961-Б | 962-В | 963-Г | 964-В | 965-Г |
| 966-Б | 967-В | 968-Б | 969-Д | 970-В | 971-Д | 972-А |
| 973-Б | 974-В | 975-Б | 976-А | 977-В | 978-Д | 979-А |
| 980-Б | 981-Г | 982-Д | 983-А | 984-Б | 985-А | 986-А |
| 987-Г | 988-Д | 989-В | 990-В | 991-Б | 992-Г | 993-Д |
| 994-Г | 995-В | 996-А | 997-Д | 998-Г | 999-А | 1000-Г |
| 1001-Б | 1002-Г | 1003-В | 1004-Б | 1005-А | 1006-Г | 1007-В |
| 1008-Г | 1009-Б | 1010-В | 1011-Б | 1012-Д | 1013-В | 1014-Г |
| 1015-В | 1016-А | 1017-Б | 1018-Г | 1019-А | 1020-Г | 1021-В |
| 1022-Г | 1023-В | 1024-Д | 1025-Д | 1026-Д | 1027-Д | 1028-Г |
| 1029-Б | 1030-Г | 1031-Г | 1032-А | 1033-Г | 1034-Г | 1035-В |
| 1036-Г | 1037-Д | 1038-Г | 1039-В | 1040-Б | 1041-В | 1042-Г |

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|--|--|--|--|
| 1043-Д | 1044-Д | 1045-Б | | | | |
|--------|--------|--------|--|--|--|--|

10.3. Б.1.Б.1.3 Современные методы диагностики и лечения в кардиологии

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

Интерпретация электрокардиограмм

1. Фаза "0" потенциала действия клеток проводящей системы сердца и миокарда обусловлена:

- а) Выходом из клетки ионов калия.
- б) Входом в клетку ионов натрия.
- в) Входом в клетку ионов кальция.
- г) Выходом из клетки ионов кальция.

2. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

- а) 0.
- б) 1.
- в) 2.
- г) 3.
- д) 4.

3. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

- а) Быстрым входом ионов натрия внутрь клетки.
- б) Выходом ионов хлора из клетки.
- в) Входом ионов кальция внутрь клетки.
- г) Входом ионов калия.
- д) Правильного ответа нет.

4. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.
- д) 90-100 в мин.

5. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.

6. Рефрактерный период в клетках рабочего миокарда приходится на следующие фазы потенциала действия:

- а) Фазы 0,1,2.
- б) Фазы 0,1,2,3.
- в) Фазы 0,1,2,3,4.

7. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- а) В синоатриальной зоне.
- б) В межузловых предсердных трактах.
- в) В АВ - узле.
- г) В общем стволе пучка Гиса.

д) Правильные ответы 1 и 3.

8. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- а) От эндокарда к эпикарду.
- б) От эпикарда к эндокарду.
- в) Возможны оба варианта.

9. Направление реполяризации в желудочках в норме:

- а) От эпикарда к эндокарду.
- б) От эндокарда к эпикарду.
- в) Возможны оба варианта.

10. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться:

- а) При эктопическом предсердном ритме.
- б) При отклонении электрической оси предсердия влево.
- в) И в том, и в другом случае.
- г) Ни в том и ни в другом случае.

11. Амплитуда зубца Р во II отведении в норме составляет:

- а) Менее 2,0 мм.
- б) До 2,5 мм.
- в) До 3,5 мм.
- г) До 4,0 мм.

12. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- а) 0,02 сек.
- б) До 0,10 сек.
- в) До 0,12 сек.
- г) До 0,13 сек.

13. Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:

- а) 0,08-0,12 сек.
- б) 0,14-0,20 сек. в) 0,22-0,24 сек.
- г) 0,26-0,48 сек.

14. Соотношение амплитуд зубцов Р в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает:

- а) $RI > RII > RIII$.
- б) $RII > RI > RIII$.
- в) $RIII > RII > RI$.

15. Если в I отведении амплитуда R=S, а в aVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а) +90 градусов.
- б) 0 градусов.
- в) +30 градусов.
- г) -90 градусов.

16. Если в отведении aVF амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а) +90 градусов.
- б) 0 градусов.
- в) +30 градусов.
- г) -90 градусов.

17. Если в отведении aVL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда R=S, угол альфа равен:
- 0 градусов.
 - +90 градусов.
 - 30 градусов.
 - 60 градусов.
18. Если в отведениях aVL R=S, а во II отведении зубец R наибольший, угол альфа равен:
- +30 градусов.
 - +60 градусов.
 - +90 градусов.
 - 0 градусов.
19. Если в отведении aVR R=S, а амплитуда R в III отведении наибольшая, угол альфа равен:
- 0 градусов.
 - 30 градусов.
 - +60 градусов.
 - 90 градусов.
 - Правильного ответа нет.
20. Если в отведении aVR R=S, а в III отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:
- +90 градусов.
 - +120 градусов.
 - +60 градусов.
 - 0 градусов.
21. При горизонтальном положении электрической оси угол альфа равен:
- От 0 градусов до +39 градусов.
 - От +40 градусов до +69 градусов.
 - От +70 градусов до +90 градусов.
 - От 0 градусов до -30 градусов.
 - От +91 градусов до +120 градусов.
22. При вертикальном положении электрической оси угол альфа равен:
- От 0 градусов до +39 градусов.
 - От +40 градусов до +69 градусов.
 - От +70 градусов до +90 градусов.
 - От +91 градусов до +120 градусов.
 - Более +120 градусов.
23. Интервал PQ включает:
- Время проведения импульсов по предсердиям.
 - Время проведения импульса по AV-узлу.
 - Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса.
 - Время проведения импульса по волокнам Пуркинье.
 - Все ответы правильные.
24. Деполяризация желудочков начинается с:
- Правой части межжелудочковой перегородки.
 - Левой части межжелудочковой перегородки.
 - Базальной части левого желудочка.
 - Верхушки сердца.
25. Деполяризация желудочков заканчивается:

- а) В правой части межжелудочковой перегородки.
- б) В верхушке сердца.
- в) В базальной части левого желудочка.
- г) В базальной части правого желудочка.

26. Сегмент ST электрокардиограммы отражает:

- а) Проведение импульса от правого предсердия к желудочкам.
- б) Проведение импульса по межжелудочковой перегородке.
- в) Реполяризацию желудочков.
- г) Правильный ответ 1 и 2.
- д) Ничего из перечисленного.

27. Зубец T электрокардиограммы отражает:

- а) Проведение импульса по межжелудочковой перегородке.
- б) Проведение импульса по волокнам Пуркинье.
- в) Реполяризацию желудочков.
- г) Все ответы правильные.

28. Конечной частью желудочкового комплекса называется:

- а) Интервал QT.
- б) Комплекс QRS.
- в) Сегмент ST и зубец T.
- г) Зубец T.

29. AV соединение:

- а) Осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам.
- б) Является центром автоматизма II порядка.
- в) Является центром автоматизма III порядка.
- г) Правильные ответы 1 и 2.
- д) Правильного ответа нет.

30. Для зубца Q в норме не характерна:

- а) Амплитуда, равная 1/3 амплитуды зубца R в III стандартном отведении.
- б) Ширина 0,03 сек. в отведении aVL.
- в) Амплитуда, равная 15% от зубца R в отведении V2.

31. Интервал QT включает:

- а) Комплекс QRS.
- б) Сегмент ST.
- в) Зубец T.
- г) Правильные ответы 1 и 2.
- д) Правильные ответы 1,2,3.

32. Отрицательная фаза зубца R в отведении V1 обусловлена:

- а) Возбуждением правого предсердия.
- б) Возбуждением левого предсердия.
- в) Проведением импульса по пучку Бахмана.

271. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно:

- а) Потенциалы левого желудочка.
- б) Потенциалы правого желудочка.
- в) Потенциалы базальной части левого желудочка.
- г) Правильного ответа нет.

34. Ширина комплекса QRS в отведениях V1-V6 в норме не превышает:
- 0,09 сек.
 - 0,10 сек.
 - 0,12 сек.
 - 0,16 сек.
35. Ширина комплекса QRS в отведениях от конечностей в норме не должна превышать:
- 0,08 сек.
 - 0,09 сек.
 - 0,10 сек.
 - 0,11 сек.
36. Для гипертрофии правого предсердия не характерно:
- Амплитуда зубца Р во II отведении, равная 2,5 мм.
 - Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
 - Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).
 - Все перечисленные признаки.
37. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:
- Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
 - Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).
 - Ширина зубца Р в I и aVL отведениях, равная 0,12 сек.
 - Все перечисленные признаки.
38. Отличить гипертрофию левого предсердия от внутрипредсердной блокады позволяет:
- Продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL $> 0,10$ сек.
 - Наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, aVL, V5-6.
 - Сглаженный зубец Р в отведениях III, aVF.
 - Все перечисленные признаки.
 - Ни один из вышеперечисленных признаков.
39. Уширенный, двугорбый Р в отведениях I и aVL встречается:
- При митральном пороке сердца.
 - При пролапсе митрального клапана с регургитацией.
 - При дилатационной кардиопатии.
 - При ИБС с сердечной недостаточностью.
 - Во всех вышеперечисленных случаях.
40. Высокий остроконечный зубец Р в отведениях III, aVF отмечается:
- При тромбоэмболии легочной артерии.
 - При миксоте правого предсердия.
 - При хронических неспецифических заболеваниях легких.
 - Во всех перечисленных случаях.
 - Ни при одном из перечисленных случаев.
41. При комбинированной гипертрофии левого и правого предсердий обычно не встречается:
- Уширенный, двугорбый Р в I и aVL отведениях.
 - Увеличение отрицательной и положительной фазы зубца Р в отведениях V1-V2.
 - Индекс Макруза меньше или равен 1,6 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ)
 - Амплитуда зубца Р в отведениях III, aVF, равная 2,5 мм.
 - Ничего из перечисленного.
42. Для ЭКГ при гипертрофии правого предсердия не характерно:

- а) Отрицательный зубец Р в aVL.
- б) Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1.
- в) Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
- г) Увеличение амплитуды зубца Р более 2,5 мм во II, III и aVF отведениях.
- д) Сглаженный зубец Р в I отведении.

43. ЭКГ признаком, мало характерным для гипертрофии левого желудочка, является:

- а) Амплитуда зубца R в отведении V5, равная 25 мм.
- б) Уширение QRS до 0,10 сек.
- в) Смещение сегмента ST вниз в отведении V5-V6.
- г) Значение угла альфа, равное (-) 35 градусам.
- д) Наличие зубца Q в отведении V1-V2.

44. ЭКГ признаком, не характерным для гипертрофии правого желудочка, является:

- а) Форма QRS в V1 в виде R или qR.
- б) Уширение QRS > 0,12 сек.
- в) Значение угла альфа, равное (+) 100 градусам.
- г) Амплитуда зубца R в V1 больше или равна 11 мм.
- д) Соотношение амплитуды зубцов R/S в V1 более 1.

45. "S"-тип конфигурации QRS при гипертрофии правого желудочка наблюдается при:

- а) Хронических неспецифических воспалительных заболеваний легких.
- б) Тромбоэмболии легочной артерии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Все ответы правильные.

46. Наличие гипертрофии правого желудочка при несомненных признаках гипертрофии левого желудочка можно выявить, если на ЭКГ имеется:

- а) Угол альфа, равный (+) 100 градусов и более.
- б) Высокий R в отведениях V1-V2.
- в) Признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1.
- г) Глубокие зубцы S в отведениях V5-V6.
- д) Все перечисленные.

47. При синусовой брадикардии возможно:

- а) Удлинение интервала PQ.
- б) Увеличение амплитуды зубца T.
- в) Расширение зубца P.
- г) Удлинение интервала QT.
- д) Все ответы правильные.

48. При синусовой тахикардии возможно:

- а) Укорочение интервала PQ.
- б) Увеличение значения угла альфа.
- в) Укорочение интервала QT.
- г) Изменение формы сегментов PQ и ST - "Якоробразная" форма PQRST.
- д) Все перечисленное.

49. Синусовая тахикардия не сопровождается:

- а) Уменьшением интервала PP и RR.
- б) Укорочением интервала PQ.
- в) Удлинением интервала QT.
- г) Альтернативой амплитуды зубца R.

50. Синусовая аритмия:
- а) Нередко наблюдается у молодых людей.
 - б) Может быть проявлением нарушения функции синусового узла.
 - в) В большинстве случаев связана с актом дыхания.
 - г) Может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости.
 - д) Все ответы правильные.
51. Наиболее достоверным признаком выскальзывающего импульса является:
- а) Уширение комплекса QRS.
 - б) Удлинение интервала PQ.
 - в) Продолжительность интервала от нормального импульса до эктопического превышает нормальное расстояние RR.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
52. Наиболее частым признаком эктопического ритма из нижней части правого предсердия является:
- а) Наличие инвертированного зубца Р перед комплексом QRS.
 - б) Уширение зубца Р.
 - в) Увеличение амплитуды зубца Р.
 - г) Увеличение интервала PP.
 - д) Все ответы правильные.
53. Для эктопического ритма из левого предсердия характерно:
- а) Наличие зубца Р за комплексом QRS.
 - б) Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS.
 - в) Наличие зубца Р, имеющего форму "Щит и меч" в нескольких отведениях.
 - г) Правильного ответа нет.
54. При миграции водителя ритма по предсердиям на ЭКГ отмечаются:
- а) Изменения расстояния PP.
 - б) Изменения амплитуды и полярности Р.
 - в) Отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS.
 - г) Все ответы правильные.
 - д) Правильного ответа нет.
55. При АВ-диссоциации у больных с желудочковой тахикардией:
- а) Интервал RR меньше, чем интервал PP.
 - б) Можно обнаружить сливные комплексы QRS.
 - в) Периодически могут появляться синусовые комплексы.
 - г) Наблюдается все перечисленное.
 - д) Правильного ответа нет.
56. Для предсердной экстрасистолии характерно:
- а) Наличие уширения комплекса QRS.
 - б) Наличие неполной компенсаторной паузы.
 - в) Наличие полной компенсаторной паузы.
 - г) Увеличение интервала PP.
57. Для экстрасистол из АВ-соединения характерно:
- а) Наличие неполной компенсаторной паузы.
 - б) Обычно не уширенный комплекс QRS.
 - в) Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS.

- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

58. При экстрасистолии из левого желудочка:

- а) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса.
- б) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.
- в) Правильного ответа нет.

59. При экстрасистолии из правого желудочка:

- а) Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса.
- б) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.
- в) Правильного ответа нет.

60. Признаком парасистолии является:

- а) Обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом.
- б) Периодическое появление сливных комплексов QRS.
- в) Наличие кратных отношений интерэктопических интервалов.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

61. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с:

- а) Трепетанием желудочков.
- б) Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW.
- в) Узловой пароксизмальной тахикардией.
- г) Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени.

62. В дифференциальной диагностике трепетания предсердий и предсердной тахикардии с АВ-блокадой II степени наиболее важным признаком является:

- а) Изменение конфигурации предсердных комплексов.
- б) Высокая частота предсердных комплексов.
- в) Высокая частота желудочковых комплексов.
- г) Наличие вторичных изменений конечной части желудочкового комплекса.

63. Волны F при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в:

- а) II, III и aVF отведениях.
- б) V1-2 отведениях.
- в) V4-6 отведениях.
- г) I, aVL отведениях.

64. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в минуту и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие:

- а) Пароксизма желудочковой тахикардии.
- б) Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с абберацией внутрижелудочковой проводимости.
- в) Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

65. Для узловой пароксизмальной тахикардии характерно:

- а) Наличие отрицательного зубца P во II, III, aVF отведениях перед комплексом QRS.

- б) Резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии.
в) Обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений.
г) Все перечисленное.
66. Отрицательный зубец Р при узловой пароксизмальной тахикардии чаще расположен:
а) За комплексом QRS.
б) Перед комплексом QRS.
в) Совпадает с комплексом QRS.
67. Отрицательный зубец Р при пароксизмальной тахикардии у больного с синдромом WPW обычно расположен:
а) За комплексом QRS.
б) Перед комплексом QRS
в) Совпадает с комплексом QRS.
68. У больного в отведениях I, aVL, V5-6 отмечается укорочение PQ, имеется дельта-волна и уширенный комплекс QRS с высоким зубцом R. Зубец QS в III и aVL отведениях у этого больного отражает:
а) Наличие феномена WPW и очаговых изменений нижней локализации.
б) Наличие одного из вариантов феномена WPW.
в) Наличие очаговых изменений нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости.
г) Наличие феномена WPW и замедление внутрижелудочковой проводимости.
69. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является:
а) Уширение комплекса QRS > 014".
б) Наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом QRS.
в) Появление проводных синусовых импульсов (захватов) .
г) Появление сливных комплексов QRS.
д) Все перечисленное.
70. При АВ-диссоциации наблюдается:
а) Одновременное существование 2-х водителей ритма в предсердии и желудочке.
б) Ретроградная блокада проведения возбуждения из желудочков в предсердия.
в) И то, и другое.
г) Ни то, и ни другое.
71. При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:
а) Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса.
б) Не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса.
в) И то, и другое.
г) Ни то, и ни другое.
72. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается:
а) Выпадение комплексов PQRST.
б) Укорочение интервала PP перед выпадением импульсов.
в) Выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRST.
г) Все перечисленное.
73. При синоатриальной блокаде 3:2:
а) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 блокируются в синоатриальной зоне.
б) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 проводятся на предсердие.

