

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра факультетской терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.05.01 Лечебное дело

_____/Г.П.Никулина/

«_____» _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской терапии



_____/М.Е.Евсеева/

«_____» _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Антивозрастная медицина
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (специализация)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-лечебника
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		150 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ОПК-4	<p>1. Диагноз «скрытой» АГ определяется уровнями ____ мм рт. ст.: А. «Офисного» АД >160-170/100 мм рт. ст. и дневного амбулаторного АД >135/85; Б. Дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90; В. Среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД; Г. Эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85</p> <p>2. Признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона является: А. RI > 11 мм; Б. SV1+RV5/V6 > 38 мм; В. RI + SIII > 25 мм ; Г. R/S < 1 в V1.</p> <p>3. Нижний инфаркт миокарда регистрируется в отведениях: А. I, AVL, V6 ; Б. II, III, AVF ; В. V3-V4; Г. V1-V6, AVL, I.</p> <p>4. Характерными внешними проявлениями атеросклероза являются все, КРОМЕ: А. Множественных ксантом; Б. Раннего поседения; В. Синильного кольца вокруг радужки; Г. Анизокории.</p> <p>5. При суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии на ЭКГ: А. Зубец Р уширен; Б. Зубец Р заострен; В. Желудочковые комплексы узкие, недеформированные; Г. Желудочковые комплексы уширены.</p> <p>6. II b тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови: А. ЛП(a); Б. ЛПНП и ЛПОНП; В. ЛПНП; Г. ЛПОНП.</p> <p>7. В диагностике эрозивной формы ГЭРБ «золотым стандартом» является: А. определение Helicobacter pylori Б. суточный мониторинг pH в пищеводе и желудке +</p>	<p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p>

	<p>эзофагогастроскопия В. анализ кала на скрытую кровь Г. рентгеноскопия пищевода и желудка</p> <p>8. Выберите исследование, которое нужно выполнить для определения состояния нижнего пищеводного сфинктера:</p> <p>А. манометрию пищевода Б. тест Берштейна В. суточную рН-метрию пищевода; Г. Эзофагогастродуоденоскопию</p> <p>9. Для эпигастрального болевого синдрома характерно:</p> <p>А. вздутие живота Б. боли в эпигастрии В. чувство тяжести в эпигастрии Г. дискомфорт в подложечной области.</p> <p>10. К признакам хронического атрофического гастрита относят:</p> <p>А. выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время Б. изжогу, рвоту кислым содержимым; В. наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови; Г. появление прожилок крови в кале</p> <p>11. Боли при ГЭРБ наиболее часто иррадируют:</p> <p>А. в область сердца; Б. в левое плечо, лопатку, ключицу; В. в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть; Г. в правое плечо, лопатку, ключицу</p> <p>12. Эндоскопическое исследование позволяет выявить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь в форме:</p> <p>А. диффузного эзофагоспазма; Б. гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом; В. кандидозного эзофагита; Г. синдрома Мэллори-Вейса</p> <p>13. К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят:</p> <p>А. сухие хрипы на вдохе; Б. сухие хрипы на выдохе; В. влажные хрипы; Г. крепитация.</p> <p>14. Характерными изменениями спирографических показателей при обострении бронхиальной астмы является:</p> <p>А. снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду; Б. снижение форсированной жизненной емкости легких; В. увеличение индекса Тиффно; Г. снижение мощности вдоха.</p> <p>15. Для бронхиальной астмы характерно наличие:</p> <p>А. крепитации; Б. тупого звука под лопатками;</p>	<p>А</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Г</p>
--	--	---

	<p>В. бронхиального дыхания; Г. удлинённого выдоха.</p> <p>16. Для бронхиальной астмы справедливо следующее утверждение:</p> <p>А. улучшение симптомов ночью и рано утром; Б. купирование симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха; В. купирование симптомов после приема бета-блокаторов; Г. наличие атопических заболеваний в анамнезе.</p> <p>17. «Золотым стандартом» диагностики и оценки ХОБЛ является:</p> <p>А. бронхоскопия; Б. компьютерная томография; В. спирометрия; Г. пикфлоуметрия.</p> <p>18. Основным методом диагностики ХОБЛ является:</p> <p>А. рентгенография грудной клетки; Б. бронхоскопическое исследование; В. анализ мокроты; Г. исследование функции внешнего дыхания.</p> <p>19. Острый гломерулонефрит - это поражение клубочков:</p> <p>А. Иммунокомплексное; Б. Аутоиммунное; В. Бактериальное; Г. Вирусное;</p> <p>20. Преднефритический период острого гломерулонефрита проявляется:</p> <p>А. Общей слабостью; Б. Жаждой; В. Олигурией; Г. Все ответы верны;</p> <p>21. Титр антистрептолизина при остром гломерулонефрите максимально повышен:</p> <p>А. В первые 3 недели заболевания; Б. В первые 6 месяцев; В. В течение года; Г. В течение 2-х лет;</p> <p>22. Острый гломерулонефрит – острое иммуновоспалительное, иммунокомплексное заболевание почек с преимущественным поражением:</p> <p>А. Интерстиции; Б. Канальцев; В. Клубочков; Г. Все ответы верны;</p> <p>23. Варианты течения острого гломерулонефрита:</p> <p>А. Циклический; Б. Моносимптомный; В. Нефротический; Г. Все ответы верны;</p>	<p>Г</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p>
--	--	--

	<p>24. Патогенез лейкоцитурии при остром гломерулонефрите:</p> <p>А. Пиелит; Б. Цистит; В. Интрагломерулярная и мезангиальная инфильтрация лейкоцитами; Г. Все ответы верны.</p> <p>25. Койлонихии – это:</p> <p>А. ломкость ногтей; Б. выпуклость ногтей в виде часовых стекол; В. ложкообразные вдавления ногтей; Г. поперечная исчерченность ногтей.</p> <p>26. Доказательным критерием диагностики железодефицитной анемии является:</p> <p>А. анизоцитоз и анизохромия; Б. снижение уровня сывороточного железа; В. снижение общей железосвязывающей способности сыворотки; Г. повышение содержания ферритина в сыворотке</p> <p>27. Показателем, отражающим размер эритроцита, в общем анализе крови является:</p> <p>А. MCV; Б. MCH; В. MCHC; Г. RDW.</p> <p>28. Положительная динамика красной крови под влиянием терапии препаратами железа раньше всего проявляется увеличением:</p> <p>А. цветового показателя; Б. количества ретикулоцитов; В. количества эритроцитов; Г. уровня гемоглобина</p> <p>29. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность; Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>30. На стадии латентного дефицита железа может выявляться:</p> <p>А. снижение уровня гемоглобина; Б. снижение гематокрита; В. снижение сывороточного железа; Г. Ретикулоцитоз</p>	<p>В</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
2.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Установите правильную последовательность диагностических мероприятий при подозрении на острый инфаркт миокарда:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Определение тропонинов 2) Регистрация ЭКГ 3) Оценка жалоб и анамнеза 4) Эхокардиография 	3 → 2 → 1 → 4

	<p>Установите правильную последовательность обследования пациента с подозрением на анемию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Исследование уровня ферритина 2) Общий анализ крови 3) Подсчёт ретикулоцитов <p>Биохимический анализ крови</p>	2 → 3 → 4 → 1
3.	<p>Прочитайте текст и продолжите предложение</p> <p>1. Метод визуализации, который позволяет оценить толщину комплекса «интима -медиа» сонных артерий и выявить ранние признаки атеросклероза называется _____</p> <p>2. Остро развившаяся блокада левой ножки пучка Гиса эквивалентна _____</p>	<p>УЗИ сонных артерий (ДС БЦА)</p> <p>ОКСнСТ</p>
4.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Женщина 55 лет на приеме у врача терапевта поликлиники Жалобы на повышение АД до 170 мм рт.ст., головные боли, общую слабость. Анамнез заболевания. Впервые отметила повышение АД 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения (стресс на работе). По назначению врача принимала гипотензивные препараты (индапамид+периндоприл), но последние 3 месяца указанную терапию не получала (отменила самостоятельно). Анамнез жизни. Работает бухгалтером на заводе, не курит, алкоголь не употребляет. Отец умер от инфаркта миокарда в 58 лет. Объективный статус: Сознание ясное, общее состояние удовлетворительно. Кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 85 кг, ИМТ 33 кг/м², окружность талии 90 см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя граница -на уровне III ребра. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено. Липидограмма: Холестерин 7,8 ммоль/л, ЛПНП 4,9 ммоль/л, ЛПВП 0,7 ммоль/ л, ТГ 2,5 ммоль/л Анализ мочи на МАУ (+)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте клинический диагноз 2. Составьте план дополнительного обследования <p>2. Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при</p>	<p>Клинический диагноз ГБ II стадии, целевой уровень АД не достигнут, Дислипидемия (тип IIb по Фредриксону). Ожирение I степени (абдоминальный тип). риск ССО 4 (очень высокий).</p> <p>Лабораторные исследования: Глюкоза плазмы натощак; Креатинин и расчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации) Уровень мочевой кислоты: Определение уровня калия и натрия Инструментальные исследования: ЭКГ, ЭХО КГ, УЗДГ (УЗИ) сонных артерий. Осмотр глазного дна окулистом; СМАД</p> <p>1. ИБС: Стенокардия напряжения стабильная, II ФК. Гипертоническая</p>

		<p>подъеме по лестнице на 2-3 этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются Нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в Нитроглицерине 3-4 раза в день.</p> <p>Из анамнеза известно, что болен около года. К врачу не обращался, Нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30,44 кг/м². ОТ – 102 см. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л ОХС – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования пациента. <p>3. Пациент 38 лет предъявляет жалобы на ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи, почти ежедневно. Отмечает периодическую отрыжку, кислый вкус во рту.</p> <p>Болен около 1 года, когда начал замечать подобные жалобы. Соблюдал диету, к врачу не обращался. Однако состояние не улучшалось.</p> <p>Длительное время курит по 1 пачке в день.</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, без болезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента 	<p>болезнь II стадии. Достижение целевого АД. Дислипидемия. Ожирение I степени (абдоминальный тип). Риск 4 (очень высокий). 2.Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ с определением МАУ, БАК (креатинин с расчетом СКФ, АЛТ, АСТ, мочевая кислота); Инструментальная диагностика ЭКГ в покое, ЭХО КГ, Нагрузочные тесты (Тредмил-тест или ВЭМ): для объективного подтверждения ИБС и уточнения функционального класса., ХМ ЭКГ, Коронароангиография</p> <p>1.ГЭРБ 2. Инструментальные методы 1. ФЭГДС)— обязательный метод 2. Суточная рН-метрия пищевода (золотой стандарт) 3. Манометрия пищевода (по показаниям) Лабораторные исследования 1. ОАК (исключение анемии) 2.Общетерапевтический биохимический минимум (об белок, билирубин и фракции, АлТ, АсТ, креатитнин)</p>
5.	ОПК-7	<p>1. При гиперхолестеринемии применяется:</p> <p>А. Аторвастатин; Б. Эналаприл; В. Торасемид; Г. Ацетилсалициловая кислота.</p> <p>2. К тромболитическим препаратам относят:</p> <p>А. Бивалирудин; Б. Фондапаринукс; В. Тенектеплазу;</p>	<p>А</p> <p>В</p>

		<p>Г. Эноксапарин</p> <p>3. Лечение артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента противопоказано при:</p> <p>А. Поликистозе почек; Б. Диабетической нефропатии; В. Бронхиальной астме; Г. Двустороннем стенозе почечных артерий</p> <p>4. Абсолютным противопоказанием к назначению бета- адреноблокаторов служит:</p> <p>А. Хроническая обструктивная болезнь легких; Б. Бронхиальная астма; В. Атеросклероз сосудов нижних конечностей; Г. Атриовентрикулярная блокада I степени.</p> <p>5. При частой предсердной экстрасистолии может назначаться:</p> <p>А. Лидокаин; Б. Амлодипин; В. Верапамил; Г. Гипотиазид.</p> <p>6. При применении какого (их) препарата(ов) может увеличиться ЧСС:</p> <p>А. Дилтиазем; Б. Ивабрадин; В. Фенотерол; Г. Дигоксин.</p> <p>7. При постпрандиальном дистресс-синдроме применяются:</p> <p>А. альмагель Б. лоперамид В. мотилиум Г. Фамотидин</p> <p>8. Для лечения пациентов со смешанным вариантом СФД целесообразно назначить:</p> <p>А. прокинетики+ингибиторы протонного насоса Б. антациды+прокинетики В. антациды+спазмолитики; Г. эрадикационную терапию</p> <p>9. Рекомендуемой дозировкой лекарственных препаратов стандартной схемы лечения язвенной болезни, ассоциированной с helicobacter pylori, является:</p> <p>А. омепразол 20 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки; Б. омепразол 40 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; В. омепразол 20 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; Г. омепразол 40 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг</p>	<p>Г</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p>
--	--	--	--

		<p>в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки</p> <p>10. Лечение аутоиммунного гепатита проводят:</p> <p>А. противовирусной терапией; Б. кортикостероидами (иногда в комбинации с цитостатиками); В. категорическим отказом от алкоголя; Г. динамическим наблюдением.</p> <p>11. Омепразол относится к группе препаратов:</p> <p>А. блокаторы гистаминовых Н1-рецепторов; Б. блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов; В. блокаторы протонного насоса; Г. М-холиноблокаторы</p> <p>12. Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут:</p> <p>А. перорально; Б. внутривенно; В. внутримышечно; Г. в микроклизмах.</p> <p>13. Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:</p> <p>А. ингаляционные глюкокортикостероиды; Б. β₂-агонисты короткого действия; В. метилксантины; Г. М-холинолитики.</p> <p>14. Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой включает:</p> <p>А. ежедневное введение противовоспалительных препаратов; Б. ингаляции β₂-агонистов короткого действия по потребности; В. бронходилататоры пролонгированного действия; Г. применение системных глюкокортикостероидов</p> <p>15. Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение:</p> <p>А. эуфиллина внутривенно; Б. симпатомиметиков через небулайзер; В. интала через спейсер; Г. глюкокортикостероидов внутривенно.</p> <p>16. К побочным эффектам глюкокортикостероидов системного действия относятся:</p> <p>А. снижение АД; Б. остеопороз; В. снижение сахара крови; Г. похудание.</p> <p>17. Среди β₂-агонистов пролонгированным действием обладает:</p>	<p>Б</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
--	--	--	---

		<p>А. сальбутамол; Б. беротек; В. сальметерол; Г. вентолин.</p> <p>18. Атровент при ХОБЛ назначают по _____ раза в день:</p> <p>А. 2 ингаляции 2; Б. 3 ингаляции 2; В. 2 ингаляции 4; Г. 1 ингаляция 4.</p> <p>19. Какая группа препаратов способствует снижению внутриклубочковой гипертензии при ХГН:</p> <p>А. α-адреноблокаторы; Б. β -адреноблокаторы; В. ингибиторы АПФ; Г. Антагонисты Са.</p> <p>20. Патогенетическая терапия хронического гломерулонефрита проводится всеми препаратами, КРОМЕ::</p> <p>А. Педнизолона; Б. Циклофосфана; В. Азатиоприна; Г. Нифедипина.</p> <p>21. Побочные эффекты при терапии препаратами железа включают:</p> <p>А. экстрасистолию, головную боль; Б. тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, понос, запоры; В. боли в области сердца; Г. потерю сознания, тахикардию</p> <p>22. При лечении ЖДА показано сочетание приема препаратов железа с:</p> <p>А. аскорбиновой кислотой; Б. витаминами группы В; В. хлористоводородной кислотой; Г. ни с одним из препаратов</p> <p>23. К лекарственным препаратам для лечения железодефицитной анемии не относятся:</p> <p>А. каферид, Б. фенюльс; В. тардиферон; Г. Виферон</p> <p>24. Для перорального применения при ЖДА не используется:</p> <p>А. сорбифер-дурулес; Б. фенюльс; В. феррокаль; Г. Венофер</p> <p>25. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность;</p>	<p>В</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>Г</p> <p>Б</p>
--	--	---	---

