

федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО  
  
Н.И. Свиридова.  
«16» апреля 2024 г.  
**ПРИНЯТО**  
на заседании ученого  
совета  
Института НМФО  
№ 12 от «16» апреля 2024 г.



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Наименование дисциплины: **Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.62**

**Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение**

Квалификация (степень) выпускника: **врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению**

Кафедра: **Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Мозговой П.В.	профессор	д.м.н./доцент	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Жаркин Ф.Н.	ассистент	-	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Рабочая программа дисциплины «Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП – Б1.Б.6.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 14 от «12» 04 2024 г.

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ Ю.М.Лопатин

**Рецензент:** к.м.н., главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Комитета здравоохранения Волгоградской области, врач высшей категории, Козлов Геннадий Владимирович

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 9 от «16» 04 2024 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ М.М.Королёва

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

\_\_\_\_\_ М.Л. Наumenко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № от 16 04 2024 года

Секретарь  
Ученого совета \_\_\_\_\_ В.Д.Заклякова

# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li><li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li><li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li><li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li><li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li><li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li><li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li><li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li><li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li><li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li><li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li><li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li><li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li><li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li></ol>
---	--

## Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li><li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li><li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li><li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li><li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li><li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li><li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li><li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li><li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li><li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li><li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li><li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li><li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li></ol>
---	---

## Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...  <b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b>  б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;  в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:  <b>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</b>  б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;  в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;  г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:  а) заболеваемость по данным обращаемости;  б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;  <b>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</b>  г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:  <b>а) 50–55 %;</b>  б) 20–25 %;  в) 15–20 %;  г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:  а) исторический;  б) статистический;  в) экспериментальный;  г) экономический;  д) социологический;  <b>е) все вышеперечисленные</b></p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:  а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;  <b>б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;</b>  в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:  <b>а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;</b>  б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;  в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;  г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;  д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах</p> <p>8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая</p>
---	--

- получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...
- а) государственное социальное страхование;**  
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;  
в) менеджмент здравоохранения;  
г) экономика здравоохранения
9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;  
**б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**  
в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;  
б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;  
в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
- а) до 10 дней;  
**б) до 15 дней;**  
в) до 4 месяцев;  
г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;  
**б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**  
в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
- а) своевременность оказания медицинской помощи;  
б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;  
в) степень достижения запланированного результата;  
**г) совокупность вышеуказанных характеристик**
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
- а) государственный контроль;  
б) ведомственный контроль;  
г) внутренний контроль;  
**д) все вышперечисленное верно**
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
- а) листок нетрудоспособности;  
б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;  
в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;  
г) врачебное свидетельство о смерти

## Банк ситуационных клинических задач

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 1.</b></p> <p>Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b></p> <p>В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b></p> <p>При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b></p> <p>Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b></p> <p>По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
--	---

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	76– 90
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	91 – 100

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	П
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	н
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	
	6	1-15	1-15	1-5	1-15	
	10	1-15	1-15	1-5	1-15	
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	
	12	1-15	1-15	1-5	1-15	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»**

**Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.**

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза <b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного			+	+	

<p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II</p>			+	+	
<p>Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III</p>			+	+	+
<p>Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) - I <b>Уметь:</b> работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) - I <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) - I</p>			+		
<p>Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II <b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II <b>Знать:</b> основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - II</p>			+	+	

<p>Третий уровень (УК-3) - III  Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе  В (УК-3) - III  <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки  У (УК-3) - III  <b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления  3(УК-3) - III</p>			+	+	+
<p>Первый уровень (ПК-9)-1  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> санологическим мышлением  <b>Уметь:</b> осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровья сбережения  <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+		
<p>Второй уровень (ПК-9)- II  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих  <b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья  <b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+	
<p>Третий уровень (ПК-9) - III  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих  <b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья  <b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>			+	+	+

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от первичного текста)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

<b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	
--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Доклад**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

## Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100–96	<b>ВЫСОКИЙ (продуктивный)</b>	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность	B	95–91		5

раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.	С	90–81	<b>СРЕДНИЙ (репродуктивный)</b>	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	Е	75-71	<b>НИЗКИЙ (ознакомительный)</b>	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует	Е	70-66		3 (3-)

поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.				
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	Е	65-61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)</b>	9 3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	<b>КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ</b>	2

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства	
	текущий контроль	промежуточная/ итоговая аттестация

	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	+	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	+	+	+	+

## 12.1. Представление оценочных средств в фонде

### Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

## 5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

## Тестовые задания

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках

- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

**09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

**Установите соответствие**

**10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:**

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта  |

**11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ**

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции   |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)**

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

**14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ**

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

**15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ**

- 1) судьи
- 2) команда утверждения

- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

## 23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

## 24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

## 25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

## 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

## 27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

## 28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

## 29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя

- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
  
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

**Тестовые задания самоконтроля по модулю II.**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка

- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации

- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт

- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И

**ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО**

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

**32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
|                             | Д. дидактические                                |
|                             | Е. владение техникой речи                       |

**33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

**34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная            |
|   | Б. конструктивная            |
|   | В. организаторская           |
| 2. специфические педагогические                     | Г. коммуникативная           |
|   | Д. гностическая              |
|   | Е. воспитательно-развивающая |
|   | Ж. ориентационная            |
|   | З. мобилизационная           |
|   | И. исследовательская         |

**Дополните высказывание**

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- \_\_\_\_\_

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

#### 48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
  
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

#### 49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

#### 50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

#### ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9

12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

### **Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.

17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

### **Банк тестовых заданий (с ответами)**

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. функциональная подсистема РСЧС;**
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- бригады доврачебной помощи;
  - врачебно-сестринские бригады;
  - бригады специализированной медицинской помощи;
  - бригады экстренного реагирования.**
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
- фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
  - врачебно-сестринские бригады;**
  - бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
  - «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
  - бригады специализированной медицинской помощи;**
  - областная клиническая больница
8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- централизация и децентрализация управления ЛЭО;
  - максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
  - использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
  - медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
  - перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- двухэтапная система ЛЭО;**
  - трехэтапная система ЛЭО;
  - четырёхэтапная система ЛЭО;
  - одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объёма того или иного вида медицинской помощи возможно:
- при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
  - при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
  - при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
  - все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
  - исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серофилактика столбняка;**
  - обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
  - первичная хирургическая обработка, зашивание раны.
13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее ватно-марлевое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
  - исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
  - временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. **повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. **в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. **симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. **инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. **холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. **прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. **повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. **иммунодепрессивное;**
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. иммуностимулирующее;
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
  - б. ингаляционно;
  - в. через желудочно-кишечный тракт;
  - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
  - б. метацин;
  - в. унитиол;
  - г. **дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
- 1. легкой степени поражения;
  - 2. **средней тяжести;**
  - 3. тяжелой;
  - 4. крайне-тяжелой.
31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострадиационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**

- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. **свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. **гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологических нарушениями.

### Банк ситуационных клинических задач

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой

голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Из рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 10. ОЧАГ.** В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.

2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.

3. Эвакуационные предназначения пораженного.

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

#### 6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:**

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

**ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:**

- Болезнь Вакеза-Ослера

- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

**ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:**

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

**ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:**

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

**ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

**ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии**

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

**ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии**

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

**ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:**

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглинопатия S
- Гемоглинопатия E
- **Гемоглинопатия M**
- Гемоглинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

**ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?**

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

**ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:**

- **Слабость**
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариес
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

**ВОПРОС N 14. При B12~дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:**

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе

- **В системе крови**

**ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:**

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

**ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:**

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

**ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:**

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

**ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:**

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз

- Ретикулоцитоз
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- Эритроидная гиперплазия костного мозга

**ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:**

- Микросфероцитоз
- Цветовой показатель в норме
- Ретикулоцитоз
- Увеличено содержание непрямого билирубина
- Спленомегалия
- Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов
- Верного нет

**ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:**

- $P_{O_2}$  снижено
- $P_{O_2}$  повышено
- **$P_{O_2}$  в норме**
- $S_{O_2}$  увеличено
- **$S_{O_2}$  снижено**
- $S_{O_2}$  в норме
- Содержание дезоксигемоглобина повышено
- Содержание гемоглобина снижено
- Содержание гемоглобина в норме

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:**

- Снижение цветового показателя
- Повышение цветового показателя
- Микроцитоз
- Макроцитоз
- Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- Уменьшение содержания железа в сыворотке крови
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- Снижение выделения железа с мочой
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- Снижение содержания ферритина в сыворотке крови
- Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

**ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:**

- Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови
- Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах
- Снижение уровня сывороточного железа
- Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови

**Банк ситуационных задач**

**Задача №1  
«Патология Гемостаза»**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $380 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $4,5 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свертывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передается это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

### **Задача №2** **«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Нб-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты-  $2,8 \times 10^{12}/л$ , ретикулоциты- 0,2% (N2,3-6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275  $\times 10^9/л$ ), лейкоциты-  $1,3 \times 10^9/л$  (N6-  $8 \times 10^9/л$ ), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

### **Задача №3** **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

#### ЗАДАЧА 4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела  $38,8^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до  $24 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

#### Клинический случай (III)

*Девочка Ш., 8 лет*, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до  $40^{\circ}\text{C}$  в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до  $39^{\circ}\text{C}$ , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах  $39-40^{\circ}\text{C}$ , в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ( $38-38,5^{\circ}\text{C}$ ), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела  $38,2^{\circ}\text{C}$ , частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 <sup>-</sup> CD8 <sup>+</sup> )	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 <sup>+</sup> CD56 <sup>+</sup> )	12,5	3–8
НК-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 <sup>-</sup> CD19 <sup>+</sup> )		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к

цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоехогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоехогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

#### Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

#### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.

5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

#### Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Грамотность

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

#### Ситуационные задачи

##### Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись,

реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

### **Ситуационная задача № 2.**

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

### Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

### Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача № 5**

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача № 6**

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков

и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.