в) 3 импульса возникают в синусовом узле, 3 проводятся на желудочек (проведенные синусовые и выскальзывающие импульсы) .

74. Синоаурикулярная блокада 2:1 на ЭКГ выглядит как:

- а) Синусовая брадикардия.
- б) Синусовая аритмия.
- в) Экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии.
- г) Возможен каждый из перечисленных вариантов.

75. Для АВ-блокады I степени не характерно:

- а) Продолжительность PQ > 0,20" при ЧСС 60-80 в I мин.
- б) Укорочение PQ при увеличении частоты сердечных сокращений.
- в) И то, и другое.
- г) Правильного ответа нет.

76. Островозникшая АВ-блокада I степени чаще всего локализуется в:

- а) АВ-узле.
- б) Стволе пучка Гиса.
- в) Ножах пучка Гиса.
- г) Правильного ответа нет.

77. При АВ-блокаде II степени по типу Мобитц II наблюдается:

- а) Постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса.
- б) Постепенное укорочение интервала PP перед выпадением желудочкового комплекса.
- в) Выпадение одного или нескольких комплексов QRS.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

78. Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно:

- а) Постоянство интервала PQ.
- б) Наличие паузы в возбуждении желудочков, продолжительность которой равна 2 нормальным расстояниям PP или кратна им.
- в) Наличие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков.
- г) Все ответы правильные.

79. АВ-блокаду II степени с коэффициентом проведения 2:1, возникшую при синусовой тахикардии, часто приходится дифференцировать с:

- а) АВ-блокадой III степени и ритмом из АВ-соединения.
- б) Блокированной предсердной бигеминией.
- в) Сино-атриальной блокадой II степени 2-го типа.

80. При АВ-блокаде II степени с коэффициентом проведения 3:2:

- а) Из 3 синусовых импульсов на желудочки проводится 2.
- б) Из 3 синусовых импульсов 2 блокируется.
- в) Правильного ответа нет.

81. Наиболее достоверно установить уровень АВ-блокады III степени позволяет:

- а) Анализ конфигурации и соотношения зубцов P и QRS на ЭКГ в 12 отведениях.
- б) Дополнительная регистрация отведений по Небу.
- в) Запись электрограммы пучка Гиса.

82. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:

- а) Резкое отклонение электрической оси влево.
- б) Отклонение электрической оси вправо.

- в) Деформация комплекса QRS.
- г) Расширение комплекса QRS $> 0,10''$.
- д) Изменение конечной части желудочкового комплекса.

83. Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса - это:

- а) Отклонение электрической оси вправо.
- б) Резкое отклонение электрической оси вправо.
- в) Расширение комплекса QRS $> 0,10''$.
- г) Деформация комплекса QRS.
- д) Изменение конечной части желудочкового комплекса.

84. На блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный:

- а) 0 градусов.
- б) -10 градусам.
- в) -45 градусам.
- г) +100 градусам.

85. На блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный:

- а) 0 градусов.
- б) -15 градусам.
- в) +90 градусам.
- г) +120 градусам.

86. При блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса:

- а) Амплитуда R в aVL $> R_I$.
- б) Комплекс QR или rSR в aVR.
- в) Глубокий S III, aVF.
- г) Зубец S в V5-6.
- д) Все перечисленное.

87. Для полной блокады левой ножки пучка Гиса без очаговых изменений не характерны:

- а) Ширина комплекса QRS $> 0,12''$.
- б) Уширение зубца R в отведениях V5-6; I; aVL.
- в) Углубление и уширение в отведениях зубца S; V1-2; III; aVF
- г) Наличие зубца Q в отведениях V5-6.
- д) Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6; I; aVL.
- е) Дискордантное смещение сегмента ST.

88. Для неполной блокады левой ножки пучка Гиса не характерно:

- а) Уширение комплекса QRS более $0,12''$.
- б) Наличие расширенного и зазубренного зубца R в отведениях V5-6; I; aVL.
- в) Исчезновение зубца Q в I; V5-6 отведениях.
- г) Правильного ответа нет.

89. Для полной блокады правой ножки пучка Гиса не характерны:

- а) Ширина комплекса QRS $> 0,12''$.
- б) Высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-2.
- в) Глубокие и широкие зубцы S в отведениях V5-6.
- г) Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V1-2.
- д) Увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6.

90. При блокаде правой ножки пучка Гиса и передней ветви левой ножки пучка Гиса значение угла альфа равно:
- 30 градусам.
 - Около 0 градусов.
 - От +40 градусов до +90 градусов.
 - Отклонение вправо +90 градусов.
91. При блокаде правой ножки пучка Гиса и передней ветви левой ножки пучка Гиса наблюдается:
- Форма QRS в виде rSR в отведениях V1-2.
 - Зубец S в отведении V6.
 - Высокий R aVL.
 - Глубокий S III, aVF.
 - Все перечисленные признаки.
92. Критериями положительной велоэргометрической пробы при диагностике ИБС являются:
- Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии.
 - Горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более.
 - Развитие синкопального состояния.
 - Появление одышки.
 - Все перечисленное.
93. Достоверным признаком ИБС на ЭКГ покоя является:
- Депрессия ST на 1 мм в нескольких отведениях.
 - Наличие отрицательного зубца T в нескольких отведениях.
 - Частая политопная желудочковая экстрасистолия.
 - Наличие патологического зубца Q.
 - Все перечисленное.
94. При наличии патологического зубца Q в I и aVL отведениях очаговые изменения локализуются:
- В задне-базальной области левого желудочка.
 - В верхне-боковой области левого желудочка.
 - В правом желудочке.
 - В передне-перегородочной области.
95. При наличии патологического зубца Q во II, III и aVF отведениях очаговые изменения локализуются:
- В задне-базальной области левого желудочка.
 - В верхне-боковой области левого желудочка.
 - В правом желудочке.
 - В передне-перегородочной области.
 - В области нижней стенки.
96. Какие из указанных изменений ЭКГ наблюдаются при инфаркте миокарда задне-базальной локализации:
- Соотношение амплитуд зубцов R/S не менее 1,2 .
 - Отсутствие зубца S в отведениях V5-6.
 - Положительный зубец T наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2.
 - Все перечисленное.
 - Правильного ответа нет.
97. В отведении V1 высокий R, соотношение амплитуд зубцов R/S=1,2, сегмент ST снижен, зубец T отрицательный. Наиболее вероятно наличие:

- а) Одного из вариантов нормальной ЭКГ.
- б) Задне-базального инфаркта миокарда.
- в) Неполной блокады правой ножки пучка Гиса или гипертрофии правого желудочка.

98. В отведении V1 высокий R, соотношение амплитуд зубцов R/S=1,5, ST снижен на 2 мм, положительный T. Наиболее вероятно наличие:

- а) Неполной блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Гипертрофии правого желудочка.
- в) Задне-базального инфаркта миокарда.
- г) Одного из вариантов нормальной ЭКГ.

99. Зубец Q в отведениях V5-6 на фоне блокады левой ножки пучка Гиса может регистрироваться при:

- а) Гипертрофии левого желудочка.
- б) Очаговых изменениях боковой стенки.
- в) И при том, и при другом.
- г) Ни при том, и ни при другом.

100. У больного во II, III и aVF отведениях имеется патологический Q, подъем ST на 3 мм, отрицательный T. Можно предположить наличие инфаркта миокарда, который, наиболее вероятно, имеет давность:

- а) Сутки.
- б) 2 - 3 суток.
- в) 2 недели.
- г) Более 2-х недель.

101. Достаточно специфичным признаком инфаркта миокарда правого желудочка является:

- а) Блокада правой ножки пучка Гиса.
- б) Патологический зубец Q в III и aVF отведениях.
- в) Подъем ST в отведениях V1-2.
- г) Ничего из перечисленного.
- д) Все перечисленное.

102. Специфическим признаком ишемической болезни сердца на ЭКГ покоя является:

- а) Отрицательный зубец T в левых грудных отведениях.
- б) Депрессия ST в нескольких отведениях.
- в) Инверсия зубцов T в нескольких отведениях.
- г) Ничего из перечисленного.
- д) Все перечисленное.

103. Подъем сегмента ST на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, у больных без ишемической болезни сердца может наблюдаться при:

- а) Острых перикардитах.
- б) Нарушении внутрижелудочкового проведения (в отведениях с глубокими зубцами S) .
- в) Тромбоэмболии легочной артерии (в отведениях V1-2) .
- г) Синдроме ранней реполяризации.
- д) Во всех перечисленных случаях.

104. После перенесенного острого перикардита на ЭКГ может длительно наблюдаться:

- а) Подъем ST в ряде отведений.
- б) Снижение ST в отведениях V1-5.
- в) Отрицательный зубец T в нескольких отведениях.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

105. При констриктивном перикардите на ЭКГ может наблюдаться:

- а) Снижение вольтажа комплекса QRS.
- б) Уплощение или инверсия зубца Т.
- в) Уширенный зубец Р в I и II отведениях.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

106. Специфичными для миокардита являются:

- а) Нарушения проводимости на различных уровнях.
- б) Эктопические ритмы.
- в) Синусовая тахикардия.
- г) Мерцательная аритмия и экстрасистолия.
- д) Специфических нарушений ритма и проводимости нет.

107. При миокардитах может наблюдаться:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Сглаженный или отрицательный зубец Т.
- в) Блокада ножек пучка Гиса.
- г) Псевдоинфарктный зубец Q.
- д) Все перечисленное.

108. При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ:

- а) В III отведении появляется зубец Q.
- б) Имеются признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Появляются высокие зубцы Р во II, III, aVF отведениях.
- г) Имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.
- д) Все ответы правильные.

109. При приеме сердечных гликозидов можно наблюдать все, за исключением:

- а) Удлинения интервала QT.
- б) Корытообразного смещения сегмента ST.
- в) Двухфазного зубца Т.
- г) Удлинения интервала PQ.
- д) Правильного ответа нет.

110. С внутривенным введением новокаинамида может быть связано:

- а) Уширение комплекса QRS.
- б) Удлинение интервала QT.
- в) Удлинение интервала PQ.
- г) Появление тахикардии типа "пируэт".
- д) Все перечисленное.

111. С приемом бета-адреноблокаторов может быть связано:

- а) Удлинение интервала PQ.
- б) Увеличение амплитуды зубца Т.
- в) Укорочение интервала QT.
- г) Увеличение интервала PP.
- д) Все перечисленное.

112. С гиперкалиемией может быть связано:

- а) Укорочение интервала QT.
- б) Высокие остроконечные зубцы Т.
- в) Уширение комплекса QRS.

г) Все перечисленное.

113. С гипокалиемией может быть связано:

- а) Уменьшение амплитуды зубца Т.
- б) Увеличение амплитуды зубца U.
- в) Депрессия сегмента ST.
- г) Все перечисленное.

114. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

- а) Удлинение интервала QT.
- б) Увеличение амплитуды зубца Т.
- в) Инверсия зубца Т.
- г) Депрессия сегмента ST.
- д) Все перечисленное.

115. Реполяризация миокарда желудочков в норме начинается:

- а) У эндокарда.
- б) У эпикарда.
- в) В интрамуральных слоях миокарда.
- г) Одновременно во всех слоях миокарда.

115. У здоровых лиц (без признаков сердечно-сосудистых заболеваний) на ЭКГ могут отмечаться:

- а) Синдром SI, SII, SIII.
- б) S-тип ЭКГ.
- в) Неполная блокада правой ножки п. Гиса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

116. У здоровых лиц (без признаков сердечно-сосудистых заболеваний) на ЭКГ могут отмечаться:

- а) Зубец Q шириной 0,03-0,04 с в III отведении.
- б) Синдром ранней реполяризации желудочков.
- в) Отрицательные зубцы Т в отведениях III или V1-3.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

117. У больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких на ЭКГ может отмечаться:

- а) Вертикализация оси зубца Р.
- б) Отсутствие зубца Р в отведении I.
- в) Отрицательные зубцы Р в отведениях aVL и V1.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

118. Причинами появления признаков гипертрофии левого предсердия на ЭКГ могут быть:

- а) Синусовая тахикардия.
- б) Гипокалиемия.
- в) Хронические обструктивные заболевания легких.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

119. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ является:

- а) Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1.

- б) "Двугорбость" зубца Р.
- в) Уширение зубца Р более 0,11 с.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

120. Вольтажным критерием гипертрофии левого желудочка (индексом Соколова-Лайона) считается увеличение суммарной амплитуды зубцов R (в отведении V5 или V6) и S (в отведении V1 или V2) более:

- а) 20 мм.
- б) 25 мм.
- в) 30 мм.
- г) 35 мм.
- д) 40 мм.

121. Дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т при гипертрофии левого желудочка вызвано:

- а) Сердечной недостаточностью вследствие гипертрофии.
- б) Очаговыми изменениями миокарда.
- в) Вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии.
- г) Нарушениями сократительной функции.
- д) Нарушением "питания" миокарда.

122. Признаком специфичным для гипертрофии левого желудочка не является:

- а) Отклонение электрической оси влево.
- б) Высота зубца R в V6 больше высоты зубца R в V5.
- в) Смещение переходной зоны вправо.
- г) Высота зубца R в I отведении больше 1mv.
- д) Ничего из перечисленного.

123. Признаками возможной гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- а) Увеличение амплитуды зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6.
- б) Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5-6.
- в) Увеличение высоты зубцов T в отведениях V5-6.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

124. Самым специфичным признаком гипертрофии правого желудочка является:

- а) Отклонение электрической оси вправо.
- б) В отведении V1 зубец R больше зубца S.
- в) В отведении V6 зубец S больше зубца R.
- г) Комплекс типа QR в отведении V1 (без блокады правой ножки п. Гиса) .
- д) Комплекс типа RSR в отведении V1.

125. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:

- а) Признака QIII SI.
- б) Блокады правой ножки п. Гиса.
- в) Отрицательных зубцов T в отведениях V1-3.
- г) Синусовой брадикардии.
- д) Предсердных экстрасистол.

126. Для больных с диастолической перегрузкой правого желудочка (перегрузка объемом) характерно наличие признаков гипертрофии правого желудочка в виде:

- а) "R-типа".
- б) "RSR- типа".
- в) "S-типа".
- г) Увеличения амплитуды комплексов QRS в переходных отведениях.

127. Вариант гипертрофии правого желудочка типа RSR наиболее характерен для больных с:

- а) Митральным стенозом.
- б) Митральной недостаточностью.
- в) Дефектом межпредсердной перегородки.
- г) Хроническим обструктивным заболеванием легких.
- д) Дефектом межжелудочковой перегородки.

128. Вариант гипертрофии правого желудочка "S-тип" наиболее характерен для больных с:

- а) Митральным стенозом.
- б) Митральной недостаточностью.
- в) Дефектом межпредсердной перегородки.
- г) Хроническим обструктивным заболеванием легких.
- д) Дефектом межжелудочковой перегородки.

129. У больных с гипертрофией правого желудочка при наличии в отведении V1 комплексов типа QR часто выявляется:

- а) Выраженная гипертрофия правого желудочка.
- б) Гипертрофия правого предсердия.
- в) Недостаточность 3-х створчатого клапана.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

130. "R-тип" гипертрофии правого желудочка с комплексами QR в отведении V1 часто отмечается у больных с:

- а) Выраженной артериальной легочной гипертензией.
- б) Стенозом легочной артерии.
- в) Тетрадой Фалло.
- г) Всеми перечисленными заболеваниями.
- д) Правильного ответа нет.

131. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки:

- а) ЭКГ может быть в пределах нормы.
- б) Могут быть признаки гипертрофии левого желудочка.
- в) Могут быть признаки гипертрофии правого желудочка.
- г) Могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков.
- д) Возможны все перечисленные изменения ЭКГ.

132. Регистрация на ЭКГ высокого пикообразного зубца Р, удлинения интервала PR и неполной блокады правой ножки п. Гиса характерна для:

- а) Дефекта межпредсердной перегородки.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Открытого артериального протока.
- г) Аномалии Эбштейна.
- д) Тетрады Фалло.