	<p>Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>26. При назначении препаратов железа у больных с ЖДА оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ недели терапии:</p> <p>А. ретикулоцитов к концу 1-ой; Б. ретикулоцитов к концу 2-ой; В. гемоглобина к концу 1-ой; Г. гемоглобина к концу 2-й</p> <p>27. Препаратом трехвалентного железа является:</p> <p>А. мальтофер; Б. сорбифер; В. ферретаб; Г. Тотема</p> <p>28. Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе _____ мг:</p> <p>А. 50-100; Б. 100-150; В. 200-300; Г. 500-1000.</p> <p>29. Длительность лечения железодефицитной анемии у пожилых пациентов будет составлять:</p> <p>А. 2 недели; Б. 1 месяц; В. 2 – 3 месяца; Г. 3 – 4 месяца</p> <p>30. В лечении железодефицитной анемии главным является применение:</p> <p>А. мясной диеты; Б. таблетированных препаратов железа; В. гемотрансфузий; Г. парентеральных препаратов железа.</p>	<p>А</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p>																
6.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между заболеванием и основной группой препаратов для лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 1503 1268 1711"> <tr> <td>1. ГБ</td> <td>А. β-блокаторы</td> </tr> <tr> <td>2. ИБС</td> <td>Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды</td> </tr> <tr> <td>3. БА</td> <td>В. Ингибиторы АПФ/сартаны</td> </tr> <tr> <td>4. ХОБЛ</td> <td>Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)</td> </tr> </table> <p>2. Соотнесите заболевание и ключевой немедикаментозный метод лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 1845 1211 2092"> <tr> <td>1. ХСН</td> <td>А. Ограничение соли и жидкости</td> </tr> <tr> <td>2. ГЭРБ</td> <td>Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика</td> </tr> <tr> <td>3. Хронический гастрит</td> <td>В. Диета с исключением раздражающих продуктов</td> </tr> <tr> <td>4. Пневмония</td> <td>Г. Постельный режим, обильное питье</td> </tr> </table>	1. ГБ	А. β-блокаторы	2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды	3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны	4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)	1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости	2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика	3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов	4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питье	<p>1–В, 2–А, 3–Б, 4–Г</p> <p>1–А, 2–В, 3–В, 4–Г</p>
1. ГБ	А. β-блокаторы																	
2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды																	
3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны																	
4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)																	
1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости																	
2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика																	
3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов																	
4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питье																	

	<p>3. Соотнесите стадию ХОБЛ и рекомендуемую терапию:</p> <table border="1"> <tr> <td>1.Лёгкая стадия</td> <td>А. Длительно действующие β_2-агонисты + антихолинергики</td> </tr> <tr> <td>2.Среднетяжёлая</td> <td>Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию</td> </tr> <tr> <td>3.Тяжёлая</td> <td>В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид</td> </tr> <tr> <td>4.Крайне тяжёлая</td> <td>Г. Кислородотерапия, реабилитация</td> </tr> </table>	1.Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики	2.Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию	3.Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид	4.Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация	1–Б, 2–А, 3–В, 4–Г
1.Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики									
2.Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию									
3.Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид									
4.Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация									
7.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Определите порядок действий при подозрении на ОКС: А. Назначение аспирина и клопидогреля Б. Регистрация ЭКГ В. Госпитализация в кардиологическое отделение Г. Обезболивание: морфин/нитраты при стенокардии</p> <p>2. Укажите последовательность терапии при обострении БА: А. Увеличение дозы ИГКС Б. Контроль пиковой скорости выдоха (ПСВ) В. Назначение системных ГКС (при тяжёлом обострении) Г. Использование β_2-агонистов короткого действия</p> <p>3. Распределите этапы лечения пневмонии: А. Коррекция терапии по результатам посева мокроты Б. Назначение эмпирической антибиотикотерапии В. Сбор анамнеза, физикальное обследование Г. Лабораторно-инструментальная диагностика (ОАК, рентгенография)</p> <p>4. Упорядочьте лечение язвенной болезни с H. pylori: А. Эрадикационная терапия (кларитромицин + амоксициллин + ИПП) Б. Подтверждение инфекции (дыхательный тест/биопсия) В. Поддерживающая терапия ИПП Г. Контроль эрадикации через 4–6 недель</p>	<p>Б → А → Г → В</p> <p>Б → Г → А → В</p> <p>В → Г → Б → А</p> <p>Б → А → Г → В</p>								
8.	<p>Прочитайте текст и дайте короткий ответ</p> <p>1. Антибактериальным препаратом, применяемым для коррекции избыточного бактериального роста в кишечнике при печеночной энцефалопатии, является: __</p> <p>2. На какой показатель необходимо ориентироваться при лечении гепарином?</p> <p>3. Пациентам с ОКС без подъёма ST показана нагрузочная комбинированная антиагрегантная терапия в виде _____</p> <p>4. Как назначается двойная антитромбоцитарная терапия у пациентов с ОКС и язвенной болезнью желудка в анамнезе?</p> <p>5. Какое нарушение проводимости является противопоказанием для применения β-адреноблокаторов при инфаркте миокарда?</p>	<p>Рифаксимин</p> <p>АЧТВ</p> <p>АСК 250 мг + Клопидогрел 300мг</p> <p>назначается на фоне приема ИПП (например, рабепразола)</p> <p>AV-блокада II-III ст</p>								
9.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами,</p>	<p>Принципы лечения: режим общий, диета с повышенным содержанием железа, препараты железа внутрь, при</p>								

		<p>желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации. Объективно: температура 36,70С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Диагностирована железодефицитная анемия.</p> <p>Опередите лечебную тактику</p>	<p>непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре. После нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа назначают за 10 дней до и во время менструаций. Общие принципы лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначение лекарственных железосодержащих препаратов, поскольку возместив дефицит железа в организме иными способами невозможно; - использование преимущественно препаратов железа для перорального приема; - назначение препаратов железа в адекватных дозах, которые рассчитываются для каждого конкретного больного с учетом массы его тела и терапевтического плана лечения; - достаточная длительность курса лечения препаратами железа, составляющая при анемии легкой степени 3 мес, при анемии средней степени 4,5 мес и при тяжелой анемии 6 мес; - преодоление тканевой сидеропении и пополнение запасов железа в депо, что определяется по нормализации концентрации СФ; - необходимость контроля эффективности терапии препаратами железа.
--	--	---	--

		<p>2. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит, 1 стадия, ассоциированный с Нр, стадия обострения.</p> <p>3. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 x 1,0 см), впервые выявленная, стадия обострения, Нр-ассоциированная. Гастродуоденит.</p>	<p>Основу лечения рефлюкс-эзофагита составляют ИПП и прокинетики. ИПП выбирается с учетом эффективности и безопасности.. С целью минимизации лекарственных взаимодействий возможно назначение пантопразола 40 мг/сут. В качестве прокинетического препарата целесообразно назначение итоприда гидрохлорида в дозе 50 мг x 3 p/сут во время приема пищи. Продолжительность комбинированной терапии в рамках курсового лечения для эзофагита 1 стадии составляет не менее 4 недель. В дальнейшем проводится противорецидивное лечение с применением ИПП в индивидуально подобранной дозе с решением вопроса о пролонгации терапии итопридом до 2 месяцев в случае сохранения диспептического симптомокомплекса</p> <p>Пациенту показано назначение эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции. Согласно Клиническим рекомендациям РГА по диагностике и лечению язвенной болезни, на старте терапии возможно применение схемы первой линии, включающей ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза/сут, кларитромицин 500 мг x 2 p/сут,</p>
--	--	--	---

		<p>5. Назначьте лечение больному с диагнозом: Нозокомиальный активный инфекционный эндокардит аортального клапана, подвижные вегетации аортального клапана, недостаточность аортального клапана 3 степени. Осложнения: ХСН I стадии, ФК1</p>	<p>амоксциллин 1000мг х 2 р/сут, продолжительность 14 суток с последующим приемом ингибитора протонной помпы до 1 месяца (омепразола — 20 мг/сут, лансопризола — 30 мг/сут, пантопризола — 40 мг/сут, рабеппризола — 20 мг/сут, эзомеппризола — 20 мг/сут). Оценка эффективности эрадикации спустя 4-6 недель после ее окончания проводится с использованием уреазного дыхательного теста или определения антигена Нр в кале. Контроль рубцевания проводится с частотой 1 раз в 2-4 недели.</p> <p>Основу лечения ИЭ составляют антибактериальные препараты. Антибиотики выбираются с учетом результатов антибиотикограммы при (+) гемокультуре или эмпирически на основании назокомиального или неназокомиального развития заболевания. Пациентке целесообразно назначение эмпирической терапии назокомиального инфекционного эндокардита: Ванкомицин 30 мг/кг/сутки внутривенно в 2 введения + Гентамицин 3 мг/кг/сутки внутривенно 1 введение.</p>
10.	ПК-1	<p>1. Расслаивающая аневризма аорты клинически проявляется всеми симптомами, КРОМЕ: А. Внезапной сильной боли за грудиной; Б. Внезапной сильной боли в спине;</p>	Г
2.			
3.			
4.			

5.	<p>В. Внезапной сильной боли в подложечной области; Г. Отеков нижних конечностей.</p> <p>2. Антиангинальной терапией острого инфаркта миокарда является:</p> <p>А. Фибринолитическая терапия; Б. Нейролептанальгезия; В. Антикоагулянтная терапия; Г. Терапия глюкокортикоидами.</p> <p>3. При фибрилляции предсердий у больных с тяжелой органической патологией сердца для восстановления синусового ритма рекомендуется использовать:</p> <p>А. Верапамил Б. Прокаинамид В. Амiodарон Г. Сердечные гликозиды</p> <p>4. Для купирования фибрилляции желудочков используют:</p> <p>А. Амiodарон; Б. Дигоксин; В. Дефибрилляцию; Г. Атропин.</p> <p>5. Остро развившаяся блокада левой ножки пучка гиса на фоне инфаркта миокарда эквивалентна:</p> <p>А. Острому инфаркту миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ; Б. Формированию острой аневризмы верхушки ЛЖ; В. Острой левожелудочковой недостаточности; Г. Подъему сегмента ST на ЭКГ.</p> <p>6. «Золотым стандартом» лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является:</p> <p>А. Проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ; Б. Проведение системной тромболитической терапии; В. Проведение первичного ЧКВ в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом; Г. Проведение ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов.</p> <p>7. Восстановление синусового ритма без подготовки антикоагулянтами возможно при длительности фибрилляции предсердий менее:</p> <p>А. 7 суток; Б. 30 суток; В. 12 часов; Г. 48 часов.</p> <p>8. При возникновении пароксизма устойчивой желудочковой тахикардии на фоне инфаркта миокарда показано:</p> <p>А. Проведение инфузии кордарона; Б. Незамедлительное проведение ЭИТ; В. Проведение инфузии лидокаина; Г. Назначение бета-адреноблокаторов.</p> <p>9. При остром им в сыворотке крови раньше других</p>	<p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>А</p>
----	--	---

	<p>возрастает уровень активности: А. Миоглобина; Б. КФК; В. ЛДГ; Г. АсТ.</p> <p>10.Основным критерием успешной реперфузии после проведения системного тромболитика является: А. Купирование болевого синдрома; Б. Исчезновение признаков сердечной недостаточности; В. Снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного; Г. Восстановление АВ проводимости.</p> <p>11.Нагрузочная доза клопидогрела при остром коронарном синдроме составляет _____ мг: А. 75; Б. 150; В. 225; Г. 300.</p> <p>12.При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с: А. Зондирования желудка; Б. Рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта; В. ЭКГ; Г. Гастродуоденоскопии.</p> <p>13.Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки: А. Диффузный гиперкинез; Б. Локальный гипокинез; В. Диффузный гипокинез; Г. Локальный гиперкинез.</p> <p>14.При расслоении аорты на фоне АГ показаны прежде всего: А. Диуретики; Б. Бета-адреноблокаторы; В. Антагонисты кальция; Г. ИАПФ и сартаны</p> <p>14.Максимально быстрое снижение артериального давления показано, если гипертонический криз осложняется: А. Ишемическим инсультом; Б. Острым коронарным синдромом; В. Нарушением ритма сердца; Г. Расслаивающей аневризмой аорты.</p> <p>16.Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является: А. Новокаинамид; Б. Амиодарон; В. Лидокаин; Г. Метопролол.</p> <p>17.Восстановление синусового ритма без подготовки антикоагулянтами возможно при длительности</p>	<p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>Г</p>
--	---	---

	<p>фибрилляции предсердий менее: А. 7 суток; Б. 30 суток; В. 12 часов; Г. 48 часов.</p> <p>18.Назначение непрямых оральных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий используют для профилактики: А. Развития сердечной недостаточности; Б. Возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий; В. Кардиоэмболических осложнений; Г. Прогрессирования стенокардии напряжения.</p> <p>19.Для инфаркта миокарда боковой стенки ЛЖ характерны следующие изменения ЭКГ - подъем сегмента ST в отведениях: А. I, aVL, V1-V4; Б. I, aVL, V5-V6; В. VR3, VR4; Г. II, III, aVF.</p> <p>20.Нижний инфаркт миокарда регистрируется в отведениях: А. I, AVL, V6 ; Б. II, III, AVF ; В. V3-V4; Г. V1-V6, AVL, I.</p> <p>21. Подострый период инфаркта миокарда продолжается: А. До 10-14 дней; . Б. До 2 часов; В. До 2 месяцев; Г. До 2 суток</p> <p>22.Адаптационное снижение внутриклеточного энергетического метаболизма путем угнетения сократительного состояния кардиомиоцита в ответ на уменьшение коронарного кровотока определяется как: А. «Оглушенность» миокарда; Б. «Гибернация» миокарда; В. «Некроз» миокарда; Г. «Апоптоз» миокарда</p> <p>23.Для передне-боковой локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично появление изменений в следующих отведениях на ЭКГ: А. I, II, aVL; Б. II, III, aVF; В. I, V5 и V6; Г. AVL, V1- V4. Эталон ответа: В.</p> <p>24.Что является наиболее частой причиной инфаркта миокарда: А. Коронароспазм;</p>	<p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p>
--	---	--

