

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Наумова Наталия Александровна

Должность: Ректор

Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41

Уникальный программный ключ:

6b5279da4e034bffa679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»

(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра терапии

УТВЕРЖДЕН на заседании кафедры

Протокол от «01» / 05 2024 г. № 9

Зав. кафедрой

/Палеев Ф.Н./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Введение в кардиологию

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи

2024

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	6
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	35

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
2.	
ДПК-3.1. Определяет порядок и методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-3.2. Демонстрирует навыки проведения обследования, правильной интерпретации его результатов, корректной и быстрой формулировки основной диагностической концепции, проведения дифференциальной диагностики и установки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-3.3. Выбирает методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

3. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ДПК-3	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля. Умеет на основании знаний пропедевтики внутренних болезней, формулировать основную диагностическую концепцию.	Устный опрос, реферат, решение ситуационных задач,	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания ситуационных задач

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля. Умеет на основании знаний пропедевтики внутренних болезней, формулировать основную диагностическую концепцию. Владеет практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
--	-------------	--	--	-----------------------	--

Описание шкал оценивания

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	30
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	15
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	5
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
---------------------	-------

Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	20
Верно решено 4 задачи	10
Верно решено 3 задачи	5
Верно решено 0,1,2 задачи	0

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Текущий контроль

ДПК-3. Определяет порядок и методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями. Демонстрирует навыки проведения обследования, правильной интерпретации его результатов, корректной и быстрой формулировки основной дифференциальной диагностики и установки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней. Выбирает

методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы.

Знает: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля. диагностической концепции, проведения

Умеет: на основании знаний пропедевтики внутренних болезней, формулировать основную диагностическую концепцию.

Владеет: практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями

Задания для оценивания знаний в соответствии с ДПКЗ на пороговом и продвинутом уровне

Перечень вопросов для написания реферата

1. Анатомия сердца
2. Круги кровообращения
3. Коронарное кровообращение и иннервация сердца
4. Проводящая система сердца
5. Неинвазивные методы обследования кардиологических больных
6. Инвазивные методы обследования кардиологических больных
7. Принципы записи электрокардиограммы (ЭКГ) сердца
8. Основные показатели ЭКГ в норме
9. Стенокардия напряжения (клиника, диагностика)
10. Стенокардия напряжения (основные принципы лечения)
11. Ишемическая болезнь сердца: основные формы, принципы диагностики и современная тактика ведения больных;
12. Миокардиты и перикардиты: этиология, дифференциально-диагностический поиск;
13. Современные подходы к ведению пациентов с хронической сердечной недостаточностью;
14. Наджелудочковые нарушения ритма сердца: принципы ведения больных и профилактики осложнений;
15. Принципы оценки качества вторичной профилактики у пациентов с острым инфарктом миокарда;
16. Концепция «здорового образа жизни» в кардиологии: немедикаментозное снижение влияния факторов риска;
17. Сопутствующие терапевтические заболевания у пациентов с хронической сердечной недостаточностью;
18. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных: ведение пациенток и безопасность терапии;
19. Пациенты пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью: стратификация риска неблагоприятных исходов и повышение качества жизни;
20. Длительное ведение и реабилитация пациентов с различными формами ишемической болезни сердца.
21. Факторы риска и патогенетические механизмы развития атеросклероза.
22. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза.
23. Классификация дислипидемий, тактика лечения
24. Классификация и факторы риска развития ИБС.
25. Функциональная классификация стенокардии.
26. Клинические особенности различных вариантов стенокардии
27. Показания и методы хирургического лечения ИБС.
28. Новые ишемические состояния миокарда.
29. Дифференциальная диагностика кардиалгии
30. Врачебно-трудовая экспертиза при ИБС.

Задания для оценивания ДПК-3 на пороговом уровне

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Пациент М., 60 лет. Жалобы на нарастающую одышку в течение последнего месяца, появились отеки нижних конечностей.

Из анамнеза: Житель сельской местности. 4 месяца назад перенес инфаркт миокарда ЛЖ передне-боковой локализации. Лечился в районной больнице консервативно без применения методов реваскуляризации миокарда. Постоянно принимает кардиомагнил 75 мг в сутки, клопидогрель 75 г в сутки, эналаприл 10 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки, аторвастатин 10 мг в сутки.

При осмотре: При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Выслушивается громкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 82 в мин. АД 135/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Отеки нижней трети голеней.

ЭхоКГ: выявлен гипокинез переднего и бокового средних сегментов ЛЖ. ФВ ЛЖ 53%. Митральная регургитация 3 степени. Поток регургитации направлен эксцентрично вдоль боковой стенки левого предсердия. Левое предсердие расширено до 5 см (рис. 1).

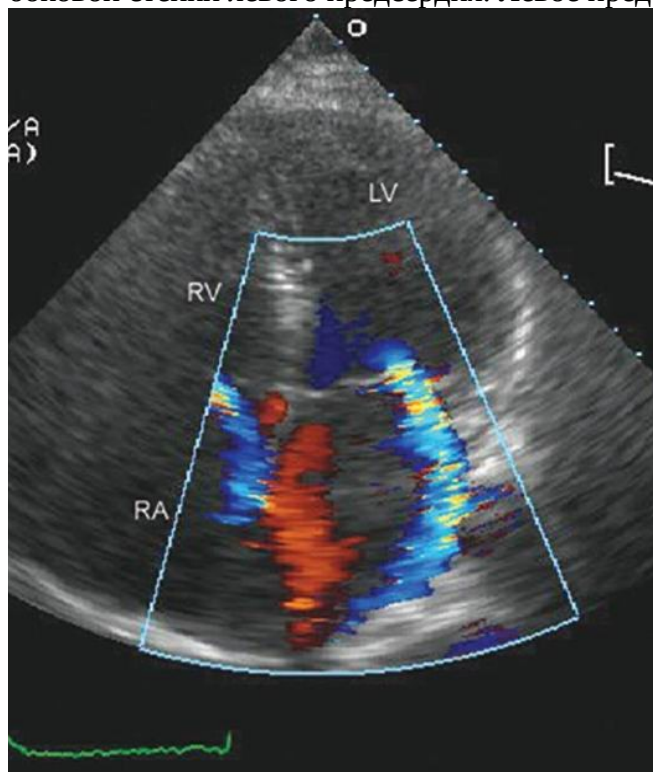


Рис. 1. ЭхоКГ пациента К., 42 года

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики.
- 4) Определите тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Пациент Ф., 68 лет. Жалобы при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, ноющие боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой. Из анамнеза: заболевания известно, что в возрасте 42 лет были выявлены изменения на ЭКГ и поставлен диагноз перенесенного инфаркта миокарда. Пациент неоднократно лечился в стационаре с вышеуказанным диагнозом, несмотря на отсутствие клинической картины ИБС и удовлетворительное состояние. Больному назначались ингибиторы АПФ, нитраты длительного действия без положительного эффекта.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушивались. ЧДД – 17 в мин. Верхушечный толчок локализовался в 5-м межреберье слева по передне-подмышечной линии, усилен, разлитой. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – 2-е межреберье, правая – правый край грудины. Тоны сердца звучные, ритм неправильный. Вдоль левого края грудины выслушивался систолический шум средней интенсивности. ЧСС – 66 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

На ЭКГ – фибрилляция-трепетание предсердий. Горизонтальное положение ЭОС. Отрицательные Т в I, aVL, V2-V6 (рис. 1).

ЭхоКГ: Выявлена значительная асимметричная гипертрофия миокарда ЛЖ, максимально гипертрофированный участок – МЖП (в среднем отделе до 2,3 см), боковая стенка ЛЖ. Толщина задней стенки ЛЖ – 1,0 см. Конечнo-диастолический объем ЛЖ – 115 мл, фракция выброса ЛЖ – 70%. Градиент давления в выносящем тракте ЛЖ в покое составил 5,6 мм рт.ст. (рис.2).

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

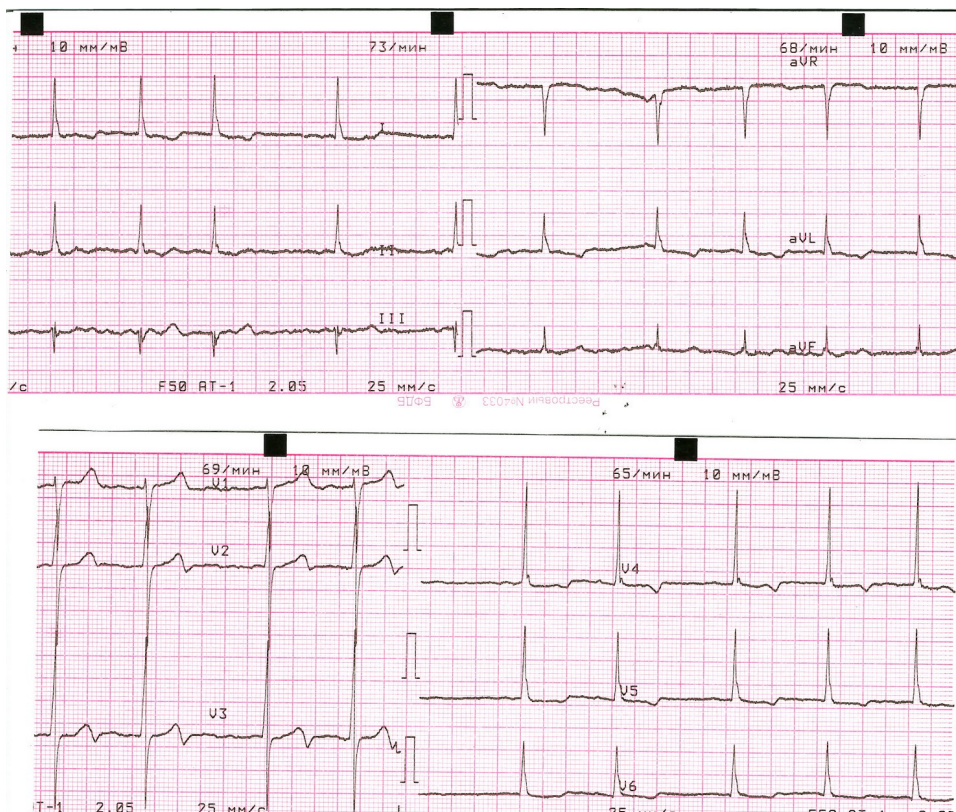


Рис. 1. ЭКГ пациента Ф., 68 лет

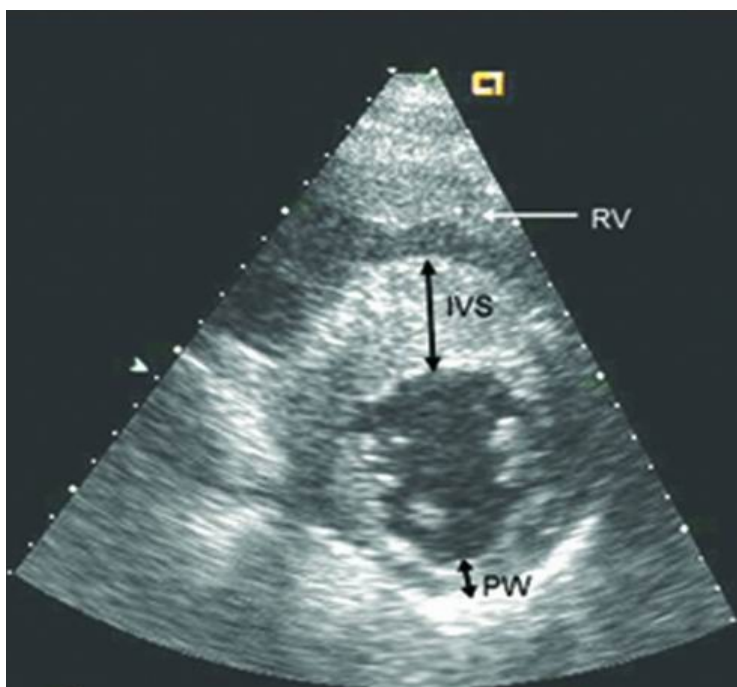


Рис. 2. ЭхоКГ пациента Ф., 68 лет

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Мужчина, 61 год, несколько месяцев назад был госпитализирован с клиникой недостаточности кровообращения.

Из анамнеза известно: в течение последних 7 лет наблюдался по поводу стенокардии с неуклонным повышением ее функционального класса и снижением толерантности к нагрузкам (от хирургического лечения отказывался). Два года назад перенес инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком, 2-е суток ИВЛ, интра-аортальной баллонной контрпульсации. По витальным показаниям выполнено стентирование, установлено 5 стентов. В последний год отмечает резкую прогрессию явлений сердечной недостаточности, постоянные отеки ног, выраженная слабость, одышка. Полгода назад установлен ЭКС.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Акроцианоз. Набухшие яремные вены. Границы сердца расширены влево до передне-подмышечной линии. Тоны сердца ритмичны. АД 120/60 мм рт.ст. ЧСС 64 в мин. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Пациент Н., 47 лет. Жалобы на кратковременные эпизоды потери сознания, возникающие при физической нагрузке, резких движениях, перебои в работе сердца, одышка при умеренной физической нагрузке.

Из анамнеза: указанные симптомы появились в 27-летнем возрасте. Родной брат больного внезапно умер в возрасте 46 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушивались. ЧДД – 16 в мин. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – 2-е межреберье, правая – правый край грудины. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Вдоль левого края грудины выслушивается слабый систолический шум. ЧСС – 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет. На ЭКГ – На ЭКГ – синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Гипертрофия ЛЖ. Отрицательные Т в I, aVL, V2-V6 (рис. 1).