133. Основным ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:

- а) Инверсии зубцов Т.
- б) Подъема сегмента ST.
- в) Депрессии сегмента ST.

- г) Патологического зубца Q.
- д) Снижения высоты зубца R.

134. При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются:

- а) В отведениях I и aVL.
- б) В отведениях II, III, aVF.
- в) В отведениях V1-V4.
- г) В отведениях V3-V4.
- д) В отведениях V5-V6.

135. При инфаркте миокарда нижней локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

- а) I и II.
- б) II, III, aVF.
- в) V1-V2.
- г) V5-V6.

136. При инфаркте миокарда боковой локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

- а) II, III, aVF.
- б) V1-V4.
- в) I, aVL, V5-6.
- г) V1-2.

137. При инфаркте миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) на ЭКГ отмечается:

- а) Появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, aVF.
- б) Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2.
- в) Подъем сегмента ST в отведениях V1-2.
- г) Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2.
- д) Правильно 2 и 4.

138. Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком:

- а) Сопутствующего инфаркта задней стенки (задне-базальных отделов) .
- б) Сопутствующего инфаркта правого желудочка.
- в) Сопутствующего передне-перегородочного инфаркта.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

139. Регистрация депрессии сегмента ST в отведениях V1-V3 у больных острым инфарктом миокарда нижней локализации может быть признаком:

- а) Так называемых реципрокных изменений.
- б) Вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов) .
- в) Сопутствующего мелкоочагового инфаркта миокарда передней стенки.
- г) Всего перечисленного.

140. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V1-3 является признаком инфаркта миокарда:

- а) Передне-перегородочной локализации.
- б) Нижней локализации.
- в) Боковой локализации.
- г) Задней стенки.

141. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V5-6 является признаком инфаркта миокарда:
- а) Передне-перегородочной локализации.
 - б) Нижней локализации.
 - в) Боковой локализации.
 - г) Задней стенки.
 - д) Правильного ответа нет.
142. У больных с блокадой левой передней ветви п. Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является:
- а) Регистрация комплексов QS во II отведении.
 - б) Регистрация зубцов q во II отведении.
 - в) Зубец r во II отведении меньше, чем зубцы r в отведениях III и aVF.
 - г) Зубец r во II отведении 1,5 мм и меньше.
 - д) Все перечисленное.
143. Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением:
- а) Гипервентиляции.
 - б) Гиперкалиемии.
 - в) Дисгормональных нарушений.
 - г) Нарушений мозгового кровообращения.
 - д) Мелкоочагового инфаркта миокарда.
144. Причиной появления очень высоких зубцов T может быть:
- а) Гиперкалиемия.
 - б) Ваготония.
 - в) Сверхострая фаза инфаркта миокарда.
 - г) Нарушения мозгового кровообращения.
 - д) Все перечисленное.
145. Для синдрома ранней реполяризации желудочков наиболее характерна регистрация на ЭКГ:
- а) Отрицательных зубцов T.
 - б) Депрессии сегмента ST.
 - в) Подъема сегмента ST.
 - г) Высокоамплитудных зубцов R.
 - д) Глубоких остrokонечных зубцов S.
146. Для эктопического ритма из левого предсердия характерна регистрация отрицательных зубцов P:
- а) В отведении I.
 - б) В отведении aVR.
 - в) В отведении III.
 - г) В отведении V1.
 - д) Во всех перечисленных отведениях.
147. При ритме атриовентрикулярного соединения:
- а) Зубцы P отсутствуют.
 - б) Зубцы P отрицательны во II отведении и регистрируются позади комплексов QRS.
 - в) Зубцы P отрицательны во II отведении и регистрируются перед комплексами QRS.
 - г) Наблюдается атриовентрикулярная диссоциация.
 - д) Может быть все перечисленное.
148. Причиной атриовентрикулярной диссоциации может быть:

- а) Выраженная синусовая брадикардия.
- б) Полная атриовентрикулярная блокада.
- в) Увеличение частоты сокращений желудочков выше частоты сокращений предсердий.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

149. Наиболее вероятными признаками желудочковой тахикардии при ЭКГ с уширенными комплексами QRS является все перечисленное, кроме:

- а) В отведении V1 желудочковые комплексы типа R.
- б) В отведении V1 желудочковые комплексы типа QR.
- в) В отведении V1 желудочковые комплексы типа RS.
- г) В отведении V1 желудочковые комплексы типа RSr'.
- д) В отведении V1 желудочковые комплексы типа QS.

150. При тахикардии с уширенными комплексами QRS (желудочкового происхождения) характерно все перечисленное, кроме:

- а) Уширения желудочковых комплексов более 0,14 с.
- б) Отклонения электрической оси вверх (максимальный положительный комплекс в отведении aVR) .
- в) Конкордантного направления комплексов QRS в грудных отведениях.
- г) Трехфазного комплекса QRS в отведении VI (типа rSR')
- д) Наличия сливных комплексов.

151. Появление на ЭКГ пауз (прямая линия) продолжительностью 2-3 сек. является признаком:

- а) Синоатриальной блокады I степени.
- б) Синоатриальной блокады II степени.
- в) Синоатриальной блокады III степени.
- г) Атриовентрикулярной блокады II степени.
- д) Правильно 1 и 2.

152. При повороте сердца вершущкой вперед на ЭКГ появляется:

- а) Отклонение электрической оси влево.
- б) Отклонение электрической оси вправо.
- в) Блокада левой передней ветви.
- г) Блокада левой задней ветви.
- д) Электрическая ось типа QI-QII-QIII.

153. "Бифасцикулярной" блокадой является:

- а) Блокада левой ножки п. Гиса.
- б) Блокада правой ножки п. Гиса в сочетании с блокадой левой передней или левой задней ветви.
- в) Перемежающаяся блокада левой передней и левой задней ветвей.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

154. Для атриовентрикулярной блокады II степени с периодикой Самойлова-Венкебаха характерно:

- а) Постоянство интервалов PR.
- б) Прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS) .
- в) Частое наличие блокады ветвей п. Гиса.
- г) Прогрессивное удлинение интервала PR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS).
- д) Правильно 2 и 4.

155. К достоверным ЭКГ-признакам ишемии миокарда при проведении пробы с физической нагрузкой относится:

- а) Горизонтальная депрессия сегмента ST.
- б) Инверсия зубца T.
- в) Появление нарушений ритма и проводимости.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

156. Уменьшение амплитуды зубца T и появление высоких зубцов "U" является признаком:

- а) Гиперкалиемии.
- б) Гипокалиемии.
- в) Гиперкальциемии.
- г) Гипокальциемии.

157. Высокие остроконечные ("пикообразные") зубцы T характерны для:

- а) Гиперкалиемии.
- б) Гипокалиемии.
- в) Гиперкальциемии.
- г) Гипокальциемии.

158. Удлинение сегмента ST является признаком:

- а) Гиперкалиемии.
- б) Гипокалиемии.
- в) Гиперкальциемии.
- г) Гипокальциемии.

159. Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка является признаком:

- а) Стеноза легочной артерии.
- б) Дефекта межпредсердной перегородки.
- в) Митрального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Правильно 2 и 3.

160. Для больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких характерно:

- а) Низкий вольтаж ЭКГ.
- б) "S-тип" ЭКГ.
- в) Признаки гипертрофии правого предсердия.
- г) Отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4.
- д) Все перечисленное.

161. Признаком острого легочного сердца на ЭКГ является:

- а) Синдром QIII SI.
- б) Возникновение блокады правой ножки п. Гиса.
- в) Появление отрицательных зубцов T в отведениях V1-4.
- г) Смещение переходной зоны влево.
- д) Все перечисленное.

162. У больных с пневмотораксом на ЭКГ может отмечаться:

- а) Появление комплексов типа QS в отведениях V1-4.
- б) Отклонение электрической оси вправо.
- в) Нормализация ЭКГ в положении стоя.
- г) Все перечисленное.

д) Ничего из перечисленного.

163. ЭКГ-синдром SI QIII характерен для:

- а) Острого перикардита.
- б) Аномалии Эбштейна.
- в) Острого легочного сердца.
- г) Пневмоторакса.
- д) Правильно 3 и 4.

164. Подъем сегмента ST в большинстве отведений (кроме aVR, aVL, V1) в сочетании с депрессией сегмента PR является признаком:

- а) Острого легочного сердца.
- б) Острого перикардита.
- в) Выпота в полость перикарда.
- г) Микседемы.
- д) Правильно 2 и 3.

165. К электрокардиографическим признакам интоксикации сердечными гликозидами относится все перечисленное, кроме:

- а) Желудочковой экстрасистолии.
- б) Ритма атриовентрикулярного соединения.
- в) Двунправленной желудочковой тахикардии.
- г) Предсердной тахикардии с атриовентрикулярной блокадой II степени.
- д) "Корытообразной" депрессии сегмента ST.

Ответы к разделу Интерпретация электрокардиограмм

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1-Б | 2-А | 3-В | 4-В | 5-Б | 6-Б | 7-Д |
| 28А | 9-А | 10-В | 11-Б | 12-Б | 13-Б | 14-Б |
| 15-А | 16-Б | 17-В | 18-Б | 19-Д | 20-Б | 21-А |
| 22-В | 23-Д | 24-Б | 25-В | 26-Д | 27-В | 28-В |
| 29-Г | 30-В | 31-Д | 32-Б | 33-А | 34-Б | 35-В |
| 36-В | 37-А | 38-Д | 39-Д | 40-Г | 41-В | 42-Б |
| 43-Д | 44-Б | 45-А | 46-Д | 47-Д | 48-Д | 49-В |
| 50-Д | 51-В | 52-А | 53-В | 54-Г | 55-Г | 56-Б |
| 57-Г | 58-А | 59-Б | 60-Г | 61-Г | 62-Б | 63-Б |
| 64-Г | 65-Б | 66-В | 67-А | 68-Б | 69-Д | 70-В |
| 71-В | 72-Г | 73-Б | 74-А | 75-Г | 76-А | 77-В |
| 78-Г | 79-Б | 80-А | 81-В | 82-А | 83-Б | 84-В |
| 85-Г | 86-Д | 87-Г | 88-А | 89-Д | 90-А | 91-Д |
| 92-Б | 93-Г | 94-Б | 95-Д | 96-В | 97-В | 98-В |
| 99-Б | 100-Б | 101-Г | 102-Г | 103-Д | 104-В | 105-Г |
| 106-Д | 107-Д | 108-Д | 109-А | 110-Д | 111-Д | 112-Г |
| 113-Г | 114-Д | 115-Г | 116-Г | 117-Г | 118-Д | 119-Г |
| 120-Г | 121-В | 122-Д | 123-Г | 124-Г | 125-А | 126-Б |
| 127-В | 128-Г | 129-Г | 130-Г | 131-Д | 132-Г | 133-Г |
| 134-В | 135-Б | 136-В | 137-Д | 138-Б | 139-Г | 140-А |
| 141-В | 142-Д | 143-Б | 144-Д | 145-В | 146-А | 147-Д |
| 148-Г | 149-Г | 150-Г | 151-Б | 152-Д | 153-Г | 154-Д |
| 155-А | 156-Б | 157-А | 158-Г | 159-В | 160-Д | 161-Д |
| 162-Г | 163-В | 164-Б | 165-Д | | | |

Интерпретация эхокардиограмм

1. Массу миокарда у женщин можно считать увеличенной незначительно, если она в пределах
 - a) 67-162 г
 - b) 163-186
 - c) 187-210
2. Индекс массы миокарда у женщин можно считать значительно увеличенным, если он равен
 - a) 96-108 г/м²
 - b) 109-121
 - c) ≥ 122
3. Индекс массы миокарда у мужчин можно считать умеренно увеличенным, если ИММЛЖ в г/м³
 - a) 49-115
 - b) 116-131
 - c) 132-148
4. Индекс относительной толщины стенки ЛЖ у женщин можно считать значительно увеличенным, если он в пределах
 - a) 0,22-0,42
 - b) 0,43-0,47
 - c) 0,48-0,52
 - d) $\geq 0,53$
5. Толщину межжелудочковой перегородки у мужчин можно считать нормальной, если её размеры в пределах
 - a) 1,1-1,3 см
 - b) 1,4-1,6
 - c) $\geq 1,7$
 - d) Нет правильного ответа
6. Толщину задней стенки ЛЖ у мужчин можно считать нормальной, если её размеры в пределах
 - a) 0,5-0,6 см
 - b) 0,6-1,0 см
 - c) 1,1-1,3 см
7. Конечный диастолический размер левого желудочка у женщин можно считать нормальным, если он в пределах
 - a) 3,9-5,3 см
 - b) 5,4-5,7 см
 - c) 5,8-6,1 см
 - d) 6,2-6,6 см
8. Конечный диастолический объем можно считать значительно увеличенным у мужчин, если он в пределах
 - a) 67-155 мл
 - b) 156-178 мл
 - c) 179-201 мл
 - d) ≥ 202 мл
9. Конечный систолический объем у мужчин можно считать нормальным, если он в пределах
 - a) 22-58 мл
 - b) 59-70 мл
 - c) 71-82 мл
10. Размер правого желудочка можно считать умеренно увеличенным, если его продольный размер

- a) 8,0-8,5см
- b) 8,6-9,1см
- c) 9,2-9,6 см

11. Можно говорить о систолической дисфункции сердца у мужчин, если фракция выброса составляет

- a) 52-72%
- b) 40-49%
- c) Меньше 40%
- d) Меньше 30%

12. Можно говорить о нарушении релаксации миокарда, если отношение раннего диастолического наполнения левого желудочка (Е) к скорости позднего заполнения (А) уменьшается до

- a) 1,0-1,5
- b) 0,8-1,0
- c) 0,6-0,8

13. Какие факторы из нижеперечисленных влияют на диастолическую функцию сердца

- a) Способность ЛЖ к релаксации
- b) Эластичность стенок ЛЖ (толщина и структура)
- c) Состояние перикарда
- d) Сила сокращения предсердия
- e) Все вышеперечисленное

14. Легочная гипертензия вероятна, если систолическое давление в легочной артерии

- a) Больше 20мм рт.ст
- b) Больше 30 мм рт.ст
- c) Больше 40 мм рт.ст
- d) Больше 50мм рт.ст

15. Размер левого предсердия можно считать у женщин нормальным, если он в пределах

- a) 2,7-3,8см
- b) 3,9-4,2 см
- c) 4.3-4,6 см

16. Объем левого предсердия можно считать нормальным у женщин, если он в пределах

- a) 22-52 мл
- b) 53-62мл
- c) 63-72мл

17. Основной признак пролапса митрального клапана:

- a) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия
- b) наличие кальцинатов на створке митрального клапана
- c) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана
- d) все вышеперечисленное

18. Если нижняя полая вена не спадается на вдохе, можно предполагать

- a) Повышение давления в правом предсердии
- b) Дисфункцию правого желудочка, перегрузку объемом
- c) Легочную гипертензию
- d) Все вышеперечисленное

19. Можно говорить о среднетяжелом аортальном стенозе, если величина расхождения аортальных створок в М-режиме составляет

- a) 15 -17мм
- b) 13-15мм
- c) 8-12 мм

d) Менее 8мм

20. Максимальный градиент давления трансортального кровотока при легком аортальном стенозе составляет

- a) До 25 мм рт. ст.
- b) 25-75 мм рт. ст.
- c) Более 75 мм рт.ст.

21. Какие расчетные ЭхоКГ-показатели площади митрального отверстия определяют митральный стеноз как выраженный

- a) 2-4 кв.см
- b) 1-2 кв.см
- c) 0,7-1,0 кв.см
- d) Менее 0,7 кв. см

22. Какие фармакологические препараты наиболее часто используют при проведении стресс-ЭхоКГ

- a) Дипиридамол
- b) Добутамин
- c) Аденозин
- d) Эргоновин

Ответы к теме Интерпретация ЭхоКГ

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 1-b | 2-с | 3-с | 4-d | 5-d | 6-b | 7-a |
| 8-d | 9-a | 10-b | 11-с | 12-b | 13-d | 14-b |
| 15-a | 16-a | 17-a | 18-d | 19-с | 20-a | 21-с |
| 22-b | | | | | | |

Ведение больных с постоянной электрокардиостимуляцией

1. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:

- a) Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ.
- б) Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (без симптомов).
- в) Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени.
- г) Все перечисленное.

2. Имплантированные кардиостимуляторы можно использовать для:

- a) Предупреждения эпизодов асистолии.
- б) Кулирования пароксизмальных тахикардий.
- в) Предупреждения возникновения тахикардий.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

3. "Синдром кардиостимулятора" может наблюдаться у больных с электростимуляцией:

- a) Предсердий.
- б) Желудочков.
- в) Двухкамерной стимуляции.
- г) При всем перечисленном.