	<p>Б. Эмболия коронарной артерии; В. Тромбоз коронарной артерии; Г. Эрозия атеросклеротической бляшки.</p> <p>25.Для постинфарктного периода характерно наличие на ЭКГ: А. Монофазной кривой; Б. Патологического зубца Q; В. Двухфазного зубца R; Г. Отрицательного зубца R.</p> <p>26.Парадоксальный пульс при обострении бронхиальной астмы вызван: А. перерастяжением легкого; Б. плевральным выпотом; В. повышением температуры тела; Г. бронхоспазмом.</p> <p>27.Проявлением обострения астмы на стадии астмы, близкой к фатальной, является: А. свистящее дыхание; Б. амфорическое дыхание; В. немое легкое; Г. гипоксическая кома.</p> <p>28.Для купирования приступа удушья при бронхиальной астме используют: А. кромогликат натрия (интал); Б. муколитики; В. ингаляционные β2-агонисты короткого действия; Г. ингаляционные ГКС.</p> <p>29.Эквивалентом приступа удушья у больных бронхиальной астмой выступает: А. пароксизмальный непродуктивный кашель; Б. постоянный непродуктивный кашель; В. кашель с отделением обильной слизистой мокроты; Г. постоянная одышка.</p> <p>30.Больному при тяжелом обострении астмы целесообразно назначить: А. блокаторы H1-гистаминовых рецепторов; Б. периферические вазодилататоры; В. защищенные пенициллины; Г. глюкокортикостероиды.</p>	<p>Б</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p>												
6.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между заболеванием и основной группой препаратов для лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 1648 1268 1859"> <tr> <td>1. ГБ</td> <td>А. β-блокаторы</td> </tr> <tr> <td>2. ИБС</td> <td>Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды</td> </tr> <tr> <td>3. БА</td> <td>В. Ингибиторы АПФ/сартаны</td> </tr> <tr> <td>4. ХОБЛ</td> <td>Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)</td> </tr> </table> <p>2. Соотнесите заболевание и ключевой немедикаментозный метод лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 1991 1268 2069"> <tr> <td>1. ХСН</td> <td>А. Ограничение соли и жидкости</td> </tr> <tr> <td>2. ГЭРБ</td> <td>Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика</td> </tr> </table>	1. ГБ	А. β -блокаторы	2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды	3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны	4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)	1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости	2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика	<p>1–В, 2–А, 3–Б, 4–Г</p> <p>1–А, 2–В, 3–В, 4–Г</p>
1. ГБ	А. β -блокаторы													
2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды													
3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны													
4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)													
1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости													
2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика													

		настика		
		3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов	
		4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питьё	
		3. Соотнесите стадию ХОБЛ и рекомендуемую терапию:		
		1.Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики	
		2.Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию	
		3.Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид	
		4.Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация	
7.		<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Определите порядок действий при подозрении на ОКС:</p> <p>А. Назначение аспирина и клопидогреля Б. Регистрация ЭКГ В. Госпитализация в кардиологическое отделение Г. Обезболивание: морфин/нитраты при стенокардии</p> <p>2. Упорядочьте лечение язвенной болезни с <i>H. pylori</i>:</p> <p>А. Эрадикационная терапия (кларитромицин + амоксициллин + ИПН) Б. Подтверждение инфекции (дыхательный тест/биопсия) В. Поддерживающая терапия ИПН Г. Контроль эрадикации через 4–6 недель</p>		<p>Б → А → Г → В</p> <p>Б → А → Г → В</p>
8.		<p>Прочитайте текст и дайте краткий ответ</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный диагноз для следующего клинического случая:</p> <p>У больного 70 лет с атрофическим гастритом лимонно-желтый цвет кожи, ангулярный стоматит, малиновый «лакированный» язык, увеличена селезенка, нарушена болевая и температурная чувствительность, в крови: Нв 90г/л, эритроцитов $2 \cdot 10^{12}$/л, ретикулоцитов 1,5 %, лейкоцитов $3,4 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитов $100 \cdot 10^9$ /л</p> <p>2. Главная немедикаментозная рекомендация при первичной профилактике гипертонии — снижение потребления _____ .</p>		<p>В12-дефицитная анемия.</p> <p>Соли</p>
9.		<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Опредите лечебную тактику в отношении больного с диагнозом: Цирроз печени, ассоциированный с вирусом гепатита В, стадия декомпенсации. Портальная гипертензия: асцит, ВРВП 1 степени. Печеночная энцефалопатия 1 стадии.</p>		<p>Коррекция портальной гипертензии (ингибитор апф лизиноприл 2,5 мг/сут под контролем ад., карведилол 12,5 мг x 2 р/сут под контролем ад), коррекция отечного синдрома (спиролактон или эплеренон 100 мг/сут в сочетании с фуросемидом 40 мг/сут с последующим переходом на</p>

		<p>2. Какова тактика в отношении больного с диагнозом: ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST задне-диафрагмальной стенки левого желудочка. ХСН I ФК II. Killip I. Гипертоническая болезнь III ст, 3 степень, 4 (очень высокого риска).</p>	<p>монотерапию спиронолактоном/эплереноном 25 мг/сут.), коррекция печеночной энцефалопатии, гепатопротекция (лактолоза в индивидуально подобранной дозе с достижением частоты стула 2-3 раза/сут, адеметионин 1600 мг/сут в/в кап до 14 сут с последующим переходом на пероральный прием 400 мг x 2 p/сут, L-орнитин-L-аспартат 5г x 3 p/сут до 14 сут с последующим переходом на пероральный прием 3 г x 3p/сут)</p> <p>Догоспитальный этап: нитроглицерин аэрозоль, наркотический анальгетик (купирование болевого синдрома), двойная дезагрегантная терапия (аспирин 250 мг и клопидогрель 300 мг), решение о первичной ЧКВ или выполнение ТЛТ, симптоматическая терапия.</p> <p>Госпитальный этап: проведение КАГ (нагрузочная доза клопидогреля до 450-600 мг) и принятие решения о выполнении первичной ЧКВ при госпитализации или КАГ в течении 3-24 ч после догоспитального тромболитика. Назначение базисной терапии: АСК 100 мг, кропидогрель 75 мг в сутки, иАПФ, в-блокаторы, статины, нитраты, антикоагулянты (гепарин,</p>
--	--	--	--

			эноксапарин) п/к, Постельный режим, соблюдение диеты.
10.		<p>3. Пациент Д., 40 лет. Чувствует себя практически здоровым. Однако, обеспокоен риском развития у него инфаркта миокарда, так как имеет отягощенную наследственность: отец и старший брат умерли от инфаркта миокарда в возрасте до 45 лет. Имеет 23-летний стаж курения, ИМТ = 29 кг/м². АД на обеих руках 130/80 мм рт ст</p> <p>Результаты липидограммы: общий холестерин - 5,8 ммоль/л, ХС ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,0 ммоль/л, триглицериды - 1,2 ммоль/л, ХС-нелПВП 5,0 ммоль/л</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план дообследования 2. Дайте рекомендации по немедикаментозной коррекции имеющихся ФР 3. Оцените целесообразность медикаментозной терапии <p>4. На прием обратился мужчина М. 45 л. Жалоб не предъявляет, но хочет получить рекомендации по организации образа жизни. Из анамнеза известно, что</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ОАК, БАК (общетерапевтический), Лп(а), ЭКГ, ДС БЦА и бедренных артерий с целью выявления АБ, КТ сердца с оценкой коронарного кальция, оценка ССР по шкале SCORE-2. 2. Отказ от курения, снижение МТ, средиземноморская диета, физическая нагрузка: 150–300 мин аэробной ФА умеренной интенсивности в неделю или 75–150 мин интенсивных нагрузок или эквиваленту из их сочетания; ограничение употребления алкоголя до 100 г (чистого этанола) в неделю. 3. У пациента по шкале SCORE-2 риск нефатальных ССО равен 12%, таким образом пациент относится к категории очень высокого риска. Целевой уровень ХС ЛПНП у пациента < 1,4 ммоль/л. Поскольку уровень ХС ЛПНП у данного пациента составляет 3,0 ммоль/л, то тактика ведения включает коррекцию образа жизни и назначение липидснижающей терапии <p>1.ГБ I ст., целевое АД не достигнуто, риск ССО 2 (умеренный).</p>

	<p>матери пациента 77 лет, страдает ГБ с 60 лет, дважды перенесла ОНМК. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного ИМ.</p> <p>Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 15 лет, 1-2 раза в неделю употребляет около 1 литра пива.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Частота дыхания 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 150/100 мм рт. ст., ЧСС – 78 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Выделите факторы риска, которые имеются у пациента. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. <p>5. Мужчина Л. 38 лет был направлен к терапевту после прохождения диспансеризации. При выполнении биохимического анализа крови был выявлен общий холестерин – 6,2 ммоль/л. Из анамнеза известно, что пациент курит с 14 лет по 1</p>	<p>Избыточная масса тела (ИМТ 29,29 кг/м²).</p> <p>2. Немодифицируемые ФР: Мужской пол, ожиренный семейный анамнез развития ССЗ; модифицируемые ФР: курение, употребление алкоголя, избыточная МТ, АГ</p> <p>3. ОАК, БАК (креатинин, расчет СКФ, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, липидограмма), общий (клинический) анализ мочи, качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче; ЭКГ, ДМАД или СМАД.</p> <p>4. Отказ от курения, снижение массы тела (ИМТ менее 25 кг/м²), уменьшение потребления соли до 5 г/сут (рекомендована DASH-диета), ограничение потребления алкоголя до 20 г абсолютного этанола в неделю), регулярные физические тренировки не менее 4 раз в неделю продолжительностью 30–45 минут, уменьшение психоэмоционального стресса, достаточный сон (7 и более ч).</p> <p>Дислипидемия IIb типа по Фредриксену. Риск ССО – 3 (высокий). Избыточная масса</p>
--	--	--

		<p>пачке сигарет в день, питается преимущественно мясной и жирной пищей. Работает программистом. Наследственность отягощена: отец умер от инфаркта миокарда в 55лет, мать страдает гипертонической болезнью.</p> <p>Физическое исследование: Рост - 185 см, вес - 95 кг. Гипертонического телосложения. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС 74 уд. в мин. В остальном – без патологических изменений.</p> <p>Пациент самостоятельно выполнил липидограмму. Липиды крови: общий холестерин – 6,2 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите факторы риска, которые имеются у пациента. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. 	<p>тела (ИМТ 27,8 кг/м²)</p> <p>2. Немодифицируемые ФР: Мужской пол, отягощенный семейный анамнез развития ССЗ; модифицируемые ФР: курение, гиперхолестеринемия, низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная МТ.</p> <p>3. ОАК, БАК (общетерапевтически), Лп(а), ЭКГ, ДС БЦА и бедренных артерий с целью выявления АБС, КТ сердца с оценкой коронарного кальция.</p> <p>Отказ от курения, снижение массы тела (ИМТ менее 25 кг/м²), средиземноморская диета, физическая нагрузка: 150–300 мин аэробной физической активности умеренной интенсивности в неделю или 75–150 мин интенсивных нагрузок или эквиваленту из их сочетания; ограничение употребления алкоголя</p>
--	--	---	---

Разработан:
доцент кафедры факультетской терапии

О.В. Сергеева