Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Багрий Андрей Эдуардович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Багрий А.Э.
«10» марта 2025

ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.36 КАРДИОЛОГИЯ (2025 год приема)

Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 балов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Структура и функция сердца. Анатомия сердца. Коронарный кровоток. Электрофизиологические функции сердца.
2.	Общеврачебное обследование. Опрос больного. Основные жалобы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Анамнез заболевания. Физикальное обследование: перкуссия, пальпация, аускультация. Техника измерения артериального давления (АД), подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС).
3.	Клиническая оценка лабораторных методов обследования. Общий анализ крови. Изменения показателей общего анализа крови при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Биохимическое исследование крови. Исследование мочи.
4.	Теоретические основы электрокардиографии.
5.	Анализ ЭКГ. Характеристика ЭКГ в норме.
6.	ЭКГ при гипертрофии отделов сердца. ЭКГ при гипертрофии предсердий.
7.	ЭКГ при гипертрофии желудочков.
8.	Общие вопросы генеза изменений ЭКГ при нарушениях внутрижелудочковой проводимости.
9.	ЭКГ при блокаде ветвей пучка Гиса – однопучковые, двухпучковые блокады. Блокада левой ножки пучка Гиса. Блокада правой ножки пучка Гиса. ЭКГ при трехпучковой блокаде, АВ-блокады.
10.	Синдром Вольффа-Паркинсона-Уайта (WPW). ЭКГ при синдромах преэкзитации желудочков. Синдром короткого PQ (PR).
11.	ЭКГ при ИБС. Инфаркт миокарда. Принципы топической диагностики инфаркта миокарда. Признаки инфаркта миокарда предсердий.
12.	ЭКГ при сочетании инфаркта миокарда различной локализации с различными видами блокад разветвлений пучка Гиса. ЭКГ при инфаркте миокарда и синдроме WPW.
13.	Стенокардия. ЭКГ во время приступа стенокардии. Динамика ЭКГ при проведении проб с физической нагрузкой.
14.	ЭКГ-синдромы, связанные с нарушением ритма и проводимости.
15.	Клиническая фармакология основных лекарственных препаратов, применяемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
16.	Антиангинальные препараты.
17.	Антигипертензивные препараты.
18.	Препараты, применяемые при неотложных гипертензивных состояниях.
19.	Препараты, используемые при лечении недостаточности кровообращения.
20.	Антикоагуалянты, тромболитики и антитромбоцитарные препараты.
21.	Этиология, патогенез и классификация ИБС. Основные факторы риска ИБС. Патогенетические механизмы ишемии миокарда.
22.	Методы диагностики ИБС. Непосредственное обследование больного. Инструментальные методы.
23.	Методы лечения ИБС: общие мероприятия, назначение антиангинальных препаратов, хирургические методы лечения.
24.	Стенокардия: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика боли в грудной клетке. Понятие о безболевой ишемии миокарда.
25.	Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
26.	Клинические формы и варианты течения инфаркта миокарда.
27.	Лечение неосложненного инфаркта миокарда.
28.	Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Нарушение ритма и проводимости.
29.	Этиология и патогенез гипертонической болезни: клиника, диагностика и варианты течения гипертонической болезни (ГБ). Классификация, варианты течения ГБ.

30.	Лечение артериальной гипертензии
31.	Этиология и патогенез нарушений сердечного ритма.
32.	Наджелудочковые тахиаритмии: купирование пароксизма, предупреждение повторных пароксизмов.
33.	Мерцание и трепетание предсердий.
34.	Желудочковые нарушения ритма сердца.
35.	Желудочковые тахикардии: клиническая картина, диагностика и лечение различных видов ЖТ. Фибрилляция, трепетание желудочков.
36.	Синдром слабости синусового узла.
37.	Сердечная недостаточность: классификация, этиология, патогенез и диагностика.
38.	Хроническая сердечная недостаточность.
39.	Острая сердечная недостаточность: тактика неотложных мероприятий
40.	Миокардиты.
41.	Кардиомиопатии.
42.	Перикардиты.
43.	Инфекционный эндокардит: критерии диагностики. Осложнения инфекционного эндокардита.
44.	Лечение инфекционного эндокардита.
45.	Острая ревматическая лихорадка: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
46.	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Классификация и номенклатура приобретенных пороков. Методы диагностики.
47.	Приобретенные пороки сердца. Клинико-анатомические формы и нарушения гемодинамики.
48.	Врожденные пороки сердца: патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения.
49.	ТЭЛА. Тактика лечения ТЭЛА. Профилактика ТЭЛА.
50.	Острое легочное сердце, легочная гипертензия, хроническое легочное сердце: клиника, диагностика и лечение.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляется:

А. гипертрофия левого желудочка (+)
Б. синдром ранней реполяризации
В. блокада ножек пучка Гиса
Г. синоаурикулярная блокада

2. При отёке лёгких на фоне сердечной недостаточности для стимулирования инотропной функции сердца и увеличения минутного объёма показано введение:

А. добутамина (+)
Б. фенилэфрина
В. эналаприлата
Г. фуросемида

3. При исследовании в режиме цветного допплеровского сканирования кровоток к датчику картируется _ цветом:

А. красным (+)
Б. темно-синим
В. ярко зеленым
Г. фиолетовым

4. Высокий уровень липопротеидов очень низкой плотности наиболее характерен для:
А. декомпенсированного СД 2 типа (+)
Б. почечной недостаточности
В. окклюзии желчевыводящих путей
Г. гипотиреоза

5. Общим в действии всех групп антиишемических средств является:
А. снижение потребности миокарда в кислороде (+)
Б. расширение коронарных сосудов
В. снижение частоты сердечных сокращений
Г. антиагрегантный эффект

6. При желудочковой экстрасистолии в первые сутки инфаркта миокарда показано проведение:
А. мониторного наблюдения (+)
Б. инфузии кордарона внутривенно
В. инфузии лидокаина внутривенно
Г. инфузии глюкозо-новокаиновой смеси внутривенно

7. Побочным действием петлевых диуретиков является:
А. гипокалиемия (+)
Б. аменорея
В. гинекомастия
Г. гиперкальциемия

8. Особенностью артериальной гипертонии при сахарном диабете является:
А. высокая активность тканевой РААС (+)
Б. низкая солечувствительность
В. высокая парасимпатическая активность
Г. низкая симпатическая активность

9. До какого предела снижения ЧСС допускается приём бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности при синусовом ритме?
А. 55-60 в мин (+)
Б. 70-75 в мин
В. 75-80 в мин
Г. более 80 в мин

10. Согласно классификации стадий кровенаполнения венечных артерий по timi 2 степени соответствует:
А. замедление, но полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов (+)
Б. замедление и не полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
В. быстрое антероградное заполнение и выведение контрастного вещества
Г. отсутствие потока контрастного средства

11. Продолжительность приступа стенокардии напряжения в большинстве случаев составляет (в минутах):
А. 2-5 (+)
Б. 1
В. 5-10
Г. 10-15

12. Препаратами первой линии для лечения гиперхолестеринемии являются:

А. статины (+)
Б. фибраты
В. ингибиторы PCSK9
Г. секвестранты желчных кислот

13. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики миокардита выступает:

А. магнитно-резонансная томография (+)
Б. перфузионная сцинтиграфия миокарда
В. рентгенография органов грудной клетки
Г. чреспищеводная и трансторакальная эхокардиография

14. Площадь митрального отверстия в норме составляет ($см^2$):

А. 4-6 (+)
Б. 2-4
В. 1-2
Г. 3-4

15. Рефлекторное купирование нарушений ритма сердца возможно при:

А. суправентрикулярной тахикардии (+)
Б. полной АВ-блокаде
В. желудочковой тахикардии
Г. частой экстрасистолии

16. Чрескожное коронарное вмешательство является предпочтительным методом реваскуляризации у пациентов с:

А. 2-сосудистым поражением коронарного русла без вовлечения проксимального сегмента передней нисходящей артерии (+)
Б. поражением ствола левой коронарной артерии и баллами по шкале Syntax >22
В. 3-сосудистым поражением коронарного русла и сопутствующим сахарным диабетом
Г. 3-сосудистым поражением коронарного русла и баллами по шкале Syntax >22

17. Признаком насыщения сердечными гликозидами является:

А. корытообразная депрессия сегмента ST (+)
Б. появление желудочковых экстрасистол
В. подъём сегмента ST
Г. развитие тахикардии

18. Наиболее эффективным методом лечения ДКМП является:

А. трансплантация сердца (+)
Б. кардиомиопластика с протезированием митрального клапана
В. имплантация искусственного левого желудочка
Г. медикаментозная терапия

19. Вмешательством, уменьшающим риск внезапной смерти у больных с синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта, является:

А. катетерная абляция дополнительного пути (+)
Б. имплантация кардиовертера-дефибриллятора
В. применение бета-блокаторов
Г. применение амиодарона

20. К факторам риска, увеличивающим риск возникновения тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий, относят:

А. возраст (+)
Б. алкоголь
В. сердечные гликозиды
Г. тахикардию

21. Предтестовым изменением ЭКГ, которое делает невозможным проведение нагрузочного тредмил-теста, является:

А. полная блокада левой ножки пучка Гиса (+)
Б. полная блокада правой ножки пучка Гиса
В. отрицательный зубец Т в отведении V1
Г. отрицательный зубец Т в отведении III

22. Сердечно-сосудистым проявлением синдрома Марфана является:

А. аневризма аорты (+)
Б. васкулит
В. миокардиальный фиброз
Г. нарушение ритма и проводимости сердца

23. Низкое диастолическое давление указывает на:

А. недостаточность аортального клапана (+)
Б. подклапанный аортальный стеноз
В. недостаточность митрального клапана
Г. надклапанный стеноз легочной артерии

24. При проведении велоэргометрии критерием положительной пробы в диагностике ишемической болезни сердца является:

А. горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST на 1,0 мм и более, либо его подъем на 1,5 мм и более, протяженностью не менее 0,08 с от точки g (+)
Б. при появлении частых (1:10) экстрасистол и другие нарушения возбудимости миокарда
В. появление признаков АВ блокады
Г. горизонтальная элевация сегмента ST менее 1,0 мм

25. При выполнении теста с физической нагрузкой эффективность подобранной схемы лечения у пациентов с диагностированной ИБС оценивается:

А. на фоне приёма препаратов (+)
Б. на фоне отмены препаратов за 2 дня до исследования
В. после курса лечения и отмены препаратов
Г. на фоне приёма половины дозы препаратов

26. Приём статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в _ раза

А. 3 (+)
Б. 2
В. 4
Г. 2,5

27. Некардиоселективным бета-адреноблокатором без внутренней симпатомиметической активности является:

А. пропранолол (+)

Б. метопролол
В. бетаксолол
Г. небиволол

28. К абсолютным противопоказаниям для терапии тромболитиками больных с острым инфарктом миокарда относят:
А. перенесённый геморрагический (или неуточнённый) инсульт любой давности (+)
Б. транзиторную ишемическую атаку < 6 месяцев
В. рефрактерную АГ (САД > 180 мм рт.ст или ДАД > 110 мм рт.ст)
Г. тромбоэмболию легочной артерии

29. К бета-адреноблокаторам со свойствами блокаторов альфа-адренергических рецепторов относят:
А. карведилол (+)
Б. эсмолол
В. метопролол
Г. пропранолол

30. При сочетании артериальной гипертонии с хронической болезнью почек терапию целесообразно начать с
А. ингибиторов АПФ (+)
Б. бета-адреноблокаторов
В. мочегонных
Г. антагонистов кальция

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной К., 45 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

Вопросы:
1. Поставьте диагноз.
2. Нуждается ли больной в госпитализации?
3. С чем связано повышение АД у пациента?
4. Какие группы препаратов показаны для купирования криза?
5. Какие группы препаратов показаны для постоянного лечение АГ?

2. У больной Н., 68 лет, жалобы на боль сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжительностью более 30 минут, нитроглицерин боль не купировал. Объективно: частота дыхательных движений 24 в минуту, тоны приглушены, АД 115/60, частота сердечных сокращений 96 в минуту, живот безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, з. R не изменены, депрессия сегмента ST в I, AVL, V4-V6, з. T отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для установки окончательного диагноза?
3. Какой метод реперфузии рационально провести больной?
4. Назначьте лечение в стационаре
5. Назначьте лечение после выписки

3. В кардиологическое отделение госпитализирован больной К., 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отёки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитация, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., ДП 24 в минуту, неритмичный. Печень на 6 см ниже края реберной дуги. Пастозность голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 4,0×109/л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии.

ЭхоКГ: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику между возможными заболеваниями
3. Какие дополнительные исследования могут быть целесообразны для подтверждения диагноза?
4. Какие группы препаратов необходимо назначить больному?
5. Оцените риск тромбоэмболических осложнений у больного

Зав. кафедрой терапии
им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО,
к.м.н., доцент (подпись) Г.Г. Тарадин