ЭхоКГ: Выявлена выраженная асимметричная гипертрофия миокарда ЛЖ – максимально гипертрофированные участки – средние отделы ЛЖ (до 32 мм) в области папиллярных мышц с обструкцией в средней части ЛЖ (мидвентрикулярная обструкция). Максимальный градиент обструкции – 59 мм рт.ст., средний градиент – 25 мм рт.ст. (рис. 2).

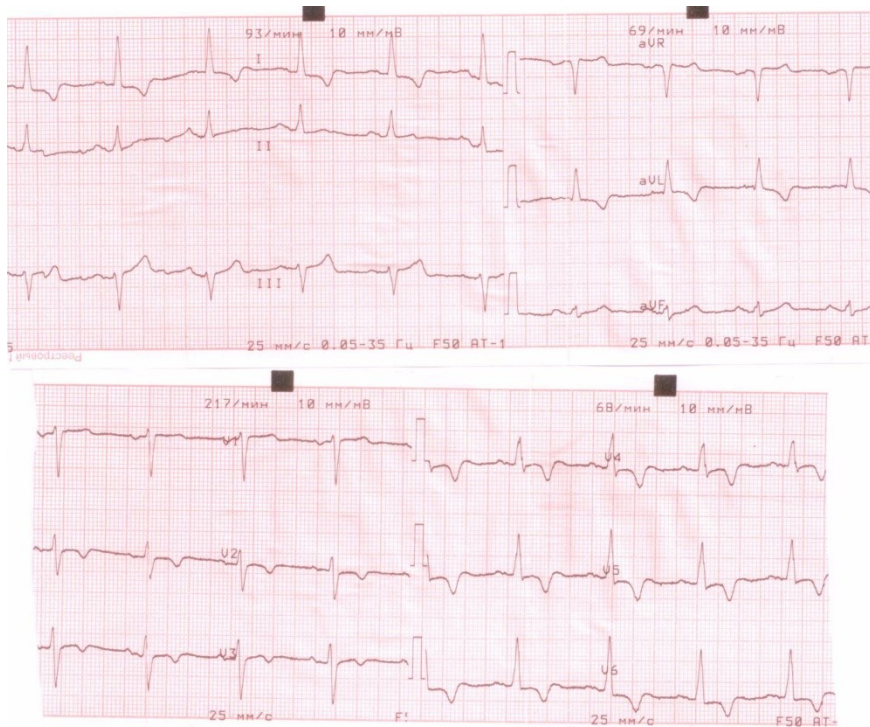


Рис. 1. ЭКГ пациента Н., 47 лет

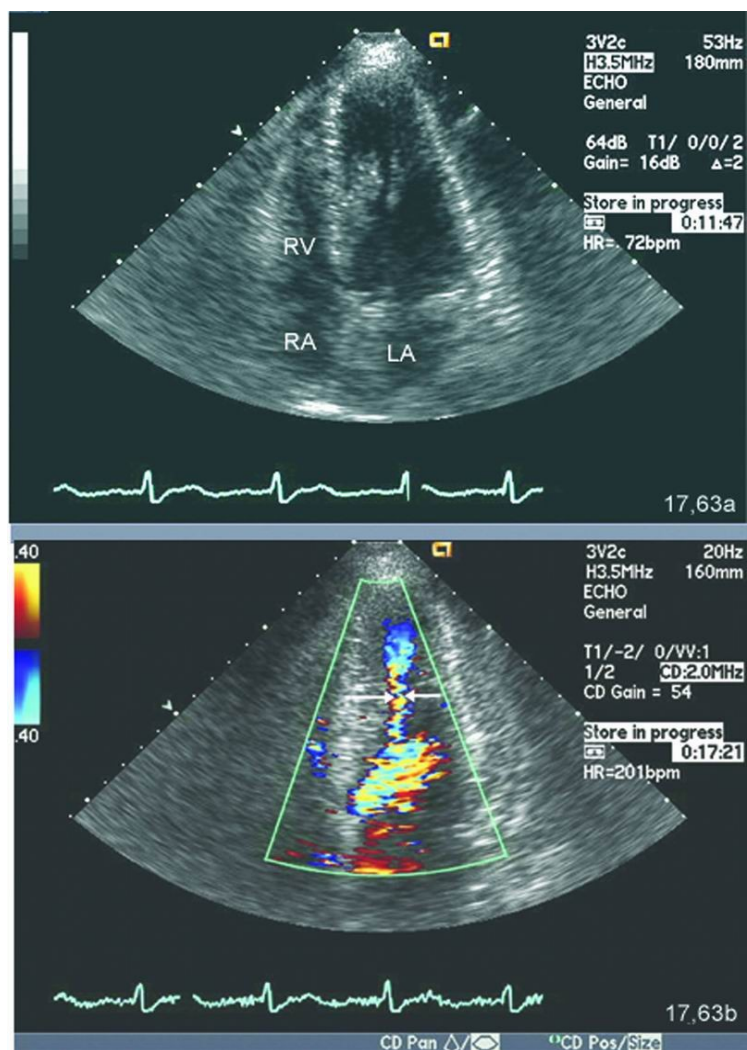


Рис. 2. ЭхоКГ пациента Н., 47

лет.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Пациентка П., 63 года. Жалобы на жжение за грудиной, одышка при быстрой ходьбе, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: что с 45 лет беспокоят одышка и жжение за грудиной при физической нагрузке. С 50 лет беспокоят перебои в работе сердца, сердцебиение. С 45 лет отмечает эпизоды повышения АД до 180/110 мм рт.ст. Адаптирована к 140/80 мм рт.ст. В 47-летнем возрасте при диспансеризации на снятой ЭКГ зафиксированы изменения, интерпретированные как инфаркт миокарда. Несмотря на отсутствие жалоб была госпитализирована, после чего длительное время наблюдалась с диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз. При назначении нитроглицерина отмечалось усиление одышки, сильная головная боль. Постоянно принимала энап, моночинкве без положительной эффекта.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов не выслушивается. ЧСС – 62 в мин. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

На ЭКГ – На ЭКГ – синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Выраженная гипертрофия ЛЖ. Гигантские отрицательные Т V2-V6 с косонисходящей депрессией ST (рис.1).



Рис.1. ЭКГ больной П., 63 года

ЭхоКГ: Выявлена выраженная асимметричная гипертрофия миокарда ЛЖ - максимально гипертрофированные участки – базальные и средние отделы МЖП, верхушка ЛЖ (до 22 мм). Толщина задней стенки ЛЖ 12 мм. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено.

Коронароангиография: гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено.

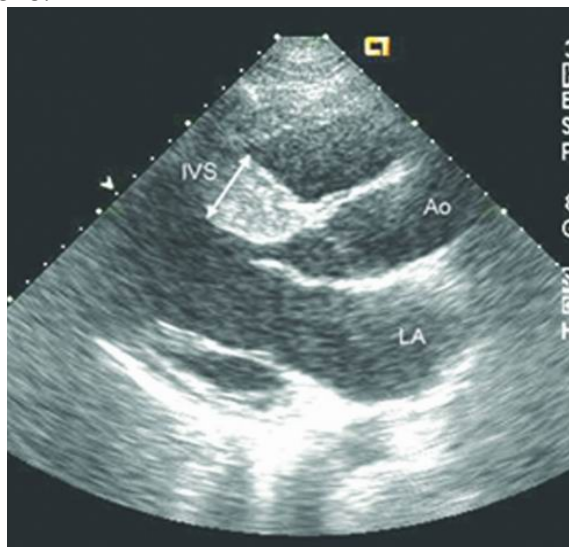


Рис. 2. ЭхоКГ больной П., 63 года

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики.
- 4) Определите тактику лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Пациент В., 60 лет. Жалобы на частые эпизоды потери сознания, головокружение и одышку при незначительных физических нагрузках, боли сжимающего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левую руку.

Из анамнеза: в возрасте 33 лет впервые возникло синкопальное состояние. Был госпитализирован в стационар с подозрением на острый инфаркт миокарда. Однако данных за острое повреждение миокарда не получено. Эпизодически отмечает подъемы артериального давления до 140/80 мм рт.ст. Привычные цифры АД – 110/70 мм рт.ст. Известно, что дедушка больного умер внезапно в возрасте 36 лет, отец умер в возрасте 52 лет (со слов больного – «в процессе кардиореанимации после инфаркта миокарда»), брат умер внезапно в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. ЧСС – 66 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет.

На ЭКГ – синусовый ритм. Блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженная гипертрофия ЛЖ. Двухфазные Т в V3-V5 с горизонтальной депрессией сегмента ST до 0,8 мм (рис.1).

ЭхоКГ: Асимметричная гипертрофия миокарда ЛЖ, максимально гипертрофированный участок – МЖП до 1,7 см. Толщина задней стенки ЛЖ – 1,2 см. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено. Конечного-диастолический объем ЛЖ 64 мл, ударный объем ЛЖ 47 мл, ФВ ЛЖ 69%. Диастолическая дисфункция ЛЖ III степени (рис.2). Велоэргометрия: при нагрузке 25 Вт развилась одышка, полубморочное состояние со снижением АД на 20 мм рт. ст. (70/30 мм рт.ст.). Больной сразу был переведен в горизонтальное положение с приподнятыми ногами, таким образом, удалось избежать синкопального состояния и самочувствие пациента быстро улучшилось. АД восстановилось до исходного уровня – 95/70 мм рт.ст. При стрессЭхоКГ выявлено уменьшение КДО до 60 мл и снижение УО до 35 мл.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.

3) Предложите дополнительные методы диагностики.

4) Определите тактику лечения.

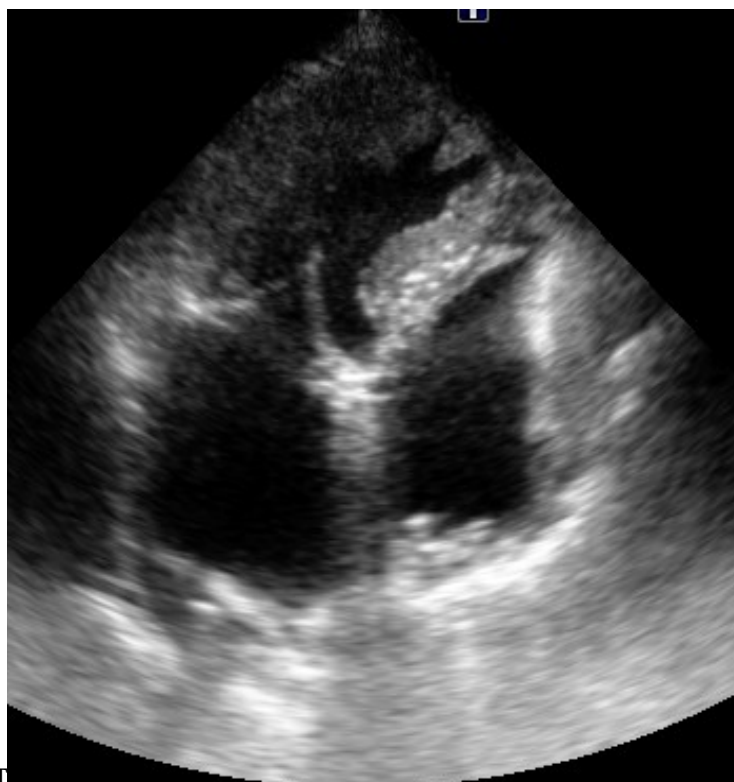
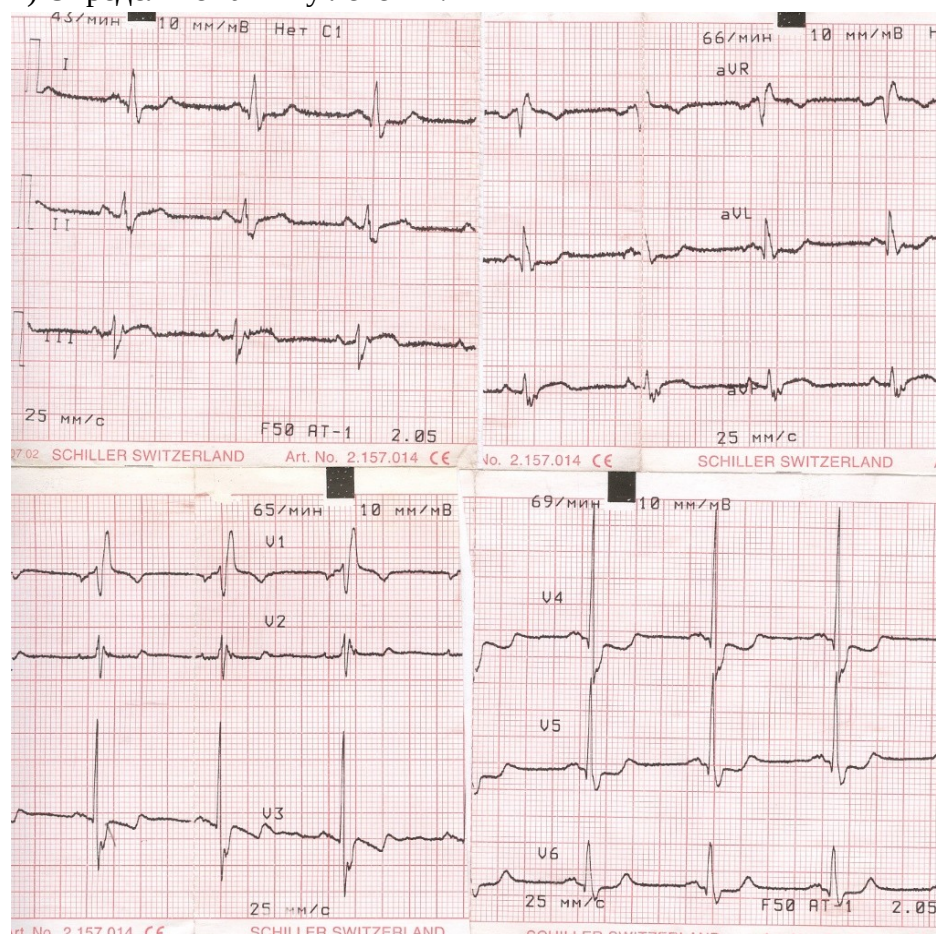


Рис. 1. ЭКГ больного В., 60 лет

Рис. 2. ЭхоКГ больного В., 60 лет

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Пациентка Х., 76 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам в положении лежа, отеки стоп и голеней, ноющие боли в грудной клетке без четкой связи с физической нагрузкой.

Из анамнеза: в 25-летнем возрасте перенесла острую ревматическую атаку с болями в суставах. Длительное время находилась на диспансерном наблюдении с курсами противорецидивной терапии антибиотиками. В течение многих лет самочувствие оставалось удовлетворительным. В возрасте 75 лет после физической нагрузки (посещала бассейн) впервые возник пароксизм фибрилляции предсердий. Стала беспокоить одышка вначале при нагрузке, а затем и по ночам в положении лежа. Появились отеки стоп и голеней. Последние 2 ночи перед госпитализацией спала сидя из-за удушья.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отеки нижней трети голеней и стоп. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах. Выслушиваются единичные сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены. Выслушивается неинтенсивный диастолический шум на верхушке. Ритм неправильный. ЧСС – 90-100 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень увеличена на 2 см.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 111 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

ЭхоКГ: «Парусение» передней створки митрального клапана. Створки митрального клапана сращены в области комиссур. Площадь митрального отверстия по доплеровскому режиму – 1,7 кв.см. Трансмитральный градиент средний – 5,2 мм рт.ст., максимальный – 14 мм рт.ст.

Митральная регургитация II степени. Трикуспидальная регургитация III степени. Конечно-диастолический объем ЛЖ – 116 мл. Фракция выброса ЛЖ – 66%

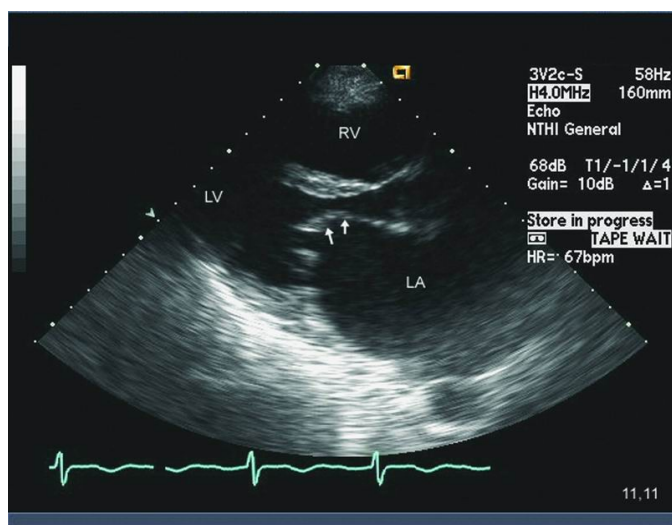


Рис. 1. ЭхоКГ больной Х., 76 лет.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Пациентка Б., 77 лет. Поступила с жалобами на слабость, головокружение, онемение левой руки.

Из анамнеза: около 2 лет отмечает повышение АД до 160-180/90 мм рт.ст. Принимала по рекомендации врача Эналаприл по 5 мг/сут. Со слов пациентки, через 3 месяца она самостоятельно прекратила прием препарата, в связи с достижением цифр АД 120-130/80 мм рт.ст. В течение последних 3 дней подъем АД до 200-230/110 мм рт.ст. с сильной головной болью, головокружением, тошнотой. Неоднократно вызывала СМП, вводилась в/в магния, перорально - каптоприл с кратковременным эффектом – давление снижалось до 130-140/90 мм рт.ст. с последующим повышением до 200/110 мм рт.ст. В день госпитализации по рекомендации участкового врача приняла Эналаприл 5 мг, Физиотенз 0,4 мг, Фелодипин 10 мг. На работе стало плохо – появилась сильная слабость, головокружение, онемение левой руки. Бригадой СМП зафиксировано АД 60/40 мм рт.ст. Введен кордиамин. Госпитализирована в стационар.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожный покров обычной окраски и влажности. Нормостенического типа телосложения. Умеренного питания (рост 162 см, вес 60 кг, ОТ 80 см). В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцентуация тонов сохранена, шумы не выслушиваются. ЧСС 72/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Область почек б/о. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 72/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Отрицательный зубец Т в aVL. В динамике – нормализация процессов реполяризации.

Эхо-КГ: небольшая степень гипертрофии ЛЖ. (МЖП – 1,3 см, ЗСЛЖ – 1,2 см). Полости сердца не расширены. Сократительная способность ЛЖ в норме. ФВ – 61%. Митральная регургитация 1 степени. Диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови – 4,8 ммоль/л, холестерин 4,2 ммоль/л, креатинин 75 мкмоль/л.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больная И. 33 лет, поступила с жалобами на одышку при ходьбе и приступы удушья по ночам, повышение температуры, потливость. С 15 - летнего возраста страдает ревматизмом, был диагностирован порок сердца. На протяжении последнего месяца, после посещения стоматологической клиники, стали появляться ознобы, повышение температуры. Лечение амоксициллином приводило к временному снижению температуры. Последние 4 дня стали беспокоить приступы удушья по ночам.

Объективно: бледность кожных покровов, с оттенком «кофе с молоком», цианоз губ. Отеки голеней. Пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. Верхушечный толчок усилен. На верхушке: систолический шум, проводящийся в подмышечную область. Ослабление 2 тона над аортой. Пульс 96 в мин. АД 140/30 мм рт. ст. Печень + 3 см, пальпируется селезенка.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Больная 76 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на головные боли, головокружения, шум в ушах, сжимающие боли за грудиной, одышку в покое.

В анамнезе: сахарный диабет в течение более 25 лет, инсулинозависимый. Правая нижняя конечность ампутирована по поводу сахарного диабета. Повышение АД около 10 лет, максимальные цифры - 210/110 мм рт. ст., привычные цифры 160/100 мм рт. ст. Постоянно получает атенолол 50мг х 2 раза/сутки, амлодипин 10мг х вечер. Инфарктов и инсультов не было. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда начала нарастать одышка и появились отеки н/конечности, в течение двух дней сжимающие боли за грудиной.

Объективно: акроцианоз. В нижних отделах легких перкуторный звук притуплен, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД-23 в минуту. Левая граница относительной тупости сердца на 3,0 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца аритмичны, акцент II тона на аорте. ЧСС-95 - 106 ударов в мин, АД 170/110 мм рт. ст. Культи правой н/конечности на уровне бедра. Левая н/конечность – отек голени и стопы.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз

- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

В приемное отделение больницы скорой помощи поступил пациент 55 лет. После физической нагрузки возникли сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией по всей грудной клетке, которые длятся уже 1,5 часа. Принимал валидол, корвалол без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое, пациент мечется от боли, возбужден, кожные покровы бледные, покрытые каплями пота, пульс 100 в 1 мин. аритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. Объективно: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс 100 уд. в мин., ритмичный, напряжен, АД 220/110 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Назначьте максимально рекомендованные варианты медикаментозного лечения, направленного на купирование неотложного состояния, целевые цифры АД через 30 минут

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Мальчик 14 лет после окончания матча по баскетболу почувствовал неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, резкую слабость, головокружение. В момент осмотра: кожные покровы бледные, влажные, цианоз носогубного треугольника. Мраморность кожных покровов, симптом «белого пятна» 7 секунд. При аускультации легких дыхание везикулярное, равномерное, границы сердца в пределах нормы, тоны акцентированы, шумов нет. ЧД 34 в 1 минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения более 200 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 65/20 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ СМП – наджелудочковая тахикардия с ЧСС 200 в минуту

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Неотложное лечение

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной Г., 57 лет, поступил с жалобами на интенсивные загрудинные боли, сопровождающиеся чувством страха смерти, слабостью. Боли длятся более 1 часа, не купировались приемом нитроглицерина. В анамнезе ИБС, в виде приступов стенокардии напряжения, гипертоническая болезнь. При осмотре: повышенного питания, кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ. Границы сердца увеличены за счет левой – в 5 межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца тоны глухие, ритмичные. ЧСС – 110 сокр./мин. Пульс частый, ритмичный, синхронный, малого наполнения. АД- 80/60 мм.рт.ст. На ЭКГ ритм синусовый. Э.О.С. отклонена влево. В I, II, aVL отведениях дугообразный подъем сегмента ST над изолинией, в III, aVF отведениях депрессия сегмента ST.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения возникли у больного?
3. Какие факторы риска данного заболевания имеются у данного пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больная А., 57 лет, обратилась в с/помощь с жалобами на развившийся приступ удушья, сопровождающийся кашлем с выделением розовой пенистой мокроты. В анамнезе ревматическая болезнь сердца: митральный стеноз. При объективном обследовании: состояние тяжелое, ЧДД – 36 в мин., дыхание хлопочущее, *facies mitralis*, отеки на ногах, визуально и пальпаторно определяется сердечный толчок. Границы относительной тупости увеличены вправо и вверх. АД 180/120 мм.рт.ст. При аускультации легких дыхание ослабленное везикулярное, влажные незвучные хрипы.

Вопросы:

1. Укажите развившееся у больной осложнение?
2. Аускультативная симптоматика митрального стеноза?
3. Профилактика данного осложнения?
4. Что такое дефицит пульса?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

5.Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте план обследования пациента.

4.Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты

не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

4.Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

5.Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка ($VE/VA < 1,0$). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3.Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Больной П. 35 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания.

Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался.

Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отёков нет. Периферические

лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в мин. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=60 уд в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД=120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пациенту снята ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 64 в мин. Отклонение ЭОС влево. RV6>RV5>RV4. Индекс Соколова-Лайона 45 мм.

Вопросы:

1.Предложите план обследования пациента, обоснуйте.

2.Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки

– 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м². Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор

3.По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно- инструментального обследования не выявлено поражение других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.

4.Обоснуйте диагноз.

5.Назначьте терапию, дайте рекомендации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались unsuccessful.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1.Сформулируйте диагноз пациентки.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение

5.Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение

5.Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь

умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД

– 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI)

= 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5.На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево.

Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4.Назначьте лечение и обоснуйте.

5.При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Мужчина 56 лет пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.

Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается

физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост 173 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
- 2.Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?
- 3.Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
- 4.Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.
- 5.Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост

170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?
2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?
3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?
4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. Ст. Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отеков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно – лёгочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – II ребро, левая – 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД – 195/115 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

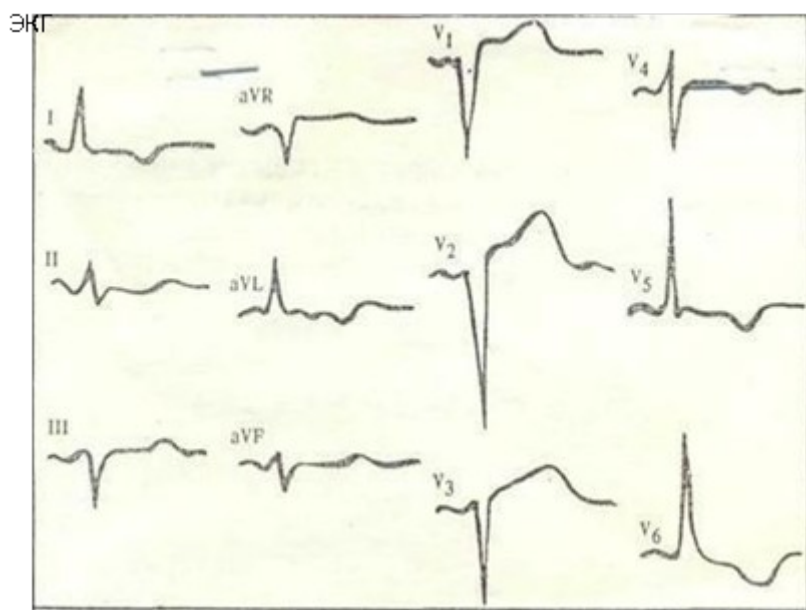
При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/час, цветовой показатель – 1,0. Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: сахар – 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин – 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины – 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин – 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий – 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий – 135 ммоль/л (130-156).

Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки. Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.

ЭХО-КГ: ПЖ – 2,1 см (норма – 2,3), МЖП – 1,25 см (норма – 1,0 см), ЗСЛЖ – 1,25 см (норма – 1,0 см), КДРЛЖ – 5,8 см (норма – 5,5), КСРЛЖ – 3,7 см (норма – 3,5). Фракция выброса – 54% (норма – 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъёме на второй этаж, исчезающую в покое или после приёма 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе.

Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Hb – 138 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л. Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого

желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,8).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.
5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным».

Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний. При осмотре: рост - 177 см, масса тела - 84 кг, окружность талии - 103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа – по

правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС -78 в минуту. АД -на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке –152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки;

злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное.

Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности.

Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет.

ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС

– 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС- ЛПНП - 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приёмом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки. Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края

грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения в условиях поликлиники.
5. Объясните, почему Нитроглицерин неэффективен и плохо переносится пациентом?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

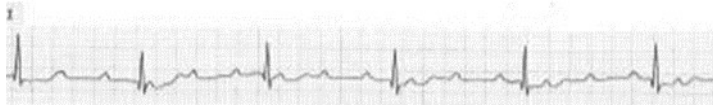
Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.



Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Больной 75 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, учатившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отёки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД. Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голеней. Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
3. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
2. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался.

Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно.

Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Больной 53 лет самостоятельно обратился в поликлинику к врачу-терапевту участкового с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое. Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы

сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется. Пациент срочно госпитализирован.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет.

Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъёме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД – 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС – 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T.

Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счёт левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развёрнута.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отеков нет.

Анализ крови и мочи без патологии, общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Единичная желудочковая экстрасистола.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, боли в области сердца сжимающего характера и одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отёки ног. Из анамнеза известно, что больной 4 года назад перенес Q-инфаркт миокарда. Год назад

появились периодически возникающие приступы фибрилляции предсердий длительностью до 7 суток, по поводу которых больной неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время принимает Соталол 40 мг 2 раза в день, периодически - Аспирин и Нитроглицерин. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные незвучные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,9 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,5 ммоль/л, креатинин - 92 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С учётом шкалы CHA₂DS₂-VASc риск развития инсульта и системных тромбозов у пациента составляет 3 балла. С учётом шкалы HAS-BLED риск кровотечений равен 1 баллу. Какой непрямой антикоагулянт Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Назначьте полностью лечение в соответствии с диагнозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ - 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров. 30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 37 кг/м². Кожные покровы

чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. В течение года после значительной физической нагрузки отмечает сердцебиение, одышку. Дважды кратковременная потеря сознания. Обратился в поликлинику. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульсация сосудов шеи. Перкуссия сердца - границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца ритм правильный, грубый интенсивный систолический шум во II межреберье справа от грудины, в точке Боткина, проводится на сосуды шеи. АД - 110/95 мм рт. ст. По данным электрокардиограммы: высокий зубец R в I, aVL, V5, V6, переходная зона смещена к правым грудным отведениям (V2 - V3), QRS 0,12 секунд.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите объём обследования пациента в амбулаторных условиях с целью уточнения диагноза и дальнейшую тактику ведения.
3. Определите показания для направления на МСЭ после проведённого оперативного лечения.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Решите вопрос о возможности санаторно-курортного лечения для данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу- терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бёдер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 рт.ст. Живот мягкий,

при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе

5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приёма Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 45

Женщина 30 лет обратилась с жалобами на интенсивные продолжительные головные боли. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала анальгетики. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. В легких перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий-18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: слева - на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, справа - по правому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 210/100 мм рт.ст. (на правой и левой руках). Пульс 80 ударов в минуту. Слева и справа в околопупочной области выслушивается систолический шум. Живот безболезненный.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 46

Больная И. 33 лет, поступила с жалобами на одышку при ходьбе и приступы удушья по ночам, повышение температуры, потливость. С 15 - летнего возраста страдает ревматизмом, был диагностирован порок сердца. На протяжении последнего месяца, после посещения стоматологической клиники, стали появляться ознобы, повышение температуры. Лечение амоксициллином приводило к временному снижению температуры. Последние 4 дня стали беспокоить приступы удушья по ночам.

Объективно: бледность кожных покровов, с оттенком «кофе с молоком», цианоз губ. Отеки голеней. Пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. Верхушечный толчок усилен. На верхушке: систолический шум, проводящийся в подмышечную область. Ослабление 2 тона над аортой. Пульс 96 в мин. АД 140/30 мм рт. ст. Печень + 3 см, пальпируется селезенка.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 47

Больная В. 81 года обратилась в плановом порядке.

Из анамнеза известно, что страдает ХСН на фоне перенесенного 4 года назад инфаркта миокарда с локализацией в передней стенке. Страдает также гипертонической болезнью, получает гипотензивную терапию (иАПФ, бета-адреноблокаторы), остеоартрозом коленных суставов, получает длительными курсами НПВС. Год назад была выявлена фибрилляция предсердий, в связи с чем был назначен Дабигатран 150 мг – 2 раза в сутки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Отеки голеней. В легких перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное над всеми полями легких. Частота дыханий-20 в минуту. Тоны сердца аритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 160/100 мм рт.ст. (на правой и левой руках). Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 48

Мужчина 61 года, несколько месяцев назад был госпитализирован с клиникой недостаточности кровообращения.

Из анамнеза известно: в течение последних 7 лет наблюдался по поводу стенокардии с неуклонным повышением ее функционального класса и снижением толерантности к нагрузкам (от хирургического лечения отказывался). Два года назад перенес инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком, 2-е суток ИВЛ, интра-аортальной баллонной контрпульсации. По витальным показаниям выполнено стентирование, установлено 5 стентов. В последний год отмечает резкую прогрессию явлений сердечной недостаточности, постоянные отеки ног, выраженная слабость, одышка. Полгода назад установлен ЭКС.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Акроцианоз. Набухшие яремные вены. Границы сердца расширены влево до передне-подмышечной линии. Тоны сердца ритмичны. АД 120/60 мм рт ст. ЧСС 64 в мин. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет ПЖК.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 49

Больной О. 46 лет, работает в табачной компании. Вызвал участкового врача в связи с гипертоническим кризом. При посещении участковым врачом на дому предъявляет жалобы на боли за грудиной при умеренной физической нагрузке, одышку, пастозность голеней, дискомфорт в правом подреберье. Установлено, что больной находился в стационаре по поводу инфаркта миокарда 6 месяцев назад.

В анамнезе: гипертоническая болезнь в течение 20 лет, по поводу которой постоянно получал различное медикаментозное лечение, однако приверженность к лечению не высокая. Известно, что в среднем пациент выпивает 5-6 дринок крепкого алкоголя в сутки, курит с 14 лет по 1,5-2 пачки сигарет в день.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски. Отеки голеней и стоп. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при формированном выдохе. Сердечные тоны ритмичные. АД 160/105 мм рт ст, ЧСС 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Увеличение печени (Размеры по Курлову 11-10-10 см).

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 50

Больная К. 58 лет, водитель троллейбуса, жалуется на боль в области сердца и за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, одышку. Боль приступообразного характера, возникает во время ходьбы, в покое быстро проходит. Считает, что больна в течение 2 месяцев, когда появились выше указанные жалобы. Уверена, что симптомы связаны с давней травмой спины. Лечился у невропатолога по поводу межреберной невралгии пенталгином, различными мазями НПВС, принимала НПВС перорально, ходила к мануальному терапевту. Прошла курс ФЗТ. В последнюю неделю приступы стали возникать чаще, преимущественно в утренние часы, сопровождаться одышкой, появились отеки н/конечностей. Курит с 24 лет по пачке сигарет в день. В анамнезе гипертоническая болезнь с 45 лет, постоянно принимает эналаприл в дозе 5 мг утром, назначенный более 15 лет назад в этой дозе, цифры АД не контролирует. Со слов больной при выходе на рейс АД измеряется, цифр не знает, но на рейс ее всегда выпускают. Отец и старший брат больной перенесли инфаркт миокарда.

Объективно: состояние удовлетворительное, склонена к дезаггравации, не критична к своему состоянию. Рост 178см, вес 135кг. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, несколько напряжен. Границы сердца расширены влево на 3 см. Над аортой — акцент II тона. АД 170/110 мм рт ст.

Контрольные вопросы к задаче

- 1) Сформулируйте диагноз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз
- 3) Предложите дополнительные методы диагностики
- 4) Определите тактику лечения

Задания для оценивания ДПК 3 на продвинутом уровне

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Организация кардиологической помощи населению в РФ.
2. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в РФ.
3. Перфузионная миокардиосцинтиграфия, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
4. ЭКГ при гипертрофии предсердий.
5. Нагрузочный ЭКГ - тест на тредмиле, показания, клиническая оценка полученных данных.
6. Коронароангиография, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
7. Суточное мониторирование артериального давления, методика проведения, оценка полученных результатов.
8. ЭКГ при гипертрофиях желудочков
9. Стресс-эхокардиография, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
10. Суточное мониторирование ЭКГ, методика проведения, показания, оценка полученных результатов.
11. Ультразвуковая анатомия сердца и стандартные эхокардиографические позиции.
12. Характеристика нормальной ЭКГ.
13. Оценка систолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии.
14. Оценка диастолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии.
15. Внезапная коронарная смерть, факторы риска.
16. Внезапная коронарная смерть, неотложная помощь.
17. Внезапная коронарная смерть, профилактика.
18. Клиника неосложненного инфаркта миокарда
19. Изменения ЭКГ при остром инфаркте миокарда

20. Тромбоэмболия легочной артерии, клиника, диагностика, неотложная терапия.
21. Кардиогенный шок, классификация, клиника, диагностика, терапия.
22. Отек легких, клиника, диагностика, неотложная терапия.
23. Синдром Дресслера, клиника, диагностика, терапия.
24. Разрыв сердца (внутренний и наружный), патогенез, клиника, неотложная терапия.
25. Диагностика инфаркта миокарда
26. Лечение неосложненного инфаркта миокарда
27. Электрофизиологическое исследование в диагностике аритмий.
28. Трепетание и фибрилляция желудочков, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, неотложная терапия.
29. Классификации сердечной недостаточности.
30. Характеристика основных группы препаратов, применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.
31. Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.
32. Ингибиторы АПФ при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
33. Диуретики при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
34. Антагонисты кальция при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
35. Альфа - адреноблокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
36. Нитраты при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
37. Бета - блокаторы при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
38. Антагонисты кальция при лечении стенокардии, механизмы действия, показания и противопоказания.
39. Бета - блокаторы при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
40. Сердечные гликозиды в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
41. Бета - блокаторы в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
42. Мочегонные в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
43. Ингибиторы АПФ в терапии хронической сердечной недостаточности, механизмы действия, показания и противопоказания.
44. Классификация гиполипидемических препаратов.
45. Заместительная гормонотерапия в кардиологии.
46. Характеристика основных группы препаратов, применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности.
47. Ингибиторы АПФ при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.

48. Диуретики при лечении артериальной гипертензии, механизмы действия, показания и противопоказания.
49. Современные подходы к комплексной терапии хронической сердечной недостаточности
50. Комплексная антигипертензивная терапия, оптимальные комбинации и показания к терапии.

Промежуточный контроль:

ДПК-3. Определяет порядок и методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями. Демонстрирует навыки проведения обследования, правильной интерпретации его результатов, корректной и быстрой формулировки основной дифференциальной диагностики и установки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней. Выбирает методику проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы.

Знает: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля. диагностической концепции, проведения

Умеет: на основании знаний пропедевтики внутренних болезней, формулировать основную диагностическую концепцию.

Владеет: практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ С ОЦЕНКОЙ

1. Диагностика и лечение инфекционного эндокардита.
2. Этиология, патогенез, клиника инфекционного эндокардита.
3. Этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника и диагностика констриктивных перикардитов.
4. Этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника и диагностика экссудативных перикардитов.
5. Поражения сердечно-сосудистой системы при синдроме приобретенного иммунодефицита.
6. Лечение перикардитов, неотложная помощь при тампонаде сердца, методика проведения пункции перикарда.
7. Митральный стеноз, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
8. Аортальная недостаточность, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
9. Митральная недостаточность, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
10. Аортальный стеноз, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
11. Классификация врожденных пороков сердца.
12. Дефект межсердечной перегородки, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
13. Дефект межжелудочковой перегородки, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
14. Открытый артериальный проток, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
15. Триада Фалло, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
16. Тетрада Фалло, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.

17. Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.
18. Классификации сердечной недостаточности.
19. Атриовентрикулярные блокады, классификация, ЭКГ диагностика, неотложные мероприятия при приступе Морганьи - Эдамса -Стокса.
20. Фибрилляция предсердий, формы, ЭКГ диагностика, терапия
21. Нарушения внутрижелудочковой проводимости, клиническое значение, варианты, ЭКГ диагностика.
22. Типы кардиостимуляторов, показания к имплантации ЭКС.
23. Дифференцированная терапия пароксизмальных нарушений ритма.
24. Трепетание предсердий, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, терапия.
25. Синдромы предвозбуждения желудочков, этиология, клиника, диагностика, лечение.
26. Экстрасистолы, этиология, патогенез, ЭКГ диагностика, терапия.
27. Желудочковые тахикардии (мономорфная, двунаправленная, типа "пируэт").
28. Дифференциальный диагноз, врачебная тактика при лечении больных с желудочковыми тахикардиями
29. Синдром слабости синусового узла, этиология, клиника, диагностика, лечение.
30. Показания к имплантации искусственного водителя ритма у больных с синдромом слабости синусового узла.
31. Классификация антиаритмических препаратов, механизмы действия, дифференцированные подходы к назначению.
32. Электрофизиологическое исследование в диагностике аритмий.
33. Инфекционные эндокардиты. Кардиомиопатии. Миокардиты. Перикардиты
34. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия
35. Кардиомиопатии
36. Кардиомониторы
37. Клиническая картина, диагностика и лечение выпотных перикардитов
38. Лечение артериальной гипертензии: антагонисты кальция
39. Лечение артериальной гипертензии: блокаторы b-адренорецепторов
40. Лечение артериальной гипертензии: диуретики

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{в+уз}{В+УЗ},$$

$$ТК = 40$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ}$$

$$ТР = 30,$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости

чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа

студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем,

активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания знаний на зачёте

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	20
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	10
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	5
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Количество баллов	Оценка по традиционной шкале
81-100	Зачтено
61-80	Зачтено
41-60	Зачтено
0-40	Не зачтено