4. Признаками "синдрома кардиостимулятора" является:

- a) Общая слабость и быстрая утомляемость.
- б) Ощущения дискомфорта за грудиной, "кома в горле".
- в) Головокружения и обмороки.
- г) Одышка при нагрузке.
- д) Все перечисленное.

5. Причиной "синдрома кардиостимулятора" является:

- a) Отсутствие синхронизации сокращений предсердий и желудочков (атриовентрикулярная диссоциация) .

- б) Ретроградное проведение импульсов к предсердиям при электростимуляции желудочков.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

6. "Физиологической" стимуляцией сердца называют все перечисленные виды стимуляции, кроме:

- а) Стимуляции предсердий.
- б) Стимуляции желудочков.
- в) Двухкамерной стимуляции ("Р-синхронизированная" и последовательная предсердно-желудочковая стимуляция) .

7. Имплантация кардиостимулятора считается показанной даже при отсутствии клинических симптомов у больных с:

- а) Синоатриальной блокадой 2-й степени.
- б) Атриовентрикулярной блокадой 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") .
- в) Приобретенной полной атриовентрикулярной блокадой.
- г) Врожденной полной атриовентрикулярной блокадой.
- д) Правильно б и в.

8. У больных с имплантированным кардиостимулятором в режиме "деманд" во время восстановления синусового ритма нередко отмечаются инверсия зубца Т и/или депрессия сегмента ST. Эти изменения:

- а) Всегда являются отражением ишемии миокарда.
- б) Могут быть обусловлены чисто "электрическими" влияниями (так называемый "постстимуляционный" или "постдеполяризационный" синдром).
- в) Правильного ответа нет.

9. При лечении больных с опасными для жизни желудочковыми тахикардиями с помощью электрических приборов, наилучших результатов удалось достичь при имплантации:

- а) Кардиостимуляторов.
- б) Кардиовертеров.
- в) Кардиовертеров-дефибрилляторов. 895-Г

10. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") :

- а) Показана всем больным с ЭКГ- признаками синдрома слабости синусового узла.
- б) Показана только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения) .
- в) Показана больным с синоатриальной блокадой 2-ой степени.
- г) Правильно б и в 939-Б

11. Физиологической называют электрокардиостимуляцию:

- а) При локализации стимулирующего электрода в предсердиях.
- б) "Р-управляемую" стимуляцию желудочков.
- в) Двухкамерную (последовательную предсердно-желудочковую) стимуляцию сердца.
- г) Все перечисленные варианты.
- д) Правильно только б и в.

12. Появление глубоких отрицательных зубцов Т при прекращении стимуляции желудочков во время восстановления собственного ритма

- а) Всегда связано с ишемией миокарда
- б) Часто является проявлением так называемого постстимуляционного синдрома, не связанного с ишемией миокарда
- в) Может сохраняться до 2-х месяцев
- г) Правильно а и в
- д) Правильно б и в

Ответы к теме Ведение больных с электрокардиостимуляцией

| | | | | |
|-------------|-------------|------------|------------|-------------|
| 1-В | 2-Г | 3-Б | 4-Д | 5-В |
| 6-Б | 7-Д | 8-Б | 9-В | 10-Б |
| 11-Г | 12-Д | | | |

10.4. Б.1.Б.1.4 Неотложная кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. При кардиогенном шоке наименее выраженное уменьшение кровотока отмечается в сосудах:
 - а) Почек.
 - б) Скелетных мышц.
 - в) Мозга.
 - г) Кожи.
 - д) Примерно одинаково снижается кровоснабжение всех перечисленных органов и тканей.

2. Экстракардиальными причинами острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока могут быть:
 - а) Кровотечение.
 - б) Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями.
 - в) Анафилаксия.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Правильного ответа нет.

3. У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:
 - а) 10% миокарда.
 - б) 20% миокарда.
 - в) 40% миокарда.
 - г) 60% миокарда.
 - д) 90% миокарда.

4. К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:
 - а) Устойчивая желудочковая тахикардия.
 - б) Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
 - в) Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.
 - г) Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.
 - д) Все перечисленное.

5. Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:
 - а) Разрыва головки папиллярной мышцы.
 - б) Разрыва межжелудочковой перегородки.
 - в) Перикардита.
 - г) Инфаркта миокарда правого желудочка.
 - д) Разрыва левого желудочка.

6. Тяжелый миокардит с развитием артериальной гипотонии могут вызывать:
 - а) Коксаки-вирусы.
 - б) Эхо-вирусы.
 - в) Вирусы гриппа.
 - г) Все перечисленные вирусы.
 - д) Ничего из перечисленного.

7. Причиной острой тампонады сердца может быть:
 - а) Вирусный перикардит.
 - б) Выпот в перикард при злокачественных опухолях.
 - в) Уремия.
 - г) Разрыв левого желудочка.
 - д) Правильно 1 и 4.

8. Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:
 - а) Депрессия сегмента ST.
 - б) Инверсия зубца T.
 - в) Подъем сегмента ST.
 - г) Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца T.
 - д) Все перечисленное.

9. Рецидивирование ишемии миокарда у больных мелкоочаговым инфарктом миокарда:
 - а) Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте.
 - б) Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте.

- в) Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте.
- г) Не бывает бессимптомным.
- д) Никогда не приводит к внезапной смерти.

10. Для лечения мелкоочагового инфаркта миокарда используют:

- а) Нитраты.
- б) Аспирин.
- в) Гепарин внутривенно.
- г) Все перечисленное.

11. Достоверное снижение летальности после мелкоочагового инфаркта отмечено на фоне приема:

- а) Обзидана.
- б) Коринфара.
- в) Верапамила.
- г) Дилтиазема.
- д) Правильный ответ 1 и 4.

12. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:

- а) Травмы костей таза и нижних конечностей.
- б) Злокачественных новообразований.
- в) Заболеваний венозной системы.
- г) Оперативных вмешательств.
- д) Острых вирусных инфекций.

13. К развитию тромбоэмболии легочной артерии предрасполагает:

- а) Длительный постельный режим.
- б) Истошающие заболевания.
- в) Избыточный вес.
- г) Сердечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

14. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) Вены нижних конечностей.
- б) Вены верхних конечностей.
- в) Правое сердце.
- г) Вены таза.

15. Развитию тромбоэмболии легочной артерии у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения способствует все перечисленное, кроме:

- а) Использования периферических вазодилататоров.
- б) Форсированного диуреза.
- в) Гиподинамии.
- г) Нарушений ритма сердца.

16. Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

- а) Одышка, цианоз, тахикардия.
- б) Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия.
- в) Цианоз, бронхоспазм, тахикардия.
- г) Кровохарканье, коллапс, одышка.

17. Что из перечисленного не характерно для аускультативной картины острого легочного сердца:

- а) Систолический шум на легочной артерии.
- б) Диастолический шум на легочной артерии.
- в) Акцент II тона на легочной артерии.
- г) Тахикардия.
- д) Раздвоение II тона на легочной артерии.

18. Нехарактерным рентгенологическим признаком тромбоэмболии легочной артерии в 1-ые сутки от начала заболевания является:

- а) Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка.
- б) Высокое стояние купола диафрагмы.
- в) Признаки экссудативного плеврита.

г) Все перечисленное.

19. Возможными изменениями ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR.
- б) Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2.
- в) Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

20. При развитии острого легочного сердца сначала расширяется:

- а) Правое предсердие.
- б) Правый желудочек.
- в) Верхняя полая вена.
- г) Все ответы правильные.

21. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:

- а) Повышается.
- б) Остается неизменным.
- в) Понижается.

22. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

- а) ЭКГ.
- б) ЭХО-кардиография.
- в) Рентгенологическое исследование.
- г) Селективная ангиопульмонография.
- д) Сцинтиграфия легких.

23. Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Является абсолютным противопоказанием к применению гепарина.
- б) Является относительным противопоказанием к назначению гепарина.
- в) Не является противопоказанием к назначению гепарина.

24. При тромбоэмболии легочной артерии эмболэктомия показана в случае:

- а) Сохранения явлений шока на фоне введения норадреналина, гепарина, вдыхания кислорода.
- б) Появления кровохарканья.
- в) Наличия признаков тромбофлебита.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

25. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии имеет значение все перечисленное, кроме:

- а) Лечения сердечной недостаточности.
- б) Длительного приема антикоагулянтов при тромбофлебите.
- в) Длительного постельного режима после полостных операций.
- г) Бинтования нижних конечностей после холецистэктомии.
- д) Правильного ответа нет.

26. Показанием для установки фильтра в нижнюю полую вену или перевязки ее у больных с тромбоэмболией легочной артерии и тромбофлебитом нижних конечностей является:

- а) Повторная тромбоэмболия на фоне терапии антикоагулянтами.
- б) Наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами.
- в) Высокое содержание протромбина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

27. При проведении наружного массажа сердца частота компрессий грудной клетки должна составлять:

- а) 40-50 в 1 минуту.
- б) 60-70 в 1 минуту.
- в) 80-100 в 1 минуту.
- г) 120-130 в 1 минуту.

28. При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) при биполярной форме импульса надо начинать с разряда в:

- а) 150-200 дж
- б) 300 дж
- в) 360 дж .

29. Эффективность электроимпульсной терапии (дефибрилляции) у больных с фибрилляцией желудочков повышается при применении всех препаратов, кроме

- а) Адреналина.
- б) Лидокаина.
- в) Обзидана
- г) Амiodарона.

30. Наиболее частой причиной клинической смерти у больных ИБС является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электромеханическая диссоциация.

31. Фибрилляция желудочков у больных инфарктом миокарда чаще развивается:

- а) В первые 1,5-2 часа от начала заболевания.
- б) На 2-3 сутки от начала заболевания.
- в) На 7-10 сутки от начала заболевания.
- г) Нет связи между частотой развития фибрилляции желудочков и временем от начала заболевания.

32. Наиболее эффективным путем введения лекарственных средств при сердечно-легочной реанимации является:

- а) Внутрисердечное введение.
- б) Внутривенное введение в одну из крупных вен.
- в) Внутритрахеальное введение.

33. При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является:

- а) Выполнение 5 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
- б) Выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
- в) Выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.

34. Если сердечно-легочную реанимацию осуществляет один человек, то наружный массаж сердца и искусственное дыхание целесообразно проводить в соотношении:

- а) 5:1.
- б) 10:1.
- в) 15:2.

35. Предсинкопальное состояние характеризуется:

- а) Ощущением "приближающейся потери сознания".
- б) Неизбежным переходом в синкопальное состояние.
- в) Головокружением, слабостью, потемнением в глазах.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

36. Уменьшение кровоснабжения головного мозга начинается при снижении среднего АД ниже уровня:

- а) 30 мм. рт. ст.
- б) 50 мм. рт. ст.
- в) 80 мм. рт. ст.
- г) 100 мм. рт. ст.

37. Если у больного со стенозом устья аорты без признаков недостаточности кровообращения и коронарной недостаточности появились обмороки при физических усилиях, необходимо:

- а) Назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда.
- б) Обследовать с целью исключения тромбоза мелких ветвей легочной артерии.
- в) Провести консультации кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

38. Синкопальное состояние при стенозе устья аорты:

- а) Провоцируется физической нагрузкой.

- б) Развивается вследствие неадекватного увеличения сердечного выброса.
- в) Правильно 1 и 2.

39. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение:

- а) Систолическая обструкция выносящего тракта.
- б) Значительное снижение систолической функции левого желудочка.
- в) Возникновение различных нарушений ритма.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

40. Причиной синкопальных состояний у больных со стенозом левого АВ-отверстия может быть:

- а) Шаровидный тромб левого предсердия.
- б) Мерцательная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений.
- в) Тромбоэмболия легочной артерии.
- г) Тромбоэмболия сосудов мозга.
- д) Все перечисленное.

41. Причиной синкопальных состояний у больных с синдромом удлиненного интервала QT обычно является:

- а) Прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости.
- б) Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- в) Возникновение периодов асистолии.
- г) Все ответы правильные.

42. К факторам, вызывающим удлинение интервала QT, можно отнести все перечисленные, кроме:

- а) Приема сердечных гликозидов.
- б) Приема антиаритмических препаратов.
- в) Приема некоторых психотропных препаратов.
- г) Гипокалиемии и гипомагниемии.

43. Критерием дисфункции синусового узла является:

- а) Урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.
- б) Пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек.
- в) Синусовая брадикардия менее 50 в мин.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

44. При обследовании больных с синдромом слабости синусового узла используется:

- а) Проба с атропином.
- б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- в) Чреспищеводная стимуляция предсердий.
- г) Суточное мониторирование ЭКГ.
- д) Все перечисленное.

45. Для синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса не характерно:

- а) Внезапное начало и быстрое восстановление сознания после окончания приступа.
- б) Ретроградная амнезия.
- в) Редкий или очень частый пульс.
- г) Наличие предсинкопального периода, появление судорог при длительном приступе.
- д) Сопорозное состояние после приступа потери сознания.

46. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:

- а) Межпредсердной блокаде.
- б) Синоатриальной блокаде.
- в) Двухпучковой внутрижелудочковой блокаде.
- г) Правильного ответа нет.

47. Тахикардическая форма синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:

- а) Фибрилляции желудочков.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Мерцательной аритмии.

- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

48. Абсолютным противопоказанием для велоэргометрии у больного с синкопальными состояниями является:

- а) Частая желудочковая экстрасистолия.
- б) Пароксизмы желудочковой тахикардии.
- в) АВ-блокада I степени на ЭКГ покоя.
- г) Правильного ответа нет.

49. На возможность синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса у больного с синкопальными состояниями могут указывать зарегистрированные при суточном мониторировании:

- а) Периоды синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
- б) Периоды эктопического ритма с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
- в) Эпизоды желудочковой тахикардии продолжительностью в 5 комплексов.
- г) Все перечисленное.

50. Предсинкопальное состояние, проявляющееся головокружением, слабостью, бледностью, практически всегда предшествует:

- а) Обмороку при ортостатической гипотонии.
- б) Вазодепрессорному обмороку.
- в) Обмороку при синдроме Морганьи-Эдемса-Стокса.

1989. Во время пункции вены мужчина 41 года потерял сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, АД 90/50 мм рт. ст. Пульс ритмичный ЧСС 50 в I минуту. Через 10 секунд пришел в себя. Наиболее вероятная причина синкопального состояния:

- а) Вазодепрессорный обморок.
- б) Ортостатическая гипотония.
- в) Приступ подкорковой эпилепсии.
- г) Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса.

Ответы по теме Неотложная кардиология

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 1-Б | 2-Г | 3-В | 4-Д | 5-В | 6-Г | 7-Д |
| 8-Д | 9-Б | 10-Г | 11-Д | 12-Д | 13-Д | 14-А |
| 15-А | 16-А | 17-Б | 18-В | 19-Г | 20-А | 21-А |
| 22-Г | 23-В | 24-А | 25-В | 26-Д | 27-В | 28-А |
| 29-В | 30-Б | 31-А | 32-Б | 33-А | 34-В | 35-Г |
| 36-Б | 37-В | 38-В | 39-Г | 40-Д | 41-Б | 42-А |
| 43-Г | 44-Д | 45-Д | 46-Б | 47-Г | 48-Г | 49-Г |
| 50-Б | | | | | | |

11. ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К СОСТАВЛЕНИЮ БИЛЕТОВ ДЛЯ ЗАЧЕТОВ И ЭКЗАМЕНА

11.1. Б.1.Б.1.1 Общая кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. Анатомия сердца: проводящая система, коронарный кровоток, строение клапанного аппарата, структура кардиомиоцита. Анатомия артериальной и венозной системы.

2. Электрофизиологические функции сердца: автоматизм, возбудимость, проводимость. Характеристика потенциала действия и роль ионного транспорта в работе кардиомиоцитов
3. Методы клинко-лабораторного исследования больных сердечно-сосудистыми заболеваниями
4. Клиническая оценка лабораторных методов исследования. Роль нарушений водно-электролитного обмена в возникновении аритмий.
5. Роль нарушений КЩС в кардиальной патологии
6. Показатели липидного обмена крови, понятие о гипер- и дислипидемиях.
7. Изменения ферментов крови при кардиальной патологии.
8. Свертывающая и противосвертывающая системы крови, связь с заболеваниями сердца и сосудов, клиническое значение и интерпретация коагулограммы, современные показатели нарушений фибринолиза
9. Атеросклероз
10. Современные представления о механизмах атерогенеза и патогенезе атеросклероза
11. Факторы риска в развитии атеросклероза. Роль различных типов липопротеидов в развитии атеросклероза.
12. Морфологические стадии развития атеросклероза, понятие о нестабильности бляшки
13. Клинические проявления и классификация атеросклероза
14. Первичная и вторичная профилактика и лечение атеросклероза, методы расчета риска сердечно-сосудистых осложнений, обучение больных и их родственников методам профилактики
15. Немедикаментозная коррекция: борьба с курением, физические тренировки, нормализация массы тела и медикаментозные методы. Целевые показатели липидограммы при первичной и вторичной профилактике
16. Диетотерапия при атеросклерозе
17. Липидокорректирующая терапия. Основные группы липидоснижающих препаратов: ингибиторы ГМГ-коэнзим А редуктазы, препараты фиброевой кислоты, производные никотиновой кислоты, блокаторы абсорбции холестерина в кишечнике и другие
18. Немедикаментозные способы лечения гипер- и дислипидемий, школа пациента
19. Ишемическая болезнь сердца
20. Классификация ИБС.
21. Факторы риска. Роль морфологических и функциональных нарушений коронарного кровотока в развитии ИБС.
22. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии ИБС, гендерные особенности в развитии ИБС
23. Методы диагностики ИБС
24. Электрокардиографическое исследование, ЭКГ-пробы с дозированной физической нагрузкой при ИБС, холтеровское мониторирование ЭКГ, их чувствительность и специфичность для подтверждения диагноза
25. Радионуклидные методы исследования: миокардиосцинтиграфия с различными радиофармпрепаратами: хлоридом таллия $^{201}\text{TlCl}$, технецием пирофосфатом ($^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пирофосфат), показания и противопоказания к исследованию, чувствительность и специфичность, трактовка результатов, пробы с нагрузкой
26. Эхокардиография, стресс-эхокардиография в диагностике ИБС
27. Коронароангиография и новые методы диагностики ИБС (позитронная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с контрастированием, КТ с контрастированием), чувствительность и специфичность, показания и противопоказания
28. Хроническая сердечная недостаточность при ИБС, представления о патогенезе, классификация ХСН, принципы лечения, основные классы препаратов, применяемых при ИБС

29. Миокардиты
30. Классификация заболеваний миокарда.
31. Инфекционные миокардиты: роль вирусных и бактериальных инфекций. Неинфекционные миокардиты.
32. Диагностика миокардитов: изменение активности ферментов, изменения ЭКГ, ЭхоКГ, сцинтиграфия, МРТ сердца, роль инвазивных методов.
33. Характер течения миокардитов, исходы. Лечение миокардитов, особенности использования кортикостероидов и иммунодепрессантов.
34. Кардиомиопатии
35. Дилатационная кардиомиопатия: варианты течения, основные осложнения, методы диагностики (ЭКГ, ЭХО-КГ, ЯМР-томография, радионуклидная вентрикулография, биопсия миокарда). Лечение больных.
36. Гипертрофическая кардиомиопатия: морфологическая характеристика, гемодинамические изменения, основные клинические синдромы, нарушения ритма у больных гипертрофической КМП. Внезапная смерть у больных гипертрофической кардиомиопатией. Основные методы исследования больных (ЭКГ, ЭХО-КГ, ЯМР-томография). Лечение больных гипертрофической кардиомиопатией.
37. Рестриктивная кардиомиопатия: эндомикардальный фиброз, эндокардит Леффлера, основные клинические и физикальные синдромы, особенности диагностики, дифференциальный диагноз, лечение.
38. Понятие о вторичных кардиомиопатиях: ишемическая, токсическая (этаноловая), гипоксическая (анемическая), при болезнях накопления (амилоидоз)
39. Аритмогенная дисплазия правого желудочка
40. Опухоли сердца. Первичные и вторичные опухоли сердца.
41. Болезни перикарда
42. Перикардиты
43. Этиологические факторы развития перикардитов инфекционные, неинфекционные. Основные формы перикардитов: фибринозный, выпотной, адгезивный, констриктивный.
44. Клиника и диагностика различных видов перикардитов, особенности болевого синдрома, диагностика шума трения перикарда, накопления жидкости, тампонады сердца
45. Инструментальная диагностика перикардитов: ЭКГ, рентгенологическое исследование, эхокардиография, значение клинико-лабораторного и микробиологического исследования перикардального выпота.
46. Лечение перикардитов, неотложная помощь при тампонаде сердца методика проведения пункции перикарда.

11.2. Б.1.Б.1.2 Частная кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. Хроническая сердечная недостаточность, представления о патогенезе ХСН, систолическая и диастолическая сердечная недостаточность, роль РААС, классификация ХСН, принципы лечения, основные классы препаратов
2. Острая ревматическая лихорадка: этиопатогенез, особенности современного течения, диагностика, диагностические критерии, первичная и вторичная профилактика.
3. Инфекционные эндокардиты
4. Этиология и патогенез инфекционного эндокардита, бактериемия, особенности поражения клапанов сердца
5. Факторы риска инфекционного эндокардита, первичный и вторичный эндокардит, эндокардит при пороках сердца, у наркоманов, при искусственных клапанах, острый и подострый эндокардит
6. Клиническая картина инфекционного эндокардита, диагностические критерии.

7. Лабораторная диагностика: характерные изменения клинического анализа крови, мочи, воспалительных тестов. Посев крови (исследование гемокультуры), правила забора крови, диагностическая ценность.
8. Инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ и другие.
9. Этиотропное лечение инфекционных эндокардитов, выбор антибиотика, рациональные комбинации, минимальная длительность курса лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
10. Роль хирургических методов в лечении инфекционного эндокардита.
11. Профилактика инфекционного эндокардита: выявление и лечение очагов хронической инфекции, превентивная антибактериальная терапия при инвазивных вмешательствах
12. Пороки сердца
13. Приобретенные пороки сердца
14. Этиология приобретенных пороков, клинико-анатомические формы и патогенез нарушений гемодинамики.
15. Классификация и номенклатура приобретенных пороков.
16. Пороки митрального клапана. Стеноз митрального клапана, патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики, клинические симптомы, диагностика, лечение. Недостаточность митрального клапана, внутрисердечная гемодинамика, клинические признаки, дифференциальный диагноз, течение и прогноз, лечение
17. Пороки аортального клапана. Недостаточность аортального клапана, этиология, нарушения гемодинамики, клиническая картина, дифференциальный диагноз, течение и прогноз, лечение.
18. Стеноз аортального клапана, этиология и патогенез, клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз, течение, прогноз, лечение
19. Пороки трикуспидального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана, этиология, нарушения гемодинамики, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, прогноз, лечение. Стеноз трикуспидального клапана, частота, этиология, клинические признаки, диагноз и дифференциальный диагноз, течение, прогноз, лечение
20. Возможности ЭхоКГ в диагностике приобретенных пороков сердца.
21. Лечение пороков сердца, ведение беременных с приобретенными пороками сердца.
22. Врожденные пороки сердца
23. Классификация врожденных пороков сердца.
24. Патогенез, нарушения гемодинамики, клиника различных врожденных пороков.
25. Дефект межпредсердной перегородки.
26. Дефект межжелудочковой перегородки.
27. Открытый артериальный проток.
28. Коарктация аорты.
29. Пороки Фалло, Лютембаше, аномалия Эбштейна
30. Нарушения ритма и проводимости
31. Этиология, патогенез и методы диагностики нарушений ритма
32. Заболевания, приводящие к возникновению аритмий (ИБС (ишемия, реперфузия, кардиосклероз), пороки, артериальные гипертензии, эндокринные заболевания, миокардиты, кардиомиопатии).
33. Нарушение нейрогуморальной регуляции, вегетативные неврозы, нарушение электролитного обмена, врожденные аномалии, дополнительные пути проведения импульсов, как причина аритмий
34. Электрофизиологические механизмы аритмий, нарушение образования импульсов, нарушение автоматизма, повторный вход возбуждения, триггерная автоматическая активность.
35. Классификация и номенклатура аритмий.
36. Диагностика аритмий: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ, чрезпищеводная стимуляция предсердий, электрофизиологическое исследование.

37. Принципы и методы лечения больных с нарушением ритма
38. Показания к лечению аритмий.
39. Фармакотерапия аритмий, классификация антиаритмических средств.
40. Электростимуляция сердца, хирургическая коррекция аритмий.
41. Методы контроля эффективности лечения нарушений ритма.
42. Эктопические комплексы и ритмы
43. Экстрасистолия суправентрикулярная и желудочковая. Градация экстрасистол по частоте и сложности. Аллоритмии. Парасистолия.
44. Выскальзывающие и ускоренные ритмы, их клиническое значение.
45. Показание к лечению и способы подбора терапии при экстрасистолии.
46. Тахикардии
47. Варианты клинического течения тахикардий: пароксизмальные, непрерывно-рецидивирующие, постоянные.
48. Наджелудочковые тахикардии. Дифференциальная диагностика и лечение.
49. Трепетание и фибрилляция предсердий. Лечение.
50. Желудочковые тахикардии. Диагностика. Лечение.
51. Трепетание и фибрилляция желудочков. Дифференциальный диагноз, врачебная тактика при лечении больных с желудочковыми тахикардиями.
52. Брадикардии и нарушения проводимости
53. Нарушение функции синусового узла: синусовая брадикардия, эпизоды остановки синусового узла, синоатриальная блокада. Основные причины нарушения функции синусового узла, электрофизиологические способы оценки функции синусового узла. Показания к имплантации искусственного водителя ритма у больных с синдромом слабости синусового узла.
54. Типы кардиостимуляторов. Особенности ведения больных с постоянной электрокардиостимуляцией
55. Атриовентрикулярные блокады, диагностика, неотложное лечение атриовентрикулярных блокад II-III степени. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.
56. Нарушения проводимости в желудочках, полные и неполные блокады, двухпучковые блокады, клиническое значение, варианты, дифференциальная диагностика.
57. Патология сердца при заболеваниях дыхательной системы, легочная гипертензия, легочное сердце, распознавание, лечение
58. Артериальные гипертензии, клиника, диагностика, лечение.
59. Особенности поражения миокарда при диффузных заболеваниях соединительной ткани: системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозите, васкулитах
60. Поражение сердца при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и почек. Понятие о кардиоренальном континууме. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска.
61. Особенности патологии сердца при некоторых инфекционных заболеваниях: боррелиоз, дифтерия, скарлатина, токсоплазмоз.
62. Особенности патологии сердца при эндокринных и обменных заболеваниях.
63. Особенности поражения сердца при тиреотоксикозе и гипотиреозе, диагностика, лечение
64. Особенности поражения сердца при сахарном диабете и метаболическом синдроме

11.3. Б.1.Б.1.3 Современные методы диагностики и лечения в кардиологии

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. Роль ЭКГ в диагностике гипертрофии различных отделов сердца
2. Электрокардиограмма при нарушениях проводимости
3. ЭКГ признаки ишемии миокарда
4. ЭКГ при распознавании инфаркта миокарда

5. ЭКГ при распознавании нарушений ритма и проводимости
6. ЭКГ в распознавании нарушений функции автоматизма синусового узла
7. ЭКГ-характеристика тахиаритмий
8. ЭКГ в диагностике фибрилляции и трепетания предсердий.
9. Диагностика нарушений атрио-вентрикулярной проводимости
10. ЭКГ в диагностике миокардитов, перикардитов
11. ЭКГ в диагностике врожденных аномалий (удлиненный QT, ранняя реполяризация, синдром Бругада и др.)
12. Роль холтеровского мониторирования в распознавании дисфункций синусового узла, нарушений атрио-вентрикулярной проводимости
13. Значение холтеровского мониторирования в распознавании экстрасистолии и её прогностической значимости, в диагностике пароксизмальных нарушений ритма.
14. Холтеровское мониторирование в оценке проводимой лекарственной терапии.
15. Возможности холтеровского мониторирования в выявлении ишемии миокарда.
16. Возможности холтеровского мониторирования в оценке работы имплантированного электрокардиостимулятора.
17. Какие разновидности нагрузочных ЭКГ проб существуют, в чем их преимущества и недостатки.
18. Как оцениваются изменения ЭКГ, возникающие в ходе нагрузочного теста, каковы варианты трактовки пробы с физической нагрузкой.
19. Роль суточного мониторирования (СМАД) артериального давления в диагностике ранних стадий артериальной гипертензии.
20. Показания к проведению СМАД.
21. Показатели СМАД, используемые для оценки тяжести артериальной гипертензии.
22. Значение СМАД в подборе антигипертензивной терапии.
23. Какое место занимает ЭхоКГ в обследовании кардиологических больных?
24. Анатомические структуры сердца, которые могут быть изучены в В-режиме.
25. Спектральная доплерография и её роль в изучении внутрисердечного тока крови.
26. Какие анатомические структуры изучаются в М-режиме.
27. Основные синдромы, выявляемые при ЭхоКГ: синдром гипертрофии и дилатации камер сердца, синдром клапанных поражений, синдром сообщения между предсердиями или желудочками, синдром расширения аорты, наличия жидкости в полости перикарда, нарушения локальной сократимости миокарда, нарушения диастолической функции миокарда, легочной гипертензии.
28. Каковы дополнительные возможности ЭхоКГ в выявлении внутрисердечных тромбов, вегетаций на клапанах, внутрисердечного кальциноза и опухолей сердца.
29. Роль ЭхоКГ в оценке систолической функции миокарда.
30. Значение ЭхоКГ в диагностике хронической сердечной недостаточности.
31. Возможности ЭхоКГ в оценке легочной гипертензии.
32. Роль ЭхоКГ в диагностике ИБС.

11.4. Б.1.Б.1.4 Неотложная кардиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

1. Общие вопросы организации медицинской помощи при неотложных состояниях.
2. Острая сердечная недостаточность: сердечная астма, отек легких, острая правожелудочковая недостаточность.
3. Тромбоэмболия легочной артерии, причины, клиническая картина, диагноз и дифференциальный диагноз, современные методы лабораторной и инструментальной диагностики.
4. Разрывы сердца (разрыв межжелудочковой перегородки, сосочковых мышц, отрывы хорд наружной стенки левого желудочка). Острая тампонада сердца.

5. Острая сосудистая недостаточность: коллапс, шок., классификация, тактика ведения больных.
6. Синкопальные состояния, этиология, распознавание, методы неотложной терапии.
7. Неотложные состояния при артериальной гипертензии: гипертонические кризы, клиника, классификация, острая гипертензивная энцефалопатия, расслаивающая аневризма аорты, эклампсия, сердечная астма, тактика ведения больных, выбор гипотензивных препаратов, темп снижения АД, целевое АД, особенности наблюдения.
8. Лечение гипертонических кризов у больных с подозрением на феохромоцитому. Лечение гипертонического криза у больных с почечными заболеваниями, сахарным диабетом.
9. Сердечно-легочная реанимация. Техника реанимационных мероприятий: восстановление проходимости дыхательных путей, методы искусственной вентиляции легких, наружный массаж сердца.
10. Дефибриляция. Подготовка больного, методика проведения. Алгоритмы реанимации при разных вариантах клинической смерти. Основные лекарственные препараты и способы их введения во время проведения реанимационных мероприятий. Показания к прекращению сердечно- легочной реанимации. Диагностические признаки остановки кровообращения и смерти мозга.
11. Ведение больных в постреанимационном периоде.
12. Показания и методика проведения временной электрокардиостимуляции.

12. ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

В ходе преподавания дисциплины используются разнообразные средства обучения. Каждый раздел сопровождается практическими занятиями.

На практических занятиях рекомендуется активизировать деятельность ординаторов за счет вовлечения их в учебный диалог, в решение ситуационных задач.

Различные формы практической деятельности ординаторов существенно повышают прочность усвоения и закрепления полученных знаний. Функции практических занятий: закрепление теоретических знаний на практике, формирование исследовательских умений, применение теоретических знаний для решения практических задач, самопознание и саморазвитие специалиста.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №1

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | № 1. Общие вопросы кардиологии (история дисциплины, распространенность кардиологических заболеваний). Организация кардиологической помощи в России. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> | сформировать представление об организации кардиологической службы в РФ и основных теоретических вопросов кардиологии | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения</i> | Предмет кардиологии, эпидемиология кардиологических заболеваний в РФ .структура кардиологической службы в РФ, этапы оказания кардиологической помощи: первичная ,специализированная, высокотехнологичная. Государственные гарантии и программы обеспечения кардиологической помощью, подготовка кадров, последипломное обучение врачей. Клинико-экономический анализ | |

| |
|--|
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №2

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Анатомия и физиология сердца | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> сформировать представление о строении, топографии и физиологии сердца | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения</i> Анатомия и топография сердца в грудной клетке, рутинные и современные методы исследования анатомии сердца. Нормальная физиология системы кровообращения Электрофизиология сердца, механизм образования и проведения импульса. Возможные механизмы нарушений в образовании и проведении импульса. Врожденные аритмогенные состояния и болезни. | | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация | | |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

Методическая разработка лекции №3

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Клиническое исследование кардиологического больного. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> ознакомить с основными синдромами поражения оболочек и клапанов сердца | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения</i> Основные клинические синдромы, особенности жалоб, анамнеза и данных физикального обследования при заболеваниях сердца, семиотика кардиологических заболеваний. | | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация | | |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА №4

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Роль лабораторных методов в диагностике заболеваний сердца. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> ознакомить с основными лабораторными методами исследования | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения</i> Основные клинические и биохимические методы исследования, рутинная инструментальная диагностика, ЭКГ, ЭхоКГ. холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, их возможности. Инвазивные методы. | | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация | | |

| |
|---|
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |
|---|

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №5

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Атеросклероз, дислипидемии, связь атеросклероза и ИБС | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | дать представление о патогенезе атеросклероза, факторах риска, связи с ИБС | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения | Определение атеросклероза, этапы развития, факторы риска, роль дислипидемий. Патогенез ишемических нарушений, механизмы развития атеротромбоза. ИБС основные синдромы, классификация, диагностика | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №6

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | ИБС основные синдромы, классификация и диагностика | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой ИБС | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | ИБС: определение, основные клинические проявления, диагностика и классификация. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №7

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Кардиомиопатии | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой кардиомиопатий | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Кардиомиопатии, классификация. Клиническая картина отдельных видов кардиомиопатий. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 8

| | |
|----------|------------|
| 1. Тема: | Миокардиты |
|----------|------------|

| | | |
|--|--|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой миокардитов | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Миокардиты, этиология, основные синдромы, диагноз и классификация, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы ведения больных | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА лекции №9.

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Хроническая сердечная недостаточность | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 2 часа | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с основными лабораторными методами исследования | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 10 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 80 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения | <p>Определение ХСН, патофизиология ХСН, лево и правожелудочковая, бивентрикулярная. Понятие о систолической и диастолической дисфункции в патогенезе, диагностика классификация, лечение и профилактика</p> | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 75 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 10

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Заболевания легочной артерии, первичная и вторичная легочная гипертензия | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 часа | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с основными проявлениями и диагностикой легочной гипертензии | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения | <p>Представление о первичной и вторичной легочной гипертензии, факторах риска. Легочная гипертензия на фоне хронических заболеваний легких и сердца. Роль тромбоэмболии в развитии легочной гипертензии, клиника, диагностика, лечение и профилактика</p> | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 11

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 1. Тема: | Врожденные пороки сердца у взрослых |
|----------|-------------------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с клиникой, диагностикой врожденных пороков | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения | Отдельные виды врожденных пороков сердца (незаращение межпредсердной и межжелудочковой перегородки, боталлова протока, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, аномалия Эбштейна и др.). Диагноз, консервативное и хирургическое лечение. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 12

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Поражения сердца при ревматических заболеваниях | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с характером поражения сердца при ревматических заболеваниях | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения | Поражение сердца при острой ревматической лихорадке, формирование пороков клапанов сердца. Диагноз, лечение и профилактика первичная и вторичная. Поражение сердца при системных заболеваниях соединительной ткани и васкулитах. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 13

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Гипертоническая болезнь, факторы риска клиника, диагностика и лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой гипертонической болезни, её течением и осложнениями | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Гипертоническая болезнь, факторы риска, диагноз, классификация, осложнения, течение, стратификация риска, лечение | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ №14

| | | |
|----------------|------------------------------------|--|
| 1. Тема: | Вторичные артериальные гипертензии | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |

| | | |
|--|---|--|
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с основными методами диагностики вторичных артериальных гипертензий | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Вторичные артериальные гипертензии, определение, классификация, особенности течения при отдельных формах, дополнительные методы исследования. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ № 15

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Инфекционный эндокардит, клиника, диагностика, лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой ИБС | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Инфекционный эндокардит, этиология, основные клинические синдромы, особенности течения, «маски» ИЭ, диагностические критерии, дифференцированная терапия, профилактика | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ №16

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Поражение сердца при эндокринных и обменных заболеваниях | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с клиникой поражения сердца при эндокринных и обменных заболеваниях | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Особенности поражения сердца при тиреотоксикозе и гипотиреозе, сахарном диабете, гиперпаратиреозе первичном и вторичном, метаболическом синдроме, амилоидозе., диагноз, подходы к лечению. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ №17

| | | |
|----------------|--|--|
| 1. Тема: | Наджелудочковые тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |

| | | |
|--|--|----------|
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | | 1 час |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с диагностикой и ведением больных | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | | 5 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | | 40 минут |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Наджелудочковые тахикардии , классификация, ЭКГ- диагностика, методы лечения. Фибрилляция и трепетание предсердий, диагностика, методы лечения в зависимости от формы, необходимость антикоагулянтной терапии, применение ЭИТ. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |
| | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №18

| | | |
|--|--|----------|
| 1. Тема: | Желудочковые аритмии. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | | 1 час |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с основными проявлениями желудочковых пароксизмальных тахикардий. методами диагностики и лечения. Основные брадиаритмии, причины и классификация. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | | 5 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | | 40 минут |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Желудочковые тахикардии, этиология, клиника, диагностика, методы лечения. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №№19

| | | |
|--|---|----------|
| 1. Тема: | Особенности ЭКГ диагностики инфаркта миокарда при блокадах ножек пучка Гиса | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | | 1 час |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с ЭКГ диагностикой ИБС на фоне нарушений проводимости | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | | 5 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | | 40 минут |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда различных локализаций на фоне блокад правой и левой ножки пучка Гиса и ветвей левой ножки | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №20

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | ЭКГ пробы с физической нагрузкой, оценка и интерпретация | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с методикой проведения и оценкой | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Цели проведения нагрузочных проб, методика велоэргометрии и тредмил теста, оценка физической работоспособности, ишемических изменений | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ №21

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Основные ЭхоКГ синдромы | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с возможностями ЭхоКГ диагностики при различных заболеваниях сердца | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | ЭхоКГ при различных заболеваниях сердца, включая гипертрофию мышцы сердца, дилатации камер сердца, врожденных пи приобретенных пороков, перикардитов, нарушений глобальной и локальной сократимости, внутрисердечного тромбоза и др. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ № 22

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Роль ЭхоКГ в диагностике ИБС и хронической сердечной недостаточности | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с эхокардиографической диагностикой ИБС и сердечной недостаточности | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Определение зон локальных нарушений сократительной функции, определение нормо-, гипо-, и акинезии миокарда в различных сегментах, использование стресс-ЭхоКГ для диагностики при хронической ИБС. Современные представления о роли систолической и диастолической дисфункции сердца, определяемые по ЭхоКГ в диагностике и лечении сердечной недостаточности. | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |

| |
|---|
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |
|---|

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ №23

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Брадиаритмии: причины, симптомы, осложнения, диагностика, возможности лечения. Постоянная электрокардиостимуляция | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 2 часа | |
| 5. Учебная цель: | Ознакомить с причинами и симптоматикой брадиаритмий и их лечением. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 10 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 80 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Брадиаритмии, этиология, клинические симптомы, показания к установке постоянного электрокардиостимулятора. Основные стимуляционные режимы. Буквенный код электрокардиостимулятора. Алгоритм выбора режима КС. Возможные осложнения при использовании КС. Медикаментозная терапия больных с КС. Определение нарушений функции КС | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К ЛЕКЦИИ №24

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у кардиологических больных, основные классы препаратов. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с основными антиагрегантными и антикоагулянтными препаратами, механизмом действия | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, методика применения, особенности наблюдения и контроля, целевые показатели коагуляции | |
| 8. Иллюстрационные материалы: | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 25

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Стратегия ведения больных после стентирования коронарных артерий | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность лекций (в академических часах): | 1 час | |
| 5. Учебная цель: | ознакомить с ведением больных после стентирования коронарных артерий | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 5 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 40 минут | |
| 7. План лекции, последовательность ее изложения: | Стратегия ведения больных тройная или двойная антикоагулянтная терапия, длительность применения, зависимость от типа стента, | |

| |
|--|
| целевые показатели коагуляции при наличии осложнений и факторов риска. Реабилитация кардиологических больных: этапность и мультидисциплинарность реабилитационного процесса, обучение пациентов. Изменение образа жизни, физическая и медикаментозная реабилитация, психологическая реабилитация |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 40 слайдов – компьютерная презентация |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 26

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Заболевания аорты и периферических сосудов, распознавание, возможности консервативного и хирургического лечения | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> ознакомить с заболеваниями аорты и её ветвей | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> | Классификация заболеваний аорты и ее ветвей. Клинические проявления. Диагноз и дифференциальный диагноз. Консервативное ведение и хирургические методы коррекции | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация | | |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 27

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Внезапная сердечная смерть и сердечно-легочная реанимация | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> ознакомить с заболеваниями аорты и её ветвей | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> | Определение понятия. Причины развития внезапной сердечной смерти. Факторы риска. Критерии диагностики. Неотложные мероприятия и сердечно-легочная реанимация. | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация | | |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 28

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при тахи- и брадиаритмиях | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> ознакомить с заболеваниями аорты и её ветвей | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 10 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 80 минут | |

| |
|---|
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> Виды тахи- и брадисистолических нарушений ритма. Классификация. Причины и методы диагностики. Неотложная помощь |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> 75 слайдов – компьютерная презентация |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИИ № 29

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при кардиогенном отеке легких, кардиогенном шоке и тромбоэмболии легочной артерии. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность лекций (в академических часах):</i> | 1 час | |
| 5. <i>Учебная цель:</i> | ознакомить с заболеваниями аорты и её ветвей | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 5 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| 7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> | Виды кардиогенного шока. Механизмы развития отека легких. Источники тромбоэмболий. Клинические проявления. Неотложная помощь | |
| 8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> | 40 слайдов – компьютерная презентация | |
| 9. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

12.2. Методические указания к практическим занятиям

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1

| | | |
|---|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Введение в кардиологию, история дисциплины, эпидемиология кардиологических заболеваний, оценка риска | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, дисциплины, распространения кардиологических заболеваний, оценке риска, возможностях раннего выявления и предупреждения заболеваний сердца, | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии, медицинских сведений, сведений по эпидемиологии кардиологических заболеваний, методов оценки и данных для расчета сердечно-сосудистого риска и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Организация кардиологической помощи в России | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение представлений о структуре кардиологической помощи, видов оказания помощи, законодательной базе организации кардиологической помощи, профессиональных стандартах в кардиологии | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы с изучением сведений об организации кардиологической помощи на конкретном примере, видах кардиологической помощи, профессиональных стандартах, законодательной базе организации помощи и ожидаемых результатов Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Анатомия сердца, современные методы исследования анатомии сердца | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений об анатомии сердца и методах её исследования | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №4

| | |
|-----------------|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Клеточные основы возбуждения и сокращения сердца, сердечный цикл |
|-----------------|--|

| | | |
|---|--|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о механизмах возникновения возбуждения и сокращения сердца, методах регистрации и возможных подходах к диагностике заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии иллюстративного материала, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №5

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Регуляция деятельности сердца: миогенная, нейрогенная, гуморальная: вегетативная нервная система, барорецепторный контроль, хеморецепторный контроль, механорецепторный контроль, влияние сосудистого тонуса. Изменения бета-адренэргической стимуляции врожденные и приобретенные. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о механизмах регуляции деятельности сердца, возникновении и развития нарушений, возможностях постановки диагноза, подходах к лечению | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Систолическая и диастолическая функции сердца | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 12 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о насосной функции сердца, возникновения и развития отклонений, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 60 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 480 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №7

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Физиология сосудистой системы, характеристика региональных кровотоков | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 12 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о строении и функции сосудов, возникновения и развития основных отклонений, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 60 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 480 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №8

| | |
|-----------------|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Основные синдромы кардиологических заболеваний, их распознавание (боли, одышка, отеки, сердцебиения и аритмии, синкопальные состояния) |
|-----------------|--|

| | | |
|---|---|----------|
| | .Анамнез и физикальное обследование кардиологического больного | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | | 2 часа |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | | 10 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | | 80 минут |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №9

| | | |
|---|---|----------|
| 1. Тема: | Лабораторная диагностика заболеваний сердца, клинические и биохимические анализы крови, исследование коагуляционного гемостаза. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | | 2 часа |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | | 10 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | | 80 минут |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №10

| | | |
|-------------------|---|--|
| 1. Тема: | Электрокардиография, её роль в диагностике заболеваний сердца | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |

| | |
|--|-----------|
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение представлений о методах анализа ЭКГ, необходимых измерений, параметрах нормальной ЭКГ, формирования заключения. возможных подходах к диагностике . | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии подборок ЭКГ и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №11

| | |
|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Холтеровское мониторирование в клинической практике, принципы анализа Роль холтеровского мониторирования в распознавании дисфункции синусового узла, нарушений атриовентрикулярной проводимости, эктопических комплексов, определение прогностической значимости экстрасистолии, эффективности антиаритмической терапии, ишемии миокарда, эффективности работы кардиостимулятора |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение представлений о диагностической ценности исследования, показаниях к его проведению, оценке результатов, возможностях уточнения диагноза возможных подходах к лечению | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии подборок данных исследований и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №12

| | |
|-----------------|---|
| 1. <i>Тема:</i> | Электрокардиографические нагрузочные тесты, методика проведения пробы с нагрузкой, оцениваемые параметры: нарушения реполяризации, нарушения ритма, гемодинамическая реакция, оценка физической работоспособности |
|-----------------|---|

| | | |
|---|---|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение представлений о диагностической ценности исследования, показаниях к его проведению, оценке результатов, возможностях уточнения диагноза или постановки диагноза, подходах к лечению | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, подборок данных нагрузочных проб и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №13

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Суточное мониторирование артериального давления, определение, показаний к проведению, методика проведения СМАД, основные показатели, характеризующие артериальное давление (средние значения, максимальные и минимальные значения, гипертоническая нагрузка, суточный индекс, вариабельность артериального давления). Роль СМАД для контроля эффективности терапии | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о диагностической ценности исследования, показаниях к его проведению, оценке результатов, возможностях уточнения диагноза, подходах к оценке эффективности лечения | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, подборок данных СМАД и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №14

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Место эхокардиографии в обследовании кардиологических больных. Методика проведения ЭхоКГ. Основные анатомические структуры сердца, изучаемые при ЭхоКГ, Возможности спектральной доплерографии в исследовании внутрисердечного кровотока. Роль ЭхоКГ в диагностике гипертрофии и ремоделирования сердца, сердечной недостаточности, диастолической дисфункции, легочной гипертензии, пороков клапанов, ИБС. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о диагностических возможностях ЭхоКГ, методике исследования, основных доступах, возможностях исследования структур сердца, применяемых режимах, диагностических возможностях. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие обзорного характера проводится в учебной комнате и эхокардиографическом кабинете клинической базы при наличии тематического больного, подборок данных инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №15

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Радионуклидные методы исследования. Сцинтиграфия миокарда | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возможностях радионуклидных методов исследования, его роли в постановке диагноза, показаниях к применению, доступности. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, при наличии подборок результатов исследований и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |

| |
|--|
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №16

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | МРТ в визуализации сердца, клиническое применение Диагностика ИБС, кардиомиопатий, заболеваний перикарда, поражения клапанов и др. МРТ в визуализации сосудов и атеросклеротических бляшек «высокого риска» | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о клиническом применении МРТ сердца, показаниях к применению, постановки диагноза. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, иллюстративного материала и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №17

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Компьютерная томография сердца, клиническое применение. КТ в исследовании функции миокарда, коронарного кровотока, структурных изменений, врожденных заболеваний опухолей, заболеваний перикарда | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о применении КТ сердца, преимуществ в исследовании сердечных структур, их функции, состояния сосудистой системы сердца, уточнении и постановке диагноза. Клиническое использование метода, показания к применению. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, подборок иллюстративного материала и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. | |

| |
|---|
| Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №18

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | МРТ в визуализации сосудов и атеросклеротических бляшек «высокого риска» | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возможностях и преимуществах диагностического применения, показаниях к исследованию, оценке результатов, диагностической ценности исследования. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №19

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Инвазивные методы исследования коронарного кровотока. Катетеризация коронарных сосудов, коронарная ангиография в исследовании коронарного кровотока, клиническое применение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о применении метода, его возможностях и недостатках, методах постановки диагноза, определении подходов к лечению и исходах, осложнениях и отдаленных результатах.. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. | |

| |
|---|
| Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №20

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Атеросклероз, факторы риска. Дислипидемии, их характеристика, современные представления о роли различных дислипидемий в развитии атеросклероза Атеросклероз и ИБС, атеротромбоз. Коронарный кровоток и миокардиальная ишемия. Необструктивный атеросклероз и стабильная ИБС. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 10 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 50 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 400 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №21

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Распознавание и ведение больных со стабильной ИБС, диагностика и дифференциальная диагностика стенокардии, лечение стабильной ИБС, показания к хирургическому лечению при стабильном течении, реабилитация больных, принципы мультидисциплинарного подхода | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно- | |

| |
|--|
| инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №22

| | | |
|--|---|-----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Понятие об острых коронарных синдромах, развитие инфаркта миокарда с подъемом и без подъёма сегмента ST, тактика ведения больных, антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, чрескожные коронарные вмешательства | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №23

| | | |
|--|--|----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Клиническая фармакология лекарственных препаратов в лечении ИБС. Альфа и бета- адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений особенностях применения вышеуказанных препаратов и их комбинаций при различных вариантах течения ИБС, ожидаемых результатах | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |

| | |
|---|-----------|
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №24

| | | |
|---|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Нитраты, антиагреганты, антикоагулянты, фибринолитики, гиполипидемические препараты | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений об особенностях применения препаратов при различных вариантах течения ИБС, ожидаемых результатах, осложнениях и отдаленных результатах. | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №25

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Антиаритмические препараты. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о современных антиаритмических препаратах, механизме их действия, классификации, ориентировочных схемах использования при различных аритмиях | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы | | |

| |
|--|
| при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №26

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Диуретики, периферические вазодилататоры, метаболические препараты для лечения ИБС | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений об использовании препаратов в лечении ИБС, рекомендованных комбинациях и дозировках. | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №27

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Рентгеноэндоваскулярное лечение ишемической болезни сердца, коронарное шунтирование. Пластика и протезирование клапанов сердца, трансплантация сердца и вспомогательные устройства кровообращения. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о роли и показаниях к рентгеноэндоваскулярному лечению ИБС, типах стентов, а также показаниях к коронарному шунтированию и другим видам кардиохирургического лечения | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы или в специализированном отделении при наличии тематического больного, медицинских | | |

| |
|--|
| сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №28

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аритмии при ИБС Наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, рекомендациях по лечению и прогнозе | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №29

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аритмии при ИБС, Желудочковые аритмии, диагностика Лечение консервативное и хирургическое | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, рекомендациях по лечению и исходах, показаниях к проведению хирургического лечения | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |

| |
|--|
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №30

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аритмии при ИБС. Брадиаритмии, этиология, клиника, диагностика, лечение. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №31

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Миокардиты, этиология, патогенез, основные синдромы, распознавание, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы терапии. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №32

| | | |
|--|---|-----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Классификация кардиомиопатий, роль генетических и фенотипических факторов | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №33

| | | |
|--|---|-----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Дилатационная кардиомиопатия, клиника, диагностика, лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболевания | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |

10. Литература для проработки:
ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №34

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Гипертрофическая кардиомиопатия, клиника, диагностика, лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №35

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Рестриктивная кардиомиопатия, клиника диагностика, лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №36

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аритмогенная дисплазия сердца, некомпактный миокард левого желудочка | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №37

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Акогальная кардиомиопатия, спортивное сердце | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №38

| | | |
|-----------------|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Заболевания перикарда, клиника, диагностика | |
|-----------------|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №39

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Врожденные заболевания сердца у взрослых, основные синдромы, диагностика врожденных пороков сердца: дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, коарктация аорты, аномалия Эбштейна, врожденный порок с функционально единственным желудочком. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о клинических проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №40

| | |
|----------|--|
| 1. Тема: | Синкопальные состояния. Определение, характерные клинические |
|----------|--|

| | | |
|---|---|--|
| | симптомы, тактика обследования и лечения | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №41

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Острая сердечная недостаточность, клиническая картина, классификация, лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в помещении клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №42

| | | |
|----------|---|--|
| 1. Тема: | Хроническая сердечная недостаточность. Патопфизиология ХСН. Клеточные механизмы СН, нейрогормональная активация | |
|----------|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| | Левожелудочковая, правожелудочковая, бивентрикулярная СН, СН с сохраненной и уменьшенной фракцией выброса. Роль диастолической дисфункции сердца в патогенезе СН. Биомаркеры сердечной недостаточности. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №43

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Диагностика ХСН: клинические симптомы, лабораторная и клиническая диагностика классификация, лечение (диуретики, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, периферические вазодилататоры и комбинации препаратов. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №44

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Дигоксин в лечении сердечной недостаточности, современные представления. Методика применения и наблюдения, целевая концентрация в крови. Побочные эффекты | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о показаниях к применению, методике применения препарата, оценке эффективности, побочных эффектах и методах их предупреждения | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №45

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Синдром легочной гипертензии, определение. Основные симптомы, классификация. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия Клинические признаки, диагноз, лечение (антикоагулянты, инотропные препараты, диуретики, кислород, блокаторы кальциевых каналов, простагландин и аналоги, антагонисты рецепторов эндотелина, комбинации препаратов). | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый | |

| |
|--|
| контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №46

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Легочная гипертензия, вызванная патологией левых камер сердца. Легочная гипертензия при врожденных и приобретенных пороках сердца, заболеваниях соединительной ткани | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №47

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Вторичная легочная гипертензия при заболеваниях легких (легочный фиброз, обструкция дыхательных путей, эмфизема легких), клинические признаки, инструментальная диагностика (рентгенография легких, ЭКГ, ЭхоКГ) | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №48

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Тромбоэмболия легочной артерии, диагностика и лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, дополнительных исследованиях, подходах к лечению и исходах и профилактике. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №49

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Легочное сердце, клиника, диагностика, лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |

10. Литература для проработки:
ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №50

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Острая ревматическая лихорадка. Основные клинические признаки, классификация, критерии диагноза, особенности течения кардита, артрита, хореи, кожных симптомов, лечение, диспансеризация и профилактика. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №51

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Стеноз и недостаточность аортальных клапанов, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез гемодинамических нарушений, основные симптомы, возможности консервативной терапии, показания к хирургическому лечению | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №52

| | | |
|--|---|-----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Митральная недостаточность, основные причины. Клинические симптомы, инструментальные исследования, определение тяжести регургитации, диагноз, лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №53

| | | |
|--|---|-----------|
| 1. <i>Тема:</i> | Пролапс митрального клапана, причины, клиническая симптоматика, диагноз, лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|--|
| медицинской карты. |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №54

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Митральный стеноз, этиология, клинические симптомы, осложнения, классификация, диагностика, лечение консервативное и хирургическое | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеосфрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №55

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Поражения трикуспидального клапана, клинические признаки, диагностика стеноза и недостаточности трикуспидального клапана, возможности консервативной терапии, хирургическое лечение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеосфрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|--|
| медицинской карты. |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №56

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Особенности поражения сердца при системных ревматических заболеваниях | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеотрекеры | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №57

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия), факторы риска, патогенез, клинические симптомы, классификация, течение, органы мишени. Методы обследования больных с артериальной гипертензией | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях эссенциальной гипертензии, методах постановки диагноза, течения и поражения органов-мишеней | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеотрекеры | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №58

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Эссенциальная гипертензия, определение стадий в течении заболевания, стратификация сердечно-сосудистого риска. Выбор тактики лечения, немедикаментозная и медикаментозная терапия, особенности терапии при поражении органов мишеней, комбинированная терапия. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 18 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, течения, стратификации сердечно-сосудистого риска, определения тактики лечения и исходах заболевания | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 90 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 720 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №59

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Представление о вторичных артериальных гипертензиях, классификация Артериальная гипертензия при хронических заболеваниях почек | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о вторичных артериальных гипертензиях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний. Особенности артериальной гипертензии при хронических заболеваниях почек, возможности терапии. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |

| |
|--|
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №60

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Вазоренальные артериальные гипертензии | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах . | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №61

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Эндокринные артериальные гипертензии | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №62

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Артериальные гипертензии при поражении крупных артериальных сосудов Изолированная систолическая гипертензия, распознавание, особенности лечения. Артериальная гипертензия при синдроме ночного апноэ, причины, возможности терапии. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний. Освоение представлений о природе систолической гипертензии, методах распознавания и особенностях терапии. Освоение представлений о природе артериальной гипертензии у лиц с ночным апноэ, методов подтверждения диагноза и лечения. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №63

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Центрогенные артериальные гипертензии | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |

| |
|--|
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №64

| | |
|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Лекарственные артериальные гипертензии |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №65

| | |
|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Поражение сердца при инфекционных заболеваниях, диагностика, особенности течения, наблюдения, лечения. |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 8 часов |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 40 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 320 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. | |

| |
|--|
| Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №66

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Инфекционный эндокардит. Микробиология инфекционного эндокардита, обследование больного, диагноз: основные диагностические критерии, осложнения, антимикробная терапия, возможности хирургического лечения | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №67

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Клинические признаки поражения сердца при эндокринных заболеваниях | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. | |

| |
|---|
| Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №68

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Поражение сердца при болезнях накопления, нервно-мышечных заболеваниях | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №69

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Поражение сердца при амилоидозе, гемохроматозе, саркоидозе, распознавание, диагностические исследования. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |

| |
|--|
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №70

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Поражение сердца при заболеваниях почек. Кардиоренальный синдром. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №71

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Поражение сердца при цереброваскулярных заболеваниях, инсульте: изменения миокарда, аритмии, нейрогенный отек легких, внезапная смерть. Роль заболеваний сердца в этиологии инсультов | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. | |

| |
|--|
| Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №72

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Клиническая фармакология и классификация основных антиаритмических препаратов | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений об особенностях действия различных препаратов, методах выбора препарата, особенностях наблюдения. Возможные сочетания препаратов. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования, применения антиаритмических препаратов и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №73

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Этиология, патогенез и распознавание наджелудочковых тахикардий, ведение больных | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболевания | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |

| |
|--|
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №74

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Основные принципы ведения больных с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляцией предсердий. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №75

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Ведение больных с желудочковыми нарушениями ритма, оценка риска, медикаментозные и немедикаментозные методы. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |

| |
|--|
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №76

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Тактика ведения больных с брадиаритмиями | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 8 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 40 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 320 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №77

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Анализ ЭКГ: определение положения электрической оси сердца и её отклонений, положения сердца в грудной клетке, использование шестиосевой системы Бейли, дополнительные отведения. Методика оформления заключения. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | углубленные представления о вариантах нормальной ЭКГ, определение положения сердца с использованием различных методов, показатели нормальной ЭКГ, в том числе при занятиях спортом, оформление заключения | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематических подборок ЭКГ и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. | |

| |
|--|
| Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №78

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Определение признаков гипертрофии и перегрузки различных отделов сердца | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение методов диагностики гипертрофии и перегрузки различных отделов сердца, цифровые показатели, формирование заключения. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №79

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | ЭКГ при блокадах ножек пучка Гиса и ветвей левой ножки. ЭКГ при ускорении атрио-вентрикулярной проводимости. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, блокад, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению, в том числе показаний к ресинхронизации миокарда, исходах и прогнозе. Освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. | |

| |
|--|
| Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №80

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | ЭКГ при ишемии миокарда и при различных локализациях инфаркта миокарда | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных сведений о методах постановки диагноза, определении локализации и тяжести поражения, возможных осложнениях и прогнозе | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №81

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | ЭКГ при хронической ИБС, основные функциональные пробы, методика проведения. Особенности течения ИБС у женщин, клиника, диагностика, основные функциональные пробы, показания к применению | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |

10. Литература для проработки:
ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №82

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Синусовые тахикардии, аритмии и брадикардии. Синдром слабости синусового узла | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах . | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №83

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Активные эктопические комплексы и ритмы. Экстрасистолия и парасистолия. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, определении подходов к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №84

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Пароксизмальные тахикардии | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, выбора лечебной тактики и исходах | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №85

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Синоаурикулярные и атриовентрикулярные блокады, распознавание, классификация, лечение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, определения тактики лечения и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №86

| | | |
|-----------------|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Изменения ЭКГ при нарушениях электролитного обмена и при | |
|-----------------|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| | применении некоторых лекарственных препаратов | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, тактике лечения и наблюдения | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №87

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Методика проведения ЭхоКГ. Основные синдромы, распознаваемые при УЗ- исследовании сердца. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о распознавании основных синдромов, их проявлениях, методах постановки диагноза, определения тактики лечения и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №88

| | |
|----------|---|
| 1. Тема: | Клиническая оценка нарушений систолической функции миокарда и диастолической дисфункции в распознавании и лечении хронической сердечной недостаточности |
|----------|---|

| | | |
|---|---|--|
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, определения тактики лечения и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №89

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Ремоделирование миокарда, методы оценки, клиническое и прогностическое значение | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок. Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №90

| | | |
|-------------------|---|--|
| 1. Тема: | Роль ЭхоКГ в распознавании ИБС и её осложнений. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |

| | |
|---|-----------|
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о роли ЭхоКГ в оценке ишемических повреждений миокарда, уточнения диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №91

| | | |
|---|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Методика проведения стресс-эхокардиографии и оценки её результатов. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о роли ЭхоКГ в диагностике скрытых ишемических повреждений миокарда, в постановке диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №92

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Возможности ЭхоКГ в оценке степени легочной гипертензии, клиническое значение | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 2 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии легочной | | |

| | |
|--|----------|
| гипертензии при сердечных и легочных заболеваниях, оценке её тяжести, определении диагноза ведущего заболевания, определения тактики лечения и прогноза. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 10 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | 80 минут |
| 7. Условия для проведения занятия: занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №93

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Основные характеристики современных кардиостимуляторов, показания к применению. ЭКГ при различных типах кардиостимуляции. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: освоение представлений о методах современной кардиостимуляции, типах кардиостимуляторов, показаниях к постоянной кардиостимуляции. Особенности ЭКГ при различных типах кардиостимуляции | | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №94

| | | |
|--|--|--|
| 1. Тема: | Особенности динамического наблюдения при постоянной кардиостимуляции, возможные осложнения | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: освоение современных представлений о наблюдении больных с постоянной кардиостимуляцией, методах выявления осложнений и их коррекции, возможных подходах к | | |

| | |
|--|-----------|
| предупреждению. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут |
| 7. Условия для проведения занятия: занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №95

| | | |
|--|---|--|
| 1. Тема: | Лечение аритмий у больных с постоянной электрокардиостимуляцией | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: освоение современных представлений о причинах возникновения аритмий при постоянной электрокардиостимуляции, их проявлениях, методах постановки диагноза, определения тактики антиаритмической терапии | | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №96

| | | |
|---|--|--|
| 1. Тема: | Основные принципы антиагрегантной и антикоагулянтной терапии | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 12 часов | |
| 5. Учебные цели: освоение современных представлений о коагуляционном гемостазе, его нарушениях и методах коррекции. | | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 60 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 480 минут | |

| |
|---|
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №97

| | | |
|---|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Современные антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, особенности применения и наблюдения | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение представлений о современных антиагрегантных и антикоагулянтных препаратах, показаниях к их применению в кардиологии, сравнительной эффективности, особенностях наблюдения | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №98

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Алгоритмы применения антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов после стентирования коронарных артерий | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о методах применения антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов после стентирования коронарных артерий, возможные осложнения и пути их предупреждения, определение сроков применения препаратов. | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |

| |
|---|
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №99

| | | |
|---|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аневризмы аорты, этиология, патогенез, основные клинические проявления, осложнения | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 12 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях аневризм аорты, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболевания | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 60 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 480 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №100

| | | |
|--|--|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Консервативное и хирургическое лечение аневризмы аорты | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 12 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях аневризм аорты, методах постановки диагноза, возможных подходах консервативного и хирургического лечения. | | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 60 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 480 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно- | | |

| |
|--|
| инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №101

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Атеросклероз аорты, основные клинические симптомы, атероматозные эмболии, симптомы острых окклюзивных поражений. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 12 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях атеросклероза аорты и её ветвей, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 60 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 480 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №102

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Аортиты, этиология, основные симптомы и диагностика | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 10 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии аортитов, клинических проявлениях, классификации, методах постановки диагноза, возможных подходах к лечению и исходах заболеваний | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 50 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 400 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок | |

| |
|--|
| Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №103

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Классификация неотложных кардиологических состояний и принципы оказания неотложной помощи | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях неотложных кардиологических состояний, методах постановки диагноза, определения тактики ведения. | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №104

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Основные правила сердечно-легочной реанимации. Неотложная помощь при внезапной смерти. Электрокардиостимуляция при асистолии, показания к проведению | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях внезапной смерти, методах постановки диагноза, правилах оказания неотложной помощи | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок | |

| |
|--|
| Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №105

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при аритмиях, алгоритм действий, основные лекарственные препараты, электроимпульсная терапия, подготовка и проведение. | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях аритмий, методах постановки диагноза, методах оказания неотложной помощи | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №106

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при брадиаритмии и приступах МАС | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 4 часа | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях брадиаритмий, методах постановки диагноза, определению тактики лечения Неотложная помощь при приступах МАС | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 20 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 160 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала | |

| |
|--|
| с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №107

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Неотложная помощь при ОКС, инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии. | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 6 часов | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, выполнения неотложных мероприятий при выявлении заболевания и назначения необходимой лекарственной терапии | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 30 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 240 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №108

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Неотложная помощь при сердечной астме и кардиогенном отеке легких | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях, методах постановки диагноза, выполнения неотложных мероприятий и лекарственной терапии | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной | |

| |
|---|
| медицинской карты. |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №109

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при остром повышении артериального давления, дифференцированная помощь в зависимости от наличия осложнений и сопутствующих заболеваний | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях гипертонических кризов, установления диагноза, подходах к лечению при неосложненных и осложненных случаях заболевания | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. <i>Литература для проработки:</i> | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №110

| | | |
|--|---|--|
| 1. <i>Тема:</i> | Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии, диагноз, дифференциальный диагноз | |
| 2. <i>Дисциплина:</i> | «Кардиология» | |
| 3. <i>Специальность:</i> | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i> | 6 часов | |
| 5. <i>Учебные цели:</i> | освоение современных представлений о возникновении и развитии, проявлениях тромбоэмболии легочной артерии, постановке диагноза, оказанию неотложной помощи | |
| 6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i> | 30 минут | |
| <i>Объем новой информации (в минутах):</i> | 240 минут | |
| 7. <i>Условия для проведения занятия:</i> | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. <i>Самостоятельная работа ординатора:</i> | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> | Контрольный опрос или тестовый контроль. | |

| |
|--|
| Дискуссия по результатам выполненной работы |
| 10. Литература для проработки: ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru |

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №111

| | | |
|---|---|--|
| 1. Тема: | Синкопальные состояния, этиология, кардиогенные и ятрогенные причины, клинические признаки, дифференциальный диагноз, неотложная помощь | |
| 2. Дисциплина: | «Кардиология» | |
| 3. Специальность: | «Кардиология» 31.08.36 | |
| 4. Продолжительность занятий (в академических часах): | 4 часа | |
| 5. Учебные цели: | освоение современных представлений о причинах возникновения и развитии, особенностях клинических проявлений, методах уточнения диагноза, дополнительных исследованиях, дифференцированном подходе к лечению. | |
| 6. Объем повторной информации (в минутах): | 20 минут | |
| Объем новой информации (в минутах): | 160 минут | |
| 7. Условия для проведения занятия: | занятие проводится в учебной комнате клинической базы при наличии тематического больного, медицинских сведений, данных лабораторно-инструментального обследования и методических разработок Наглядные пособия: таблицы, фотографии, муляжи, видеофрагменты | |
| 8. Самостоятельная работа ординатора: | Повторение и реферирование пройденного материала с использованием методических разработок, лекций, учебника, ресурсов сети Интернет. Самостоятельная отработка приемов и навыков работы с пациентом, написание учебной медицинской карты. | |
| 9. Методы контроля полученных знаний и навыков: | Контрольный опрос или тестовый контроль. Дискуссия по результатам выполненной работы | |
| 10. Литература для проработки: | ЭБД «Консультант врача» www.rosmedlib.ru | |

12.3. Методические рекомендации преподавателю

В начале каждого тематического модуля определяется цель, которая должна быть достигнута в результате освоения модуля. Ключевым положением конечной цели модуля является формирование умения решать профессиональные врачебные задачи по теме модуля на основе анализа данных о болезни и пациенте.

На следующем этапе изучения модуля проводится оценка уровня исходной подготовки обучающихся по теме модуля с использованием тематических тестов. При необходимости (с учетом результатов тестового контроля) проводится коррекция знаний и дополнение информации.

По основным проблемным теоретическим вопросам темы модуля организуется дискуссия учащимися с участием и под руководством преподавателя. Дискуссия имеет целью определение и коррекцию уровня подготовки обучающихся по теме модуля, а также оценку их умения пользоваться учебным материалом. Дискуссия не должна превышать 30% всего времени модуля.

Для формирования у обучающихся умения проводить анализ данных о заболевании ординаторы самостоятельно (возможно в малых группах по 2-3 человека) под контролем преподавателя, решают ситуационные задачи и/или работают с пациентами. Работа ординатора в малой группе формирует у него чувство коллективизма и коммуникабельность.

Алгоритм работы при решении профессиональных задач предполагает проведение анализа конкретных сведений о форме заболевания, результатах лабораторных и

инструментальных методов исследования и о пациенте. При этом дается характеристика причин и условий, вызывающих заболевание; ключевых звеньев его патогенеза, проявлений и механизмов их развития, исходов заболевания. Этот этап решения задачи моделирует одно из важных действий врача постановку и обоснование диагноза, а также прогноз развития патологии. На следующем этапе формулируются (там, где это необходимо) и обосновываются принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, а также профилактики синдрома, заболевания, болезненного состояния или иной формы патологии.

Материально-техническое обеспечение содержания дисциплины должно соответствовать современным требованиям преподавания клинических дисциплин.

Учебные комнаты оборудованы проекционной и мультимедийной аппаратурой, иллюстративными материалами, видеофильмами, тематическими таблицами, прочими материалы на CD и DVD-носителях.

12.4. Формы и методика текущего и итогового контроля

Контроль и коррекция усвоения материала модуля проводятся на основе оценки преподавателем результатов индивидуального самостоятельного решения обучающимися ситуационных задач, тестовых вопросов, дискуссий на заданные темы. Такой подход позволяет достигнуть главную цель изучения дисциплины – сформировать основы рационального мышления и эффективного действия будущего врача.

12.5. Критерии оценивания знаний ординаторов по учебной дисциплине на промежуточной аттестации (в виде дифференцированного зачета)

Оценивание знаний ординаторов определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Изложение учебного материала носит системный характер, содержит четкую, логическую структуру.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной литературы. Изложение учебного материала не всегда носит системный характер, иногда нарушается логика ответа. Обучающийся способен к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой. Отсутствует системный характер в изложении учебного материала, нарушена логика ответа. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, наблюдаются серьезные фактические ошибки в теоретическом материале и в логике ответа.

13. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОРДИНАТОРАМ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

К самостоятельной работе обучающихся относится проработка учебного материала по конспектам, учебной и научной литературе, изучение учебного материала, перенесенного с аудиторных занятий на самостоятельную проработку, написание рефератов, выполнение расчетно-графических домашних заданий, решение ситуационных задач, подготовка к зачетам и экзаменам, и другие виды самостоятельной работы.

Самостоятельная работа ординатора при написании рефератов способствует формированию способности анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать

результаты естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной и социальной деятельности.

Самостоятельная работа ординаторов подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах). Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной деятельности по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к информационным и библиотечным фондам кафедры и ВУЗа.

Задания для самостоятельной работы ординаторов

| № п/п | Вопросы для самостоятельного изучения | Краткое содержание и вид самостоятельной работы | Трудоёмкость (часы) |
|-------|---------------------------------------|--|---------------------|
| 1 | Теоретические основы кардиологии | Топография и строение сердца, изменение топографии и размеров сердца в период сокращения, коронарное кровообращение, регуляция коронарного кровотока Электрофизиология сердца, автоматизм, возбудимость, проводимость, рефрактерность. Механизмы нарушения образования и проведения импульса. Генетические основы заболеваний сердца, врожденные аритмогенные состояния и болезни Проработка <i>материала по учебной и научной литературе, устный доклад</i> | 36 |
| 2 | Методы исследования | Семиотика кардиологических заболеваний, оценка клинических симптомов, физикальное исследование, аускультация сердца, формирование шумов при врожденных и приобретенных пороках. Лабораторные методы исследования и их роль в диагностике. Роль современных методов исследования, их использование в клинической практике. Специальные методы диагностики: КТ, МРТ, радиоизотопные исследования, показания к проведению специальных исследований <i>Изучение литературы, устный доклад</i> | 24 |
| 3 | Атеросклероз | Современные представления о патогенезе атеросклероза Атеротромбоз, клинические проявления диагностика Роль атеросклероза в возникновении и развитии ИБС, основные факторы риска. Необструктивный атеросклероз и неатерогенные причины ИБС. Диагностика стабильных форм ИБС Консервативное и хирургическое лечение при стабильной ИБС Острые коронарные синдромы, их распознавание и ведение. Показания к коронарным вмешательствам. Антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия при различных формах ИБС. <i>(Изучение</i> | 36 |

| | | | |
|----|--|---|----|
| | | <i>литературы, устный доклад).</i> | |
| 4 | Некоронарогенные заболевания миокарда | Миокардиты этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение и профилактика. Классификация кардиомиопатий, представление о роли семейных и наследственных факторов, клиническая и инструментальная диагностика, диф. диагноз с вторичными кардиомиопатиями Заболевания перикарда. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 36 |
| 5. | Хроническая сердечная недостаточность . Кардиопульмональные заболевания | ХСН. Этиология, патогенез, клиника, современные классификации, инструментальная диагностика, роль ЭхоКГ в диагностике, современные методы лечения и профилактики Кардиопульмональные заболевания с развитием легочной гипертензии, формы идиопатические и вторичные ассоциированные с заболеваниями легких и сердца. Клиническая картина, возможности лечения и профилактики <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| 6 | Патология сердца при ревматических заболеваниях | Патология сердца при различных ревматических заболеваниях, клапанные поражения и пороки сердца <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| 7. | Артериальные гипертензии | Гипертоническая болезнь Особенности обследования больного, определение сердечно-сосудистого риска, осложнения, лечение и профилактика. Купирование гипертонических кризов. Вторичные артериальные гипертензии, патогенез клинические особенности, течение, диагностика. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 36 |
| 8 | Инфекционный эндокардит | Этиология ИЭ, клиника, трудности диагностики, современные диагностические критерии, методы лечения и профилактики Поражение сердца при инфекционных заболеваниях. Поражение сердца при эндокринных заболеваниях. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| 9 | Аритмии и их лечение | Классификация и электрофизиологические основы возникновения тахи брадиаритмий, клинические проявления, диагностика, дифференцированное применение антиаритмических препаратов. Особенности антикоагулянтной терапии при нарушениях ритма. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| 10 | Анализ и интерпретация ЭКГ | Анализ и интерпретация нормальной ЭКГ ЭКГ при гипертрофии отделов сердца, блокады ножек и ветвей левой ножки. Нарушения автоматизма, проведения по атрио- | 24 |

| | | | |
|-------|--|---|-----|
| | | вентрикулярному узлу. Диагностика ИБС и инфаркта миокарда. Миграция водителя. Атриовентрикулярная диссоциация. Парасистолия. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | |
| 11. | Анализ и интерпретация ЭхоКГ | Основные синдромы, выявляемые с помощью ЭхоКГ. Роль ЭхоКГ в диагностике ХСН, ИБС. Диагностика клапанных поражений сердца, оценка состояния миокарда и др. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 12 |
| 12 | Ведение больных с электрокардиостимуляцией | Показания к имплантации КС при дисфункции синусового узла и атриовентрикулярной блокаде. Основные стимуляционные режимы, однокамерная и двухкамерная стимуляция. Буквенный код электрокардиостимулятора. Возможные осложнения, особенности антикоагулянтной терапии и использования антиаритмических препаратов Принципы диагностики нарушений функций КС, диспансерное наблюдение и профилактика инфекционных эндокардитов, медико-социальная экспертиза. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 12 |
| 13 | Ведение больных после кардиохирургических вмешательств | Стратегия ведения больных после стентирования коронарных артерий, тройная и двойная антикоагулянтная терапия Основные антиагрегантные препараты. Методика подбора терапии антагонистами витамина К и новыми антикоагулянтами. Целевые показатели коагуляции. Реабилитация больных после инфаркта миокарда и кардиохирургических вмешательств (национальные рекомендации). <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 12 |
| 14. | Распознавание и ведение больных с поражениями аорты и периферических сосудов | Аорта и её функции. Аневризмы аорты. Атеросклероз различных областей аорты Клиника, диагностика. Аортиты (болезнь Такаясу, гигантоклеточный артериит и др). Вовлечение периферических артерий. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| 15. | Неотложная кардиология | Внезапная смерть и сердечно-легочная реанимация. Неотложная помощь при аритмиях. Купирование гипертонического криза. Алгоритм действий при отеке легких, кардиогенном шоке, тромбоэмболии легочной артерии, синкопальных состояниях. <i>(Изучение литературы, устный доклад).</i> | 24 |
| Итого | | | 372 |

14. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения об оснащённости образовательного процесса оборудованием:

| Наименование специализированных аудиторий и лабораторий | Перечень оборудования | | Примечание |
|---|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | Необходимо | Фактическое наличие | |
| 1 | 2 | 2 | 3 |
| Кардиологическое отделение ГМПБ №2 | | | |
| Ауд. № 1 «Учебная комната» | | 1. Доска - 1 2. Компьютер - 1 | - Программное обеспечение: MS Office |
| Кардиологическое отделение Госпиталя ветеранов войн на Старорусской 3 | | | |
| Учебный класс | | Компьютеров - 1 Доска - 1 | |

15. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ

| Название (кол-во стр. или печ. л.) | Автор (ы) | Год издания | Издательство | Гриф |
|---|--|-------------|--------------|-------------------|
| 1. Современные методы функциональной диагностики в кардиологии, часть 1, 72 с. | Д.Д. Зотов | 2013 | СПбГПМУ | |
| 2. Современные методы функциональной диагностики в кардиологии, часть 2, СПб, 51 с. | Д.Д. Зотов | 2013 | СПбГПМУ | |
| 3. Болезни аорты и периферических артерий, 44 с. | Ю.Р. Ковалев, Е.А. Курникова, С.В. Шендеров | 2015 | СПбГПМУ | |
| 4. Обморочные (синкопальные) состояния СПб, 30 с. | Ю.Р. Ковалев, Е.А. Курникова, Ан.М. Осадчий | 2015 | СПбГПМУ | |
| 5. Артериальные гипертензии. СПб, Издание ГПМУ, 44 с. | Ю.Р. Ковалев, Е.А. Курникова, А.П. Кучинский | 2016 | СПбГПМУ | |
| 6. Хроническая сердечная недостаточность. СПб, Издание ГПМУ, 36 с. | Д.Д. Зотов | 2020 | СПбГПМУ | |
| 7. Госпитальная терапия: учебник / под ред. А.В. Гордиенко – 3-е изд., испр. и доп. (учебник для ВУЗов) | А.С. Галенко (в соавторстве) | 2020 | Спецлит | Учебник для ВУЗов |
| 8. Заболевания перикарда СПб, Издание ГПМУ, 36 с. | А.С. Галенко | 2021 | СПбГПМУ | |

16. ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ

К инновациям в преподавании дисциплины «Кардиология» относится ранее не использованная в СПбГПМУ педагогическая технология и методика обучения «Портфолио».

«Портфолио» представляет собой комплект документов, отражающий совокупность индивидуальных достижений ординатора. Создание «Портфолио» - творческий процесс, позволяющий учитывать результаты, достигнутые ординатором в разнообразных видах деятельности (учебной, творческой, социальной, коммуникативной) за время изучения дисциплины «Кардиология».

Основная цель «портфолио» - помощь обучающемуся в самореализации как личности, как будущему специалисту, владеющему профессиональными знаниями, умениями, навыками и способным решать организационные задачи.

Функциями «Портфолио» являются: отслеживание хода процесса обучения; поддержка высокой мотивации ординаторов; формирование и организационное упорядочивание учебных умений и навыков.

Структура «Портфолио» должна включать:

- конспект лекций;
- выполнение практических заданий для самостоятельной работы;
- решение ситуационных задач;
- информацию об участии в предметных конференциях;
- реферат.

Оценка осуществляется по каждому разделу «Портфолио».

«Портфолио» позволяет решать важные педагогические задачи:

- поддерживать высокую учебную мотивацию обучающегося;
- поощрять их активность и самостоятельность;
- расширять возможности обучения и самообучения;
- формировать умение учиться – ставить цели, планировать и организовывать собственную учебную деятельность;

- использовать папки личных достижений обучающегося (портфолио) позволяет в условиях рынка труда обучить ординатора самостоятельному решению технических, организационных и управленческих проблем, умению представить себя и результаты своего труда.