23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

### Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1.Новизна реферированного текста

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li> <li>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li> <li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li> <li>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li> <li>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li> <li>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li> <li>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li> <li>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li> <li>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li> <li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li> <li>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</li> <li>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</li> <li>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в ревматологии.</li> <li>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</li> <li>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</li> <li>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ,</li> </ol>
---	--

	<p>использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b>  Раздел 2  «Частные  вопросы  клинической  фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в ревматологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в ревматологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в ревматологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в ревматологии.</p> <p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в ревматологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую</p>

	<p>систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в ревматологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в ревматологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача ревматолога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в ревматологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</li> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое</li> </ol>
---	---

	<p>значение.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</li> <li>19. Дайте определение понятию взаимодействие ЛС.</li> <li>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</li> <li>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</li> <li>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</li> <li>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</li> <li>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</li> <li>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</li> <li>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</li> <li>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</li> <li>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</li> <li>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</li> <li>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</li> <li>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных</li> </ol>

антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.

36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.
37. Бета-лактамы. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами  $\beta$ -лактамаз, показания к применению.
39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.
50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в ревматологии
53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.
54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.
55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.
56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.
57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.
58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.
59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфльтрационная, проводниковая). Классификация

	<p>местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b></li> <li>В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</li> <li>С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</li> <li>Д) Клинические испытания лекарственных средств.</li> </ol> </li>   <li>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</li> <li><b>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b></li> <li>С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</li> <li>Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</li> </ol> </li>   <li>3. <u>Лекарственная форма это:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>A) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b></li> <li>В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</li> <li>С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</li> </ol> </li>   <li>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Метод затраты-эффективность.</li> <li><b>В) Метод затраты-прибыль.</b></li> <li>С) Метод затраты-полезность.</li> <li>Д) Метод затраты-выгода</li> </ol> </li>   <li>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</li> <li>В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</li> <li>С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.</li> <li>Д) Не требует изучения генотипа больного.</li> </ol> </li>   <li>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>A) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.</b></li> <li><b>В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.</b></li> <li>С) Хромосомные aberrации.</li> <li>Д) Хромосомные транслокации.</li> </ol> </li> </ol>
--	---

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
- A) **CYP2D6.**
  - B) CYP3A4
  - C) **CYP2C9**
  - D) **CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
- A) Иммуноферментного анализа.
  - B) Иммунофлюоресцентного анализа.
  - C) **ПЦР.**
  - D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
- A) Высокая
  - B) Нормальная
  - C) **Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:
- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
  - B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
  - C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.
11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:
- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
  - B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
  - C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
  - D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**
12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;
  - B) распределение;
  - C) метаболизм (биотрансформация);
  - D) выведение;
  - E) **все вышеперечисленные.**
13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;
  - B) распределение;
  - C) метаболизм (биотрансформация);
  - D) выведение;
  - E) **механизм действия.**
14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:
- A) макролиды;

- В) фторхинолоны;
- С) тетрациклины;
- Д) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- А) 30 мин;
- В) 1 час;
- С) 2 ч и более;**
- Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- А) угнетается;**
- В) усиливается;
- С) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- А) угнетается;**
- В) усиливается;
- С) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие**

**функциональную активность рецепторов.**

- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) **Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) **типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа Е

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) **все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;
- В) требующие госпитализации или ее продления;
- С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);
- Д) приводящие стойкому снижению трудоспособности;
- Е) **все вышеперечисленное верно.**

27. Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В) **типа В;**
- С) типа С;
- Д) типа D;
- Е) типа Е.

28. Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:

- А) комплаенсом;
- В) **фармаконадзором;**
- С) фармакоэпидемиологией;
- Д) фармакоинспекцией.

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Частные вопросы  
клинической  
фармакологии»

29. Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:  
а) диклофенак;  
б) индометацин;  
с) целекоксиб;  
**д) ибупрофен;**
30. Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:  
а) аспирин;  
б) лорноксикам;  
**с) целекоксиб;**  
д) индометацин;
31. При проведении пульс-терапии более предпочтителен:  
А) преднизолон  
**В) метилпреднизолон**  
С) дексаметазон  
А) Гидрокортизон
32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:  
**А) аспирин;**  
В) нимесулид;  
С) целекоксиб;  
D) лорноксикам;
33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:  
а) через 2 суток;  
б) через 5-7 суток;  
с) через 7-10 суток;  
**д) через 10-14 суток;**
34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:  
А) преднизон  
**В) бетаметазон**  
С) беклометазона дипропионат  
D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:  
**А) циклооксигеназа**  
В) фосфодиэстераза  
С) 5-липооксигеназа  
D) фосфолипаза А2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:  
А) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов  
В) неэффективность пульс-терапии  
**С) стабилизация общего состояния больного**  
D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:  
А) Т-лимфоциты  
В) В-лимфоциты  
**С) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**

D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

A) **2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**

B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером

C) однократно утром

D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

A) Преднизолон.

B) Метилпреднизолон.

C) Дексаметазон.

D) **Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.

B) Истончение кожи, образование стрий.

C) Остеопороз, асептические некрозы костей.

D) Учащение и утяжеление инфекций.

E) **Артериальная гипотензия.**

F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)

B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)

C) Характеристики пациента

D) **Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

A) 24 часа

B) **3 дня**

C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

A) **5-10% случаев**

B) 20-30% случаев

C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

A) обладают иммуностимулирующим действием

B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях

C) **способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

A) Возможно

B) **Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах**

**С) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- А) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- А) Ампициллин.
- В) Оксациллин.
- С) Цефтриаксон.
- Д) Амоксициллина клавуланат
- Е) Цефалоразон.**
- Ф) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- А) осельтамивир**
- В) ганцикловир
- С) идоксуридин
- Д) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- А) ритонавир**
- В) арбидол
- С) диданозин
- Д) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- А) ферон
- В) реаферон**
- С) виллферон
- Д) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- А) 75-160 мг/сут.
- В) 500-1000 мг/сут.
- С) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- А) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- В) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- А) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**

- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- А) **IIa, Xa.**
- В) IIa, IXa.
- С) Xa, IXa.
- Д) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямими антикоагулянтами является:

- А) Свежезамороженная плазма.
- В) Викасол.
- С) **Протамина сульфат.**
- Д) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- А) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- В) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- С) Время свёртывания крови.
- Д) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- А) **Растворяют фибриновый тромб.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- А) **ванкомицин**
- В) пиперациллин
- С) кларитромицин
- Д) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- А) пефлоксацин
- В) линкомицин
- С) **ровамицин**
- Д) гентамицин
- Е) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

А) ципрофлоксацин

**В) меропенем**

С) цефтриаксон

Д) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

А) рекомбинантные  $\alpha/ \gamma$  интерфероны

В) кагоцел

**С) ингавирин**

Д) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

А) арбидол

В) озельтамивир

**С) фамцикловир**

Д) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

А) меньшей токсичностью

**В) лучшей биодоступностью**

С) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

А) амоксициллин

В) дорипенем

С) цефтаролин

**Д) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

**А) Азитромицин**

В) левомицетин

С) имипенем

Д) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

А) гипнотический

**В) анксиолитический**

С) вегетотропный

Д) противосудорожный

Е) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

1. потливость

А. верно 1, 2, 3

2. сердцебиение

В. верно 1, 4, 5

3. сухость во рту

**С. верно 3, 4, 5**

4. нарушение аккомодации

Д. верно 1, 2, 5

5. задержка мочеиспускания

Е. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

А) аминофиллин

- D) верапамил  
 C) омепразол  
**D) диазепам**  
 E) все ответы правильные
69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:  
**A) местное**  
 B) общее (наркоз)  
 C) комбинированное  
 D) нейрорептоанальгезия
70. Общим обезболиванием является:  
 A) вагосимпатическая блокада  
 B) спинальная анестезия  
 C) стволовая анестезия  
**D) внутривенный наркоз**
71. При общем обезболивании происходит:  
**A) обратимое торможение нервной ЦНС**  
 B) необратимое торможение ЦНС  
 C) блокада основного нервного ствола  
 D) возбуждение ЦНС
72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:  
 A) обморок  
**B) контрактура нижней челюсти**  
 C) анафилактический шок  
 D) коллапс
73. Общим осложнением при обезболивании является:  
 A) контрактура  
**B) коллапс**  
 C) некроз  
 D) гематома
74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:  
**A) обморок**  
 B) гематома  
 C) контрактура  
 D) кровотечение  
 E) пародонтит
75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:  
 A) внутривенно 1 мл мезатона  
 B) внутримышечно 1 мл норадреналин  
 C) внутримышечно метамезон  
**D) внутривенно 1 мл атропина**

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	

-61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

## 9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК-1</b>	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
<b>ПК</b>	<b>2</b>	1,25,26	1,2,18
	<b>7</b>	1 - 75	1-60
	<b>9</b>	1- 28	1-29, 50-52
			4,11
			1-57
			1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»**

### **Перечень вопросов для устного собеседования:**

1. Анестезиология в сердечно-сосудистой хирургии. Основные принципы общего обезболивания. Методы защиты миокарда. Методы защиты головного мозга.
2. Общие принципы интенсивной терапии после операции на сердце и сосудах. Показания к вспомогательному кровообращению и контрпульсации, показания к искусственной вентиляции легких.
3. Искусственное кровообращение и гипотермия. Методика проведения искусственного кровообращения. Критерии адекватности искусственного кровообращения. Осложнения, связанные с искусственным кровообращением.
4. Шовный материал. Классификация. Свойства. Применение.
5. Асептика. Стерилизация в хирургии. Современные методы асептики. Антисептика. Виды. Современные виды антисептики. Дренажирование ран и полостей. Понятие об активной и пассивной аспирации.
6. Хирургический стационар. Организация работы хирургического стационара. Госпитальная инфекция. Пути профилактики.

### **Врожденные пороки сердца.**

1. Этиология и патогенез ВПС. Классификация ВПС. Основные патофизиологические сдвиги и морфологические изменения в организме как следствие нарушений гемодинамики при ВПС.
2. Общие вопросы хирургического лечения ВПС (подготовка к операции, обеспечение операции, инструментарий и аппаратура, оперативные доступы, условия выполнения вмешательств).
3. Изолированный стеноз легочной артерии. Классификация, гемодинамические нарушения, клиника и диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы коррекции, ближайшие и отдаленные результаты.
4. Тетрада Фалло, анатомическая характеристика, нарушения гемодинамики, клиника, диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения. Паллиативные и радикальные операции.
5. Коарктация аорты. Атипичная коарктация аорты (неспецифический аортит нисходящей аорты). Стеноз устья аорты. Анатомия, формы сужения устья аорты, патофизиология порока, клиника и диагностика, показания и противопоказания к операции, ближайшие и отдаленные результаты.
6. Открытый атриовентрикулярный канал. Анатомия, классификация, представление о полном и неполном атриовентрикулярном канале. Нарушение гемодинамики, клиника и диагностика, показания и противопоказания к операции. Оптимальные сроки хирургического лечения. Прогноз.
7. Дефекты межжелудочковой перегородки. Клиническая картина, течение. Диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы

коррекции и осложнения. Ближайшие результаты. Отдаленные результаты и реабилитация.

8. Дефекты межпредсердной перегородки. Анатомия первичного и вторичного дефектов межпредсердной перегородки, операции.
9. Триада Фалло. Определение порока, анатомические и патофизиологические изменения и нарушения гемодинамики. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы коррекции.
10. Открытый артериальный проток. Патогенез, патофизиология нарушение гемодинамики, течение и прогноз, клиническая картина, диагностика, показания к операции, методы коррекции.
11. Ошибки, опасности и осложнения при хирургическом лечении ОАП и методы их профилактики. Ведение нормального послеоперационного периода. Осложнения ближайшего послеоперационного периода и их лечение. Ближайшие и отдаленные результаты операций.
12. Аномалия впадения легочных вен. Частичный и полный аномальный дренаж легочных вен, гемодинамика, анатомия, клиника и диагностика. Показания и противопоказания к операции, ближайшие и отдаленные результаты.

#### **Приобретенные пороки сердца, нарушения ритма сердца.**

1. Аортальная недостаточность. Этиология, патоморфология, патофизиология. Клиника, диагностика. Клинические классификации, показания и противопоказания к операции.
2. Аортальная недостаточность. Методы хирургической коррекции. Интраоперационные осложнения и их коррекция.
3. Аортальная недостаточность. Методы хирургической коррекции: вальвулопластика аортального клапана, протезирование клапана. Интраоперационные осложнения и их коррекция. Ведение неосложненного послеоперационного периода. Ближайшие результаты операции.
4. Митральный стеноз. Этиология, классификация, клиника. Особенности клинического течения порока у детей. Показания и противопоказания к операции.
5. Осложненные формы митрального стеноза, обызвествление клапана, внутрисердечный тромбоз. Показания и противопоказания к операции. Закрытая митральная комиссуротомия. Открытая митральная комиссуротомия в условиях ИК, вальвулопластика и хордопластика митрального клапана. Осложнения операции.
6. Рестеноз. Протезирование митрального клапана. Современные клапанные протезы. Осложнения операции, их лечение. Вопросы реабилитации. Поздние осложнения, специфичные для больных с протезами клапанов. Профилактика и лечение.
7. Недостаточность митрального клапана. Этиология приобретенных форм. Врожденная форма порока, клиническое течение и прогноз. Классификация, клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции.
8. Методы хирургической коррекции недостаточности митрального клапана. Клапаносохраняющие и пластические операции. Методы аннулопластики,

сохранение хордопапиллярного аппарата. Интраоперационные осложнения и их предупреждение. Реабилитация. Отдаленные результаты.

9. Митрально-трикуспидальный порок. Этиология, патоморфология, патофизиология. Клиника, диагностика, классификации. Показания и противопоказания к операции.
10. Митрально-трикуспидальный порок. Хирургическая коррекция, пластическая коррекция трикуспидального порока, протезирование трехстворчатого клапана. Послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение.
11. Митрально-аортально-трикуспидальный порок. Этиология, патогенез, патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к операции. Выбор метода хирургической коррекции. Ближайшие и отдаленные результаты.
12. Митрально-аортальный порок. Этиология, патоморфология, патофизиология. Клиника, диагностика, прогноз. Показания и противопоказания к операции. Выбор метода хирургической коррекции.
13. Митрально-аортальный порок. Показания и противопоказания к операции. Выбор метода хирургической коррекции. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты. Поздние осложнения, профилактика и лечение.
14. Аортальный стеноз. Этиология, патоморфология, патофизиология. Клиника, диагностика. Показания к коронарографии. Клиническая классификация. Показания и противопоказания к операции.

#### **Нарушения ритма и проводимости.**

1. История проблемы: аритмии сердца. Развитие хирургических технологий лечения нарушений ритма сердца. Анатомия проводящей системы сердца и аномалии проводящих путей. Физиология и патофизиология аритмий. Сердечная недостаточность.
2. Брадиаритмические формы нарушений ритма и проводимости: нарушение функции синусового узла, синоатриальная блокада, атриовентрикулярная блокада, другие формы брадиаритмий. Медикаментозное лечение.
3. Брадиаритмические формы нарушений ритма и проводимости. Хирургическое лечение: временная, постоянная эндокардиальная электрокардиостимуляция, постоянная миокардиальная ЭКС. Классификация видов ЭКС. Осложнения операции ЭКС.
4. Мерцательная аритмия (классификация фибрилляций и трепетаний предсердий, принципы диагностики и лечения).
5. Классификация тахиаритмий и клиническая картина. Выбор тактики лечения тахиаритмий, алгоритм купирования пароксизмальных тахиаритмий.

#### **Заболевания перикарда.**

1. Кисты перикарда. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, показания к операции. Ближайшие и отдаленные результаты.
2. Сдавливающий перикардит. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Операции.
3. Диагностическая пункция полости перикарда.
4. Острые перикардиты. Классификация. Клиническая картина. Течение и прогноз.

### Заболевания сосудов. Хирургическое лечение.

1. Аневризмы восходящей аорты. Расслаивающиеся аневризмы восходящей аорты. Аневризмы грудной аорты. Расслаивающиеся аневризмы грудной аорты. Понятие и частота заболевания. Этиология. Классификация по Де Беки: 1-й тип, 2-й тип, 3-й тип. Течение и прогноз, клиника и диагностика. Показания к операции.
2. Разрывы аневризмы периферических артерий. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Методы остановки кровотечения. Борьба с геморрагическим шоком. Показания к оперативному лечению.
3. Методы хирургической коррекции расслаивающейся аневризмы аорты. Ближайшие и отдаленные результаты. Посттравматические аневризмы грудной аорты. Аневризмы брюшной аорты. Разрыв аневризмы брюшной аорты.
4. Ишемия нижних конечностей (окклюзия бедренно-подколенно-тибиального артериального сегмента). Заболевания периферических артерий. Облитерирующий артериит (болезнь Бюргера).
5. Окклюзия брюшной аорты. Синдром Лериша. Заболевания магистральных артерий. Клиника. Диагностика и методы хирургического лечения.
6. Тромбэндоартерэктомия (открытая, полузакрытая, эверсионная, газовая, ультразвуковая). Резекция с анастомозом "конец в конец", "конец в бок" Резекция с аутопластикой. Операция шунтирования. Операция протезирования.
7. Протезирование. Особенности техники реконструктивных операций на сосудах. Основные методы хирургии артериальных сосудов.
8. Особенности реконструктивных операций на сосудах. Эмбол- и тромбэктомия. Аутопластика (аутовенозная, аутоартериальная, пластика перикардом).
9. История развития флебологии. Физиология венозной и лимфатической системы. Прикладная топографическая анатомия венозной системы человека. Организация флебологической помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности.
10. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания и принципы консервативной терапии. Показания и противопоказания к операции тромбэктомии. Виды сосудистых операций. Сравнительная оценка результатов оперативного и консервативного лечения.
11. Синдром верхней полой вены. Этиология. Патофизиология. Клиника. Классификация. Диагностика. Показания и противопоказания к операции, паллиативные операции.
12. Реконструктивные операции на верхней полой вене. Реабилитация больных. Принципы консервативного лечения.
13. Посттромботический синдром нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Функциональные пробы. Диагностика. Показания к операции. Противопоказания к операции.
14. Посттромботический синдром нижних конечностей. Реконструктивные, пластические операции на магистральных венах. Операция Линтона, Коккета. Реабилитация. Принципы консервативного лечения.

15. Приобретенные заболевания вен. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы оперативного лечения. Принципы консервативной терапии.
16. Аномалии развития венозной системы (флебэктазии, с-м Турнера, с-м Клиппеля-Треноне, б-нь Паркса-Вебера-Рубашова).
17. Лимфедема, лимфангиоматоз (этиология, патогенез, диагностика, консервативная терапия, хирургическое лечение).
18. Инструменты, техника и методика выполнения эндоваскулярных процедур при венозной патологии.
19. Применение эндоскопических технологий во флебологии.
20. Тромбофлебит подкожных вен, варикотромбофлебит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника. Методы хирургического лечения.
21. Декомпенсированные формы хронической венозной недостаточности (этиология, патогенез, диагностика, принципы хирургического лечения).
22. Тромбоэмболия легочной артерии (клиника, диагностика, лечение: консервативное, хирургическое, рентгеноэндоваскулярное).
23. Патогенез тромбоза, стратификация риска венозных тромбоэмболических осложнений.
24. Синдром тазового венозного полнокровья. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника и методы хирургического лечения.
25. Портальная гипертензия (этиология, патогенез, диагностика, лечение).
26. Симптоматические гипертензии: вазоренальная гипертензия, коарктация аорты, гормонопродуцирующие опухоли надпочечника. Эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение.

#### **Хирургия ишемической болезни сердца.**

1. История коронарной хирургии. Топографическая анатомия и оперативная хирургия сердца.
2. ИБС - современное состояние проблемы. Классификация. Основные факторы риска и мероприятия по их профилактике.
3. Диагностика ишемической болезни сердца, инструментальное определение коронарного резерва. Инвазивный мониторинг гемодинамики. Коронарография.
4. Хирургическое лечение ИБС. Показания и противопоказания. Паллиативные операции. Аутовенозное аортокоронарное шунтирование. Маммаро-коронарный анастомоз.
5. Хирургическая анатомия коронарных артерий. Типы кровоснабжения сердца. Этиология ИБС. Клиника и диагностика ИБС. Классификация ИБС. Течение и прогноз.
6. Стенокардия. Инфаркт миокарда. Неинвазивная диагностика. Коронарография. Левая вентрикулография.
7. Острый коронарный синдром, тактика и стратегия лечения. Эндоваскулярные методы реваскуляризации миокарда. Реабилитация пациентов после реваскуляризации миокарда. Вопросы экспертизы нетрудоспособности ишемической болезни сердца.

8. Хирургическое лечение ИБС. Показания и противопоказания. Паллиативные операции. Аутовенозное аортокоронарное шунтирование. Маммаро-коронарный анастомоз.
9. Постинфарктные аневризмы сердца. Анатомические и клинические классификации, клиника и диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы хирургической коррекции.

#### **Частные вопросы кардиохирургии.**

1. Злокачественные опухоли сердца. Классификация. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Результаты.
2. Миксомы. Частота и локализации. Этиология. Клиника и диагностика. Показания к операции. Методика операции.
3. Трансплантация сердца. История. Показания. Общие принципы организации трансплантации сердца. Послеоперационные ранние и отдаленные осложнения. Прогноз.

#### **Травмы сосудов.**

1. Патогенез ранений сосудов. Клиника ранений артерий и вен. Диагностика. Виды операций на венах.
2. Классификация кровотечений. Профилактика вторичных кровотечений. Методы временной остановки кровотечения. Методы окончательной остановки кровотечения.
3. Травмы сосудов. Общие вопросы травмы сосудов. Классификация травмы артерий и вен.
4. Травмы сосудов шеи (диагностика, хирургическая тактика, осложнения, результаты лечения).

#### **Сосудистые заболевания головного мозга.**

1. Топографическая анатомия сосудистого русла головного мозга. Семиотика сосудистых заболеваний головного мозга. Специализированные методы диагностики патологии экстра- и интракраниальных сосудов.
2. Позвоночно-подключичный синдром обкрадывания. Этиология, патогенез. Диагностика и методы лечения. Техника экстра- и интраторакальных вмешательств при патологии брахиоцефальных артерий. Роль рентгеноэндоваскулярных методов лечения.
3. Роль заболеваний сердца в патогенезе ишемического инсульта (диагностика, определение риска эмбологенного инсульта, роль кардиохирургии в профилактике острого нарушения мозгового кровообращения).
4. Каротидная эндартерэктомия, как основной метод профилактики инсульта при гемодинамически значимых поражениях бифуркации общей сонной артерии (показания, противопоказания, ограничения метода, техника выполнения, результаты).

5. Окклюзия и стенозы ветвей дуги аорты (хроническая мозговая сосудистая недостаточность). Синдром Такаясу.

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

1. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи- внутрь):
- а) внутренняя яремная вена - общая сонная артерия - блуждающий нерв;
  - б) общая сонная артерия - внутренняя яремная вена - блуждающий нерв;
  - в) внутренняя яремная вена — блуждающий нерв — общая сонная артерия;
  - г) блуждающий нерв — общая сонная артерия — внутренняя яремная вена.
2. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия кожного разреза проходит:
- а) от угла нижней челюсти;
  - б) от уровня верхнего края щитовидного хряща;
  - в) по переднему краю грудино-ключично-сосцевой мышцы;
  - г) любой из перечисленных.
3. При окклюзии устья общей сонной артерии внеторокальный доступ к артерии характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) проведения разреза на 1 см выше и параллельно ключице;
  - б) проведения разреза на 1 см ниже и параллельно ключице;
  - в) проксимальный конец разреза заходит за грудино-ключично-сосцевидную мышцу;
  - г) латеральный конец разреза доходит до середины ключицы.
4. Прямая имплантация общей сонной артерии при окклюзии ее устья осуществляется в:
- а) дугу аорты;
  - б) верхнюю полуокружность подключичной артерии дистальнее устья позвоночной артерии;
  - в) верхнюю полуокружность подключичной артерии проксимальнее устья позвоночной артерии.
5. При тромбэнтерэктомии из устья позвоночной артерии основные принципы операции включают:
- а) надключичный доступ;
  - б) подключичный доступ;
  - в) продольное вскрытие позвоночной артерии в области ее устья;
  - г) продольное или дугообразное вскрытие подключичной артерии вблизи от устья позвоночной артерии;
  - д) правильно А и Г.
6. При имплантации левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию в предлестничном пространстве на передней лестничной мышце располагается:
- а) левый блуждающий нерв;
  - б) левый диафрагмальный нерв;
  - в) левый возвратный нерв;
  - г) все перечисленное.
7. Подключичная вена при доступе к ней в шейном отделе располагается в:
- а) межлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и плечевым сплетением;

- б) предлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и лопаточно-подъязычной мышцей;
- в) предлестничном пространстве между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами спереди и передней лестничной мышцей сзади.
8. Терминальный участок шейного отдела грудного протока чаще всего впадает в:
- а) левую подключичную вену;
- б) левую внутреннюю яремную вену;
- в) левый венозный угол по его передней поверхности;
- г) левый венозный угол по его задней поверхности.
9. По проекционной линии плечевой артерии в верхней половине плеча взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка соответствуют:
- а) латерально срединному нерву, медиально от нерва - плечевой артерии с венами, кнутри от артерии располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья;
- б) латерально плечевой артерии с венами, медиально от артерии — срединный нерв, еще более медиально располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья;
- в) латерально срединный, локтевой и медиальный кожный нерв предплечья, медиально проходят плечевая артерия и вены.
10. При доступе к плечевой вене проекция ее соответствует проекции:
- а) срединного нерва;
- б) плечевой артерии;
- в) лучевого нерва;
- г) локтевого нерва.
11. Внутренняя грудная артерия по задней поверхности грудной стенки проходит:
- а) на 1,5-2 см латеральнее от наружного края грудины;
- б) за грудиной;
- в) к грудной стенке не прилежит.
12. При операции субаортальной перикардэктомии по отношению к отделам сердца иссечение перикарда осуществляется в следующей последовательности:
- а) от устья полых вен к правому предсердию, правому желудочку, далее к устьям аорты и легочного ствола, к левому желудочку;
- б) от левого желудочка к устьям легочного ствола и аорты, правому желудочку, правому предсердию и далее к устьям полых вен;
- в) принципиального значения не имеет.
13. Для пункции сердечной сорочки, непосредственно прилежащим к передней стенке является:
- а) передний верхний карман перикарда;
- б) передний нижний карман перикарда;
- в) задний верхний карман перикарда;
- г) задний нижний карман перикарда.
14. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево а норме отходят сосуды в следующем порядке:
- а) правая общая сонная артерия — правая подключичная артерия - левая общая сонная артерия — левая подключичная артерия;
- б) правый плечеголовный ствол — левый плечеголовный ствол;
- в) плечеголовный ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия;
- г) легочный ствол — плечеголовный ствол — левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия.

15. Симпатическая иннервация сердца осуществляется постганглионарными волокнами из:
- а) верхнего шейного симпатического узла;
  - б) среднего шейного симпатического узла;
  - в) нижнего шейного симпатического узла;
  - г) верхнего, среднего и нижнего шейных симпатических узлов.
16. Блуждающий нерв несет к сердцу:
- а) симпатические волокна;
  - б) парасимпатические волокна;
  - в) парасимпатические и симпатические волокна.
17. Парасимпатическая иннервация сердца осуществляется:
- а) языкоглоточным нервом;
  - б) диафрагмальным нервом;
  - в) блуждающим нервом;
  - г) подъязычным нервом.
18. В правое предсердие впадают все перечисленные сосуды, кроме:
- а) верхней поллой вены;
  - б) нижней поллой вены;
  - в) венозного сердечного коронарного синуса;
  - г) непарной вены;
  - д) небольших вен сердца.
19. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:
- а) передних 2/3 межжелудочковой перегородки;
  - б) части передней стенки правого желудочка;
  - в) межпредсердной перегородки;
  - г) левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка.
20. На передней поверхности сердца границей между правым и левым желудочком является продольная борозда, где проходят:
- а) нисходящая ветвь левой венечной артерии;
  - б) правая венечная артерия;
  - в) большая вена сердца;
  - г) правильно А и В;
  - д) правильно А и Б.
21. Задняя продольная борозда с проходящими здесь задней нисходящей ветвью правой венечной артерии и конечной частью левой венечной артерии располагается на:
- а) передней поверхности сердца;
  - б) нижней поверхности сердца;
  - в) задней поверхности сердца.
22. Венечные артерии при анатомической коррекции транспозиции аорты и легочной артерии по Жатене:
- а) не перемещаются с трансформированными сосудами;
  - б) перемещаются во вновь созданную аорту;
  - в) значения не имеет.
23. При операции протезирования аортального клапана и супракоронарного протезирования восходящей части аорты:
- а) устья венечных артерий остаются интактными;
  - б) венечные артерии шунтируются аутовенозными трансплантатами;

в) венечные артерии реимплантируются.

24. Синусно-предсердный узел Кис- Флека расположен:

- а) в миокарде правого предсердия слева от места впадения нижней полой вены;
- б) под эпикардом в стенке правого предсердия между правым ушком и верхней полой веной;
- в) в межпредсердной перегородке;
- г) в устье правого ушка.

25. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф — Тавара) расположен:

- а) в миокарде левого предсердия;
- б) в миокарде правого желудочка;
- в) в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи;
- г) дорзальнее правого желудочно-предсердного отверстия.

26. Проекция предсердно-желудочкового пучка перед отхождением его левой ножки располагается ниже прикрепления:

- а) правой полулунной заслонки к стенке аорты;
- б) левой полулунной заслонки к стенке аорты;
- в) задней полулунной заслонки к стенке аорты.

27. Опасная зона фиброзного кольца трехстворчатого клапана, где проходит предсердно-желудочковый пучок, проецируется в области:

- а) передней створки;
- б) перегородочной (медиальной) створки;
- в) задней створки.

28. Сухожильные хорды папиллярных мышцы крепятся к предсердно-желудочковым клапанам со стороны:

- а) желудочков;
- б) предсердий;
- в) предсердий и желудочков.

### (=#) Раздел III. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ

1. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- а) 0,02с ;
- б) до 0, 10 с;
- в) до 0, 12 с;
- г) до 0,13 с.

2. Зубец Р в норме всегда отрицательный в отведении:

- а) AVF;
- б) AVL;
- в) AVR;
- г) во всех перечисленных.

3. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:

- а) правому предсердию;
- б) атриовентрикулярному узлу;
- в) ножками пучка Гиса;
- г) волокнами Пуркинье;
- д) все ответы правильны.

4. В норме интервал PQ равен:

- а) 0,08-0, 12 с;

- б) 0,12-0,20 с;
- в) 0,10-0,22 с;
- г) 0,12-0,22 с.

5. Ширина комплекса QRS в норме в V1-V6 не должна превышать:

- а) 0,08;
- б) 0,10;
- в) 0,12;
- г) 0,16.

6. К центрам автоматизма первого порядка относятся:

- а) синусовый узел;
- б) предсердные (эктопические) автоматические клетки;
- в) автоматические клетки в атриовентрикулярном соединении;
- г) автоматические клетки в пучке Гиса и его ветвях;
- д) автоматические клетки в волокнах Пуркинье.

7. Под термином «центр автоматизма второго порядка» понимаются:

- а) автоматические клетки в предсердиях;
- б) верхняя и средняя часть атриовентрикулярного узла;
- в) нижняя часть АВ-узла и пучок Гиса;
- г) ветви пучка Гиса;
- д) правильно А и Б.

8. Центр автоматизма третьего порядка — это:

- а) АВ-узел;
- б) атриовентрикулярное соединение;
- в) ветви пучка Гиса;
- г) волокна Пуркинье в желудочках;
- д) правильно В и Г.

9. Критериями синусового ритма являются:

- а) наличие зубцов Р перед QRS;
- б) равенство интервалов Р-Р и R-R;
- в) наличие положительных зубцов Р в отведениях I, II, AVF, V2-V6 ;
- г) наличие отрицательного зубца Р в отведении AVR и двухфазного зубца Р в отведении V1 ;
- д) все перечисленное;
- е) все кроме б.

10. При нормальном положении электрической оси сердца угол альфа равен:

- а) от 0 до 29 градусов;
- б) от 30 до 69 градусов;
- в) от -1 до -90 градусов;
- г) от 70 до 90 градусов;
- д) от 91 до -150 градусов.

11. При отклонении электрической оси сердца влево угол  $\alpha$  равен:

- а) от 0 до 29 градусов;
- б) от 30 до 69 градусов;
- в) от -1 до -90 градусов;
- г) от 70 до 90 градусов;
- д) от 91 до -150 градусов.

12. При отклонении электрической оси сердца вправо угол альфа равен:

- а) от 0 до 29 градусов;

- б) от 30 до 69 градусов;
- в) от 70 до 90 градусов;
- г) более 90 градусов;
- д) от -1 до -90 градусов.

13. Признаками гипертрофии правого предсердия на ЭКГ являются:

- а) ширина зубца Р в пределах до 0,10с;
- б) увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF;
- в) заостренная форма зубцов Р в VI—V3;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

14. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

- а) увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении VI;
- б) двугорбость зубца Р в I, AVL, V5, V6;
- в) уширение зубца Р более 0,11с;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

15. К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся:

- а) увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6;
- б) увеличение глубины зубцов S в отведениях V1, V2;
- в) дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т по отношению к главному зубцу комплекса QRS;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

16. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- а) увеличение амплитуды зубцов R- в отведениях AVL, I, V5, V6;
- б) увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5, V6 ;
- в) увеличение высоты зубцов T в отведении V5, V6;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

17. К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:

- а) отклонение электрической оси сердца вправо;
- б) в отведении V1 зубец R > зубца S, может быть комплекс QR, RSR;
- в) в отведении V6 зубец S > зубца R;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

18. Для больных с диастолической перегрузкой правого желудочка (перегрузка объемом) характерно наличие признаков гипертрофии правого желудочка в виде:

- а) R-типа;
- б) RSR-типа ;
- в) S-типа;
- г) увеличение амплитуды комплексов QRS в переходных отведениях.

19. Для больных с гипертрофией правого желудочка по механизму систолической перегрузки характерно появление на ЭКГ):

- а) R или QR-типа;
- б) RSR-типа;
- в) S-типа.

20. Синоаурикулярная блокада - это:

- а) уменьшение силы импульса синусового узла ниже порогового;
- б) нарушение проводимости импульса от синусового узла к предсердиям;
- в) уменьшение возбудимости миокарда предсердий ;
- г) нарушение проводимости импульса от предсердий к желудочкам ;
- д) нарушение проводимости импульса в системе Гиса — Пуркинье.

21. Атриовентрикулярная блокада I степени характеризуется:

- а) полным прекращением проведения импульсов от синусового узла к желудочкам;
- б) замедлением времени атриовентрикулярного проведения (увеличением PQ на ЭКГ) ;
- в) периодической блокадой одного из предсердных импульсов;
- г) правильные ответы А и Б;
- д) правильные ответы Б и В.

22. Атриовентрикулярная блокада II степени характеризуется:

- а) только увеличением PQ на ЭКГ;
- б) периодическим выпадением комплексов QRS + PQ удлиненные;
- в) полным прекращением проведения от предсердий к желудочкам;
- г) правильного ответа нет.

23. Атриовентрикулярная блокада III степени характеризуется:

- а) блокадой каждого второго предсердного импульса;
- б) блокадой нескольких подряд предсердных импульсов ;
- в) полным прекращением проведения предсердных импульсов с полной диссоциацией предсердного и желудочкового ритмов;
- г) увеличением времени атриовентрикулярного проведения.

24. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:

- а) инверсии зубцов Т;
- б) подъема сегмента ST;
- в) сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и(-)зубца Т;
- г) увеличения амплитуды зубца Т.

25. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- а) нет изменений комплекса QRS;
- б) может быть депрессия сегмента ST;
- в) может быть инверсия зубцов Т, сохраняющаяся более 2 недель;
- г) может быть кратковременный подъем сегмента ST;
- д) возможны все перечисленные варианты.

26. К формам нестабильной стенокардии относятся:

- а) впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию;
- б) прогрессирующая стенокардия напряжения;
- в) постинфарктная стенокардия;
- г) все ответы правильные (А, Б, В) ;
- д) правильного ответа нет;

27. I функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:

- а) латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках;
- б) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж;
- в) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей;

- г) приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности.
28. II функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:
- а) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей;
  - б) латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках;
  - в) приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности;
  - г) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж.
29. III функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:
- а) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж;
  - б) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей;
  - в) латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках;
  - г) приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности.
30. IV функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:
- а) приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности;
  - б) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж;
  - в) возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей;
  - г) латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках.

#### (=#) Раздел IV. РЕНТГЕНОЛОГИЯ

1. В прямой проекции исследования по левому контуру сердца проецируется:
  - а) правое предсердие;
  - б) выводной отдел правого желудочка;
  - в) приточный отдел правого желудочка;
  - г) ствол легочной артерии.
2. Нижнюю дугу по правому контуру сердца в прямой проекции образует:
  - а) правое предсердие;
  - б) выводной отдел правого желудочка;
  - в) приточный отдел правого желудочка;
  - г) правое предсердие и правый желудочек.
3. В правой передней косой проекции по заднему контуру сердца расположены:
  - а) левое и правое предсердия;
  - б) правый желудочек;
  - в) левое предсердие и левый желудочек;
  - г) правое предсердие и левый желудочек.
4. В правой передней косой проекции по переднему контуру сердца расположены:
  - а) правое и левое предсердия;
  - б) приточный отдел правого желудочка;
  - в) левый желудочек и левое предсердие;
  - г) выводной отдел правого желудочка и левый желудочек.
5. В левой передней косой проекции по переднему контуру сердца расположены:
  - а) левый желудочек;

- б) правый желудочек и правое предсердие;
  - в) левое предсердие;
  - г) нисходящий отдел аорты.
6. В левой передней косой проекции по заднему контуру сердца расположены:
- а) левый желудочек;
  - б) приточный отдел правого желудочка;
  - в) выходной отдел правого желудочка;
  - г) правое предсердие.
7. В левой боковой проекции по переднему контуру сердца расположены:
- а) левый желудочек;
  - б) правый желудочек;
  - в) левое предсердие;
  - г) правое предсердие.
8. В левой боковой проекции по заднему контуру сердца расположены:
- а) левый желудочек и левое предсердие;
  - б) правый желудочек;
  - в) восходящий отдел аорты;
  - г) правое предсердие.
9. Верхняя полая вена в прямой проекции образует:
- а) верхнюю дугу по правому контуру сердечно-сосудистой тени;
  - б) верхнюю дугу по левому контуру сердечно-сосудистой тени;
  - в) нижнюю дугу справа.
10. Тень непарной вены в прямой проекции определяется:
- а) в левом трахеобронхиальном углу ;
  - б) в правом трахеобронхиальном углу;
  - в) в области бифуркации.
11. Восходящий сегмент аорты в прямой проекции образует:
- а) верхнюю дугу по левому контуру сердечно-сосудистой тени;
  - б) верхнюю дугу по правому контуру сердечно-сосудистой тени;
  - в) нижнюю дугу по правому контуру сердца.
12. Дуга аорты в прямой проекции образует:
- а) верхнюю дугу по правому контуру;
  - б) верхнюю дугу слева;
  - в) вторую дугу слева.
13. Для митрального стеноза характерна:
- а) изотоническая диастолическая гиперфункция левого предсердия;
  - б) изотоническая гиперфункция левого желудочка;
  - в) изометрическая систолическая гиперфункция левого предсердия;
  - г) изометрическая гиперфункция левого желудочка.
14. Признаки интерстициального отека легких при митральном стенозе:
- а) линии Керли;
  - б) синдром «турецкой сабли»;
  - в) расширение аорты.
15. Отклонение контрастированного пищевода на уровне левого предсердия в правом переднем косом положении при митральном стенозе:
- а) по дуге большого радиуса (до 8 см) ;
  - б) по дуге малого радиуса (до 6 см) ;
  - в) пищевод не отклоняется.

16. Рентгенофункциональный признак уменьшения ударного объема левого желудочка при митральном стенозе:
- а) уменьшение амплитуды пульсации легочной артерии;
  - б) уменьшение амплитуды пульсации аорты;
  - в) увеличение амплитуды сокращения левого желудочка.
17. Гемодинамика малого круга кровообращения при митральной недостаточности в начальной стадии порока:
- а) гиперволемиа;
  - б) гиповолемиа;
  - в) гемодинамика не изменена.
18. Контрастированный пищевод в правом переднем косом положении при митральной недостаточности отклонен кзади увеличенным левым предсердием по:
- а) дуге малого радиуса;
  - б) дуге большого радиуса;
  - в) не отклонен.
19. Рентгенофункциональный признак митральной недостаточности:
- а) коромыслоподобные движения между правым предсердием и правым желудочком;
  - б) коромыслоподобные движения между левым предсердием и левым желудочком;
  - в) коромыслоподобные движения между легочной артерией и левым предсердием.
20. Стеноз устья аорты характеризуется:
- а) изотонической гиперфункцией левого желудочка;
  - б) изометрической гиперфункцией правого желудочка;
  - в) изометрической гиперфункцией левого желудочка;
  - г) изотонической гиперфункцией правого желудочка.
21. Аорта при стенозе аортального отверстия:
- а) расширена на всем протяжении;
  - б) расширена в восходящем отделе;
  - в) сужена на всем протяжении;
  - г) диаметр не изменен.

## (=#) Раздел V. ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

1. Врожденный порок сердца формируется в течение:
- а) первого месяца эмбриогенеза;
  - б) первых двух месяцев эмбриогенеза;
  - в) всего периода развития плода;
  - г) формирование порока происходит после рождения.
2. На развитие врожденного порока сердца влияют только:
- а) генетические факторы;
  - б) физические и химические факторы;
  - в) генетические факторы и окружающая среда;
  - г) все перечисленное;
  - д) ни одни из перечисленных.
3. Из генетических факторов врожденных пороков сердца чаще встречаются:
- а) единый мутантный ген;
  - б) хромосомные нарушения;
  - в) мультифакториальное наследование;
  - г) правильно А и Б.

4. При развитии врожденного порока имеет значение прием:
- а) медикаментов;
  - б) наркотиков;
  - в) гормонов;
  - г) контрацептивов;
  - д) всего перечисленного в определенный период развития.
5. Врожденный порок сердца чаще всего встречается в виде синдрома при:
- а) едином мутантном гене;
  - б) хромосомных операциях;
  - в) мультифакториальном наследовании;
  - г) обычной популяции;
  - д) правильного ответа нет;
  - е) правильно А и Б.
6. Высокая гипертензия малого круга приводит к:
- а) гипертрофии средней оболочки мелких мышечных артерий;
  - б) клеточной пролиферации интимы сосудов;
  - в) склерозу внутренней оболочки мелких сосудов;
  - г) истончению средней оболочки
  - д) всему перечисленному.
7. Легочная гипертензия является следствием:
- а) гиповолемии малого круга кровообращения;
  - б) гиперволемии малого круга кровообращения;
  - в) гиперволемии большого круга кровообращения;
  - г) гиповолемии большого круга кровообращения.
8. При подготовке больного к операции по поводу врожденного порока сердца необходимо выполнить все перечисленное, кроме:
- а) санации носоглотки;
  - б) устранения кариеса;
  - в) лечения пиелонефрита;
  - г) купирования сердечной недостаточности.
9. При операциях на открытом сердце чаще применяются:
- а) продольная стернотомия;
  - б) боковая торакотомия слева;
  - в) поперечная стернотомия;
  - г) боковая торакотомия справа;
  - д) двухплевральные доступ.
10. У больных с высокой легочной гипертензией 3-а группы морфологические изменения легочных сосудов по Хиту - Эдварсу соответствуют следующим стадиям:
- а) I-III;
  - б) IV;
  - в) V;
  - г) VI.
11. Первая операция по поводу открытого артериального протока была произведена в нашей стране в:
- а) 1938 году;
  - б) 1948 году;
  - в) 1950 году;
  - г) 1958 году;

д) 1968 году.

12. Открытый артериальный проток приводит к:

- а) гиперволемии малого круга кровообращения;
- б) гиповолемии малого круга кровообращения;
- в) гипертензии малого круга кровообращения;
- г) правильно А и В;
- д) все перечисленное.

13. Открытый артериальный проток с большим артериовенозным сбросом крови приводит к:

- а) диастолической перегрузке правого желудочка;
- б) диастолической перегрузке левого желудочка;
- в) систолической перегрузке левого желудочка;
- г) систолической перегрузке правого желудочка;
- д) диастолической перегрузке обоих желудочков.

14. Открытый артериальный проток с высокой легочной гипертензией приводит к:

- а) диастолической перегрузке правого желудочка;
- б) систолической перегрузке правого желудочка;
- в) систолической перегрузке левого желудочка;
- г) диастолической перегрузке левого желудочка;
- д) систолической перегрузке правого и диастолической перегрузке левого желудочков.

15. Широкий открытый артериальный проток чаще осложняется:

- а) бактериальным эндокардитом;
- б) нарушениями ритма сердца;
- в) легочной гипертензией;
- г) недостаточностью кровообращения;
- д) правильно В и Г;

16. Для открытого артериального протока с большим артериовенозным сбросом характерна следующая аускультативная картина:

- а) систолический шум;
- б) систолодиастолический шум;
- в) диастолический шум;
- г) отсутствие шума;
- д) шум Грехем Стила.

17. При открытом артериальном протоке с высокой легочной гипертензией отмечается при аускультации второго тона на легочной артерии:

- а) расщепление второго тона;
- б) акцент второго тона;
- в) второй тон ослаблен;
- г) второй тон не изменен;
- д) все из выше перечисленных признаков.

18. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является:

- а) катетеризация правых отделов сердца;
- б) ангиокардиография из правых отделов сердца;
- в) катетеризация левых отделов сердца;
- г) аортография;
- д) левая вентрикулография.

19. При диаметре открытого артериального протока более 10 мм показана операция:

- а) перевязки протока;
- б) пересечения с ушиванием концов;
- в) механического прошивания протока;
- г) перевязки с прошиванием;
- д) любой из указанных методов.

20. Срочное хирургическое вмешательство в ближайшем послеоперационном периоде после перевязки открытого артериального протока требуется в случае:

- а) синдрома Горнера;
- б) появления подкожной эмфиземы;
- в) обильного поступления кропи по дренажам;
- г) напряженного пневмоторакса;
- д) правильно В и Г;

21. Наиболее информативным методом диагностики дефекта аорто-легочной перегородки является:

- а) аускультация;
- б) электрокардиография;
- в) рентгенологическое обследование;
- г) катетеризация сердца;
- д) аортография.

22. Дефект аортолегочной перегородки отличается от общего артериального ствола наличием:

- а) дефекта межжелудочковой перегородки;
- б) аортальной недостаточности;
- в) двух изолированных полулунных клапанов;
- г) стеноза аорты.

23. При дефекте аортолегочной перегородки маленького диаметра аускультативно определяется:

- а) систолический шум;
- б) диастолический шум;
- в) систолодиастолический шум;
- г) шум не определяется.

24. При большом дефекте аортолегочной перегородки второй тон на легочной артерии:

- а) не изменен;
- б) ослаблен;
- в) расщеплен;
- г) акцентирован.

25. При дефекте аортолегочной перегородки наилучшим методом диагностики является:

- а) катетеризация сердца;
- б) венозная вентрикулография;
- в) аортография;
- г) левая вентрикулография.

26. Для дефекта межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом отмечается преимущественная перегрузка:

- а) правого желудочка;
- б) левого желудочка;
- в) обоих желудочков;
- г) правого предсердия ;

д) левого предсердия.

27. При дефекте межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом крови имеет место:

- а) систолическая перегрузка левого желудочка;
- б) диастолическая перегрузка левого желудочка ;
- в) комбинированная перегрузка левого желудочка ;
- г) отсутствие перегрузок.

28. Самопроизвольное закрытие дефекта межжелудочковой перегородки возможно преимущественно в возрасте:

- а) до 1 года;
- б) до 4 лет;
- в) после 4 лет;
- г) самопроизвольно не закрывается.

29. Дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с аортальной недостаточностью следует дифференцировать с:

- а) открытым артериальным протоком;
- б) изолированным стенозом легочной артерии;
- в) прорывом аневризмы синуса Вальсальвы;
- г) тетрадой Фалло;
- д) правильно Аи В.

30. При прорыве аневризмы синуса Вальсальвы аускультативная картина близка к картине:

- а) дефекта межпредсердной перегородки;
- б) стеноза легочной артерии;
- в) тетрады Фалло;
- г) открытого артериального протока.

31. Дефект межжелудочковой перегородки является обязательным компонентом следующих пороков:

- а) открытого артериального протока;
- б) дефекта аортолегочной перегородки;
- в) прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в правый желудочек;
- г) общего артериального ствола;
- д) стеноза устья легочной артерии.

32. Наиболее характерным симптомом изолированного стеноза легочной артерии являются:

- а) боли в области сердца;
- б) тахикардия;
- в) цианоз;
- г) раннее появление одышки;
- д) недостаточность кровообращения.

33. Наиболее часто изолированный стеноз легочной артерии встречается следующей формы:

- а) надклапанный;
- б) клапанный;
- в) подклапанный;
- г) комбинированный.

34. Цианоз губ у больных с дефектом межжелудочковой перегородки появляется в:

- а) 1 группе;

- б) 2 группе;
- в) 3-а группе;
- г) 3-б и 4 группе;
- д) только в 4 группе.

### Банк ситуационных клинических задач

#### **Задача 1.**

Пациентка 23 лет поступила в отделение урологии по направлению районной женской консультации с жалобами на боли тянущего характера в правой поясничной области после физической нагрузки, субфебрилитет 37,0 – 37,3 С. Анамнез: считает себя больным с 18 - ти лет, когда впервые отметила вышеуказанные жалобы. При обследовании в женской консультации по поводу планируемой беременности в общем анализе мочи выявлена персистирующая лейкоцитурия, на УЗИ – тазовая дистопия правой почки в положении «стоя». Объективно: поясничная область не изменена, при пальпации в положении «стоя» нижний полюс правой почки определяется на уровне гребня подвздошной кости.

**Вопросы:** Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

#### **Задача 2.**

Больной жалуется на периодические ноющие боли в правой поясничной области. При обследовании на УЗИ обнаружили гидронефротическую трансформацию правой почки, камень 1,0x0,8см в лоханке, на выделительной урограмме имеется стеноз пиелоуретрального сегмента, гидронефротическая трансформация правой почки, камень лоханки правой почки.

**Вопрос:** Какую операцию необходимо выполнить?

#### **Задача 3.**

Пациент 18 лет поступил в отделение урологии по направлению районного комиссариата министерства обороны РФ с жалобами на боли тянущего характера в правой поясничной области после физической нагрузки. Анамнез: считает себя больным около 4 – х лет, когда впервые отметил вышеуказанные жалобы. Объективно: поясничная область не изменена, при пальпации в положении «стоя» нижний полюс правой почки определяется на уровне гребня подвздошной кости.

**Вопросы:** Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача 4.**

Пациент 32 лет поступил в отделение урологии с жалобами на наличие объёмного образования в правой половине мошонки, периодические тянущие боли в ней при ходьбе. Анамнез: появление объёмного образования заметил около 6 - ти месяцев назад. Травмы отрицает. Объективно: мошонка симметрична, гиперемии нет, в области придатка правого яичка пальпируется округлое, безболезненное, плотно-эластичное образование 1,5 x 1,5 см.

**Вопросы:** Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача 5.**

Пациент 60 лет поступил в отделение урологии с жалобами на гнойные выделения из уретры. Резь при мочеиспускании. Анамнез: подобные явления отмечает в течение 4 – х лет, лечится у уролога в поликлинике по поводу обострений баланопостита, в течение 10 – ти лет страдает сахарным диабетом 2 – го типа, получает Диабетон. Объективно: головка полового члена не обнажается, крайняя плоть гиперемирована, при попытке обнажить головку полового члена выделяется сливкообразный гной.

**Вопросы:** Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**11.Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	76– 90
-91-100	91 – 100

<b>Отлично (5)</b>	
--------------------	--

## 12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Рентген-эндоваскулярные диагностика и  
лечение»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)	
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня	
<b>У</b>	<b>К</b>	1	1-180	1-22	1-193	1-141	
<b>П</b>	<b>К</b>	<b>1</b>	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71– 75, 78–82, 85–90, 102–110, 112– 120, 122, 126–132, 134, – 139, 141–148, 150–153, 155–161, 163– 168, 173– 175, 177, 178, 180,	1-22	10–12, 15–23, 67–69, 79–90, 93–113, 116–156, 159, 161, 162, 164–181, 193	9–14, 31–34, 40,41, 42, 44–52, 54–61, 64–104, 107, 109, 110, 112–129, 141	
		<b>2</b>	1-12	1-22	2, 9, 78, 1623	5, 8, 39, 106, 111–114	
		<b>4</b>	117, 50,46,30,31	-	1, 2, 3, 4	2, 3, 6, 7, 14	
		<b>5</b>	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43– 45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–101, 111, 124, 149, 167, 168, 171– 173,	1-22	24–66, 70, 79–90, 93–111, 114, 116–156, 159, 162, 164–181	15–30, 35, 41, 42, 44–52, 54–59, 62, 64–104, 107, 110, 112–129, 141	
		<b>6</b>	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84, 121, 123, 125, 133, 140, 154, 162, 169, 170, 176,	1-22	71–75, 79–89, 91–111, 115–154,157,	36, 41, 42, 44–51, 53, 54–59, 63, 64–102, 105, 108,	

			160, 163, 164–188, 191, 192	111–136, 139–141	
<b>7</b>	-	-	192	140	
<b>8</b>		1-22	13, 76, 77, 79-88, 158, 160, 189, 190	37, 108, 137, 138	
<b>9</b>	1-12	1-22	14	10	
<b>10</b>	1-12	-	2,3,4,5, 6, 7, 8	1–4, 6, 7	
<b>12</b>	-	-	2. 3, 4	4, 6, 140	

**Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>№</b>	<b>Контрольные вопросы</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации у взрослого пациента	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями у взрослого пациента	УК-1, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем у взрослого пациента	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу у взрослого пациента	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода у взрослого пациента	УК-1, ПК-7
6.	Непрямой массаж сердца у взрослого пациента двумя спасателями	УК-1, ПК-7
7.	Непрямой массаж сердца у взрослого пациента одним спасателем	УК-1, ПК-7
8.	Оценка наличия спонтанного дыхания у взрослого пациента без сознания	УК-1, ПК-7
9.	Оценка пульсации крупных сосудов у взрослого пострадавшего	УК-1, ПК-5, ПК-7
10.	Оценка сознания взрослого пациента (при первичном контакте с пострадавшим)	УК-1, ПК-5, ПК-7
11.	Проведение тройного приема Сафара у взрослого пострадавшего	УК-1, ПК-5, ПК-7
12.	Проверка проходимости дыхательных путей у взрослого пациента без сознания	УК-1, ПК-5, ПК-7
13.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
14.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенном шоке	УК-1, ПК-7
15.	Методики проведения экстренной медицинской помощи при остром	УК-1, ПК-7

	коронарном синдроме (ОКС2), отеке легких	
16.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	УК-1, ПК-7
17.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при Желудочно-кишечном кровотечении	УК-1, ПК-7
18.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы	УК-1, ПК-7
19.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии	УК-1, ПК-7
20.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при спонтанном пневмотораксе	УК-1, ПК-7
21.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при гипогликемии	УК-1, ПК-7
22.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при гипергликемии	УК-1, ПК-7
23.	Методика проведения экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	УК-1, ПК-7

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

№	Вопросы	Проверяемые компетенции
1)	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации у взрослого пациента	УК-1, ПК-5, ПК-7
2)	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями у взрослого пациента	УК-1, ПК-7
3)	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем у взрослого пациента	УК-1, ПК-7
4)	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу у взрослого пациента	УК-1, ПК-5, ПК-7
5)	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода у взрослого пациента	УК-1, ПК-7
6)	Непрямой массаж сердца у взрослого пациента двумя спасателями	УК-1, ПК-7
7)	Непрямой массаж сердца у взрослого пациента одним спасателем	УК-1, ПК-5, ПК-7
8)	Оценка наличия спонтанного дыхания у взрослого пациента без сознания	УК-1, ПК-5, ПК-7
9)	Оценка пульсации крупных сосудов у взрослого пострадавшего	УК-1, ПК-5, ПК-7
10)	Оценка сознания взрослого пациента (при первичном контакте с пострадавшим)	УК-1, ПК-7
11)	Проведение тройного приема Сафара у взрослого пострадавшего	УК-1, ПК-7
12)	Проверка проходимости дыхательных путей у взрослого пациента без сознания	УК-1, ПК-7

13)	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
14)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенном шоке	УК-1, ПК-7
15)	Методики проведения экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС2), отёке легких	УК-1, ПК-7
16)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	УК-1, ПК-7
17)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при Желудочно-кишечном кровотечении	УК-1, ПК-7
18)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы	УК-1, ПК-7
19)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии	УК-1, ПК-7
20)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при спонтанном пневмотораксе	УК-1, ПК-7
21)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при гипогликемии	УК-1, ПК-7
22)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при гипергликемии	УК-1, ПК-7
23)	Методика проведения экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	УК-1, ПК-7

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

	1. Кто впервые выполнил баллонную ангиопластику коронарных артерий?
	<p>А. U. Sigwart</p> <p>Б. А. Gruentzig</p> <p>В. Ю.С. Петросян</p> <p>Г. А. Cournand</p> <p>Д. М. Judkins</p>
	2. В общей структуре смертности на долю сердечно-сосудистых заболеваний падает:
	<p>А. до 30%</p> <p>Б. более 30%</p> <p>В. более 50%</p> <p>Г. более 60%</p> <p>Д. более 70%</p>
	3. В лаборатории функциональной диагностики кардиохирургического центра должна быть аппаратура

позволяющая провести

- А. велоэргометрическую пробу
- Б. эхокардиографию сердца
- В. эхолокацию магистральных сосудов и аорты
- Г. ультразвуковую доплерографию сосудов
- Д. все перечисленное

4. Деонтология – наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы:

- А. обеспечивать наилучшее лечение
- Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
- В. установить доверительные отношения: больной – врач, врач – больной, врач – родственники больного, врачи между собой
- Г. все перечисленное

5. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- А. в территориальной поликлинике
- Б. в любой поликлинике населенного пункта
- В. в любой поликлинике РФ
- Г. в любой поликлинике субъекта Федерации.

6. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медицинского работника к профессиональным обязанностям:

- А. освобождение от ответственности
- Б. уголовную ответственность
- В. гражданско-правовую ответственность.

7. Для пункции перикарда, непосредственно прилежащим к передней стенке является:

- А. передний верхний карман перикарда
- Б. передний нижний карман перикарда
- В. задний верхний карман перикарда
- Г. задний нижний карман перикарда

8. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:

- А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Б. правый плечеголовной ствол – левый плечеголовной

ствол

В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

Г. легочный ствол – плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

9. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи-внутри):

А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв

Б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв

В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия

Г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

10. Выберите ветви, отходящие от передней нисходящей артерии: 1 Задняя

нисходящая артерия, 2 Диагональные артерии, 3

Огибающая ветвь, 4 Септальная ветвь, 5 Ветви тупого края, 6 Задняя боковая ветвь

А. 3

Б. 2, 4

В. 2, 3, 4

Г. 2, 3, 4, 5

Д. 1, 6

11. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки

Б. части передней стенки правого желудочка

В. межпредсердной перегородки

Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка

12. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф – Тавара) расположен:

А. в миокарде левого предсердия

Б. в миокарде правого желудочка

В. в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи

Г. дорсальнее правого желудочно-предсердного отверстия

13. Выберите анатомические структуры, которые кровоснабжаются из бассейна правой коронарной артерии:

1 Правый желудочек, 2 Правое предсердие, 3 2/3 межжелудочковой перегородки, 4 Синусовый узел, 5 1/3 задней поверхности левого желудочка, 6 Передняя стенка левого желудочка

А. 1, 2, 4, 5

Б. 1, 2

В. 1, 2, 6

Г. 1, 3, 5

Д. 2, 4

14. Перечислите ветви, которые составляют бассейн правой коронарной артерии: 1

Передняя нисходящая артерия, 2 Задняя нисходящая артерия, 3 Артерия синусового узла, 4 Артерия острого края, 5 Диагональная ветвь, 6 Интермедиарная ветвь

А. 1, 3, 6

Б. 2, 3, 4

В. 5, 6

Г. 1, 6

Д. 2, 4, 5

15. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:

А. правому предсердию

Б. атриовентрикулярному узлу

В. ножкам пучка Гиса

Г. волокнам Пуркинье

Д. все ответы правильные

16. Критериями синусового ритма являются:

А. наличие зубцов Р перед QRS

Б. равенство интервалов Р-Р и R-R

В. наличие положительных зубцов Р в отведениях 1,2, AVF, V1-V6

Г. наличие отрицательного зубца Р в отведении AVR и двухфазного зубца Р в отведении V1

Д. все перечисленное

17. Признаками гипертрофии правого предсердия на ЭКГ являются:

А. ширина зубца Р в пределах до 0.1 с

Б. увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF

В. заостренная форма зубцов Р в V1-V3

Г. все перечисленное

18. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

А. увеличение (-) фазы зубца Р в отведении V1

- Б. двугорбость зубца Р в I, AVL, V5, V6
- В. уширение зубца Р более 0.11 с
- Г. все перечисленное

19. К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся:

- А. увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6
- Б. увеличение глубины зубцов S в отведениях V1, V2
- В. дискордантное смещение сегмента ST и зубца T по отношению к главному зубцу комплекса QRS
- Г. все перечисленное

20. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- А. увеличение амплитуды зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6
- Б. Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5, V6
- В. увеличение высоты зубцов T в отведениях V5, V6
- Г. все перечисленное

21. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:

- А. инверсия зубцов T
- Б. подъема сегмента ST
- В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца T
- Г. увеличение амплитуды зубца T

22. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- А. нет изменений комплекса QRS
- Б. может быть депрессия сегмента ST
- В. может быть инверсия зубцов T, сохраняющаяся более 2 недель
- Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
- Д. возможны все перечисленные варианты

23. К формам нестабильной стенокардии относятся:

- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
- Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
- В. постинфарктная стенокардия
- Г. все ответы правильные (А, Б, В)
- Д. правильного ответа нет

24. В левой передней косой проекции по заднему контуру сердца расположены:

- А. левый желудочек
- Б. приточный отдел правого желудочка
- В. выходной отдел правого желудочка
- Г. правое предсердие

25. При выборе типа коронарного кровоснабжения ориентируются на:

- А. Место отхождения передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- Б. Источник кровоснабжения нижнебоковой стенки левого желудочка
- В. Источник кровоснабжения передней стенки левого желудочка
- Г. Место отхождения устья правой коронарной артерии
- Д. Место отхождения ствола левой коронарной артерии

26. Правый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

27. Левый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

28. Малый круг кровообращения при дефекте межжелудочковой перегородки:

- А. не изменен
- Б. гиперволемиа
- В. гиповолемиа

29. Легочный рисунок при тетраде Фалло:

- А. усилен за счет артериального русла
- Б. усилен за счет венозного русла
- В. обеднен

30. Как топографически расположена бедренная артерия в месте ее «привычной» пункции?

- А. Медиальнее бедренного нерва и латеральнее бедренной вены
- Б. Латеральнее бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- В. Латеральнее бедренного нерва и позади бедренной вены
- Г. Кпереди от бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- Д. Позади бедренного нерва и латеральнее бедренной вены

31. Рентгеноморфологический признак аневризмы восходящей части аорты в прямой проекции:

- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
- Б. расширение правого предсердия
- В. отклонение контрастированного пищевода вправо

32. Легочная гипертензия является следствием:

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения
- Г. гиповолемии большого круга кровообращения

33. Укажите осложнения, которые могут возникнуть в месте пункции бедренной

артерии: 1 Паховая гематома, 2 Забрюшинная гематома, 3 Анафилактический шок, 4

Нижняя параплегия, 5 Псевдоаневризма, 6 Повреждение мочевого пузыря, 7 Инфекция, 8 Разрыв аорты, 9

Бедренная грыжа

- А. 1, 2, 3, 5, 9
- Б. 1, 2, 5, 7
- В. 2, 4, 5, 6, 7
- Г. 1, 2, 4, 8
- Д. 2, 3, 5, 6, 9

34. Укажите преимущества радиального доступа: 1 Отсутствие необходимости постельного режима, 2 Меньшая частота осложнений в месте доступа, 3 Отсутствие кровотечения после удаления интрадусера, 4 Не развиваются псевдоаневризмы, 5 Меньшая продолжительность и стоимость госпитализации, 6 Артерия удобна для пункции, вследствие ее большого диаметра

А. 1, 2

Б. 2

В. 3, 4, 5

Г. 1, 2, 5

Д. 1, 5, 6

35. Выберите метод определения состоятельности (компетентности) ладонной дуги:

А. Электроэнцефалография

Б. Артериография

В. Тест Аллена

Г. Пункция артерии

Д. Все ответы правильные

36. Укажите основные технические принципы выполнения коронарографии: 1 Катетер должен селективно и коаксиально стоять в проксимальном сегменте артерии, 2 Достаточно выполнить 2 проекции для правой коронарной артерии и 2 проекции для левой, 3 При контрастировании артерии должен наблюдаться рефлюкс контрастного вещества в аорту для оценки устья артерии, 4 При введении контрастного вещества необходимо получить металлоподобное контрастирование коронарных артерий в течение 3 сердечных циклов, 5 В идеале выполнять 2 взаимно перпендикулярные проекции интересующего сегмента, 6 Выводимые сегменты должны быть максимально укорочены.

А. 1, 3, 4

Б. 1, 3, 4, 5

В. 1, 2, 4

Г. 1, 2, 5, 6

Д. 2, 3, 5, 6

37. Существуют ли абсолютные противопоказания для выполнения коронарографии

А. Да

Б. Нет

38. При синдроме Эйзенменгера, в случае дефекта межжелудочковой перегородки, имеются следующие признаки:

- А. расщепление второго тона на основании сердца
- Б. акцент второго тона
- В. грубый и продолжительный систолический шум и мезодиастолический шум на верхушке сердца
- Г. диастолический шум на легочной артерии
- Д. правильно Б и Г

39. Выберите возможные варианты сосудистого доступа при выполнении коронарографии:

- А. Трансфеморальный
- Б. Трансрадиальный
- В. Трансаксиллярный
- Г. Трансультимарный
- Д. Все варианты правильные

40. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми следующими анатомическими изменениями, за исключением:

- А. смещение створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца
- Б. укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана
- В. вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна
- Г. увеличения правых отделов сердца
- Д. аномалии впадения легочных вен

41. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:

- А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- Б. мерцательная аритмия
- В. частота обострений ревматического процесса
- Г. длительность порока
- Д. правильно А и Б

42. Беременность у женщин, страдающих митральным стенозом, допустима при:

- А. пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности: наличие признаков активности ревматизма (1 степени по Нестерову)
- Б. пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса

В. декомпенсированном пороке сердца с признаками правожелудочковой недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А-1 степени), свежевозникшая мерцательная аритмия, легочная гипертония (II стадия)  
Г. декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А –II степени), атрио – или кардиомегалия, длительно существующая мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями и легочной гипертонии (III стадия)  
Д. правильно А и Б

43. Пластическая операция при митральной недостаточности может быть выполнена при всех перечисленных состояниях клапана, за исключением:  
А. дилатации фиброзного кольца  
Б. отрыва хорд более 2/3 передней створки  
В. удлинённых хордальных нитей  
Г. отрыва одной хорды от передней створки

44. Наиболее частой локализацией миксомы является:  
А. левый желудочек  
Б. левое предсердие  
В. правое предсердие  
Г. правый желудочек  
Д. левое и правое предсердие

45. Показание к операции при митральной недостаточности является:  
А. изолированный систолический шум  
Б. возникновение одышки при значительной физической нагрузке  
В. одышка при незначительной физической нагрузке в сочетании с шумом на верхушке

46. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе являются:  
А. сердечная недостаточность  
Б. нарушения внутрисердечной гемодинамики  
В. нарушения ритма  
Г. коронарная недостаточность  
Д. отек легких

47. Для левожелудочковой острой сердечной недостаточности характерно:  
А. увеличение печени  
Б. периферические отеки

- В. отек легкого
- Г. асцит
- Д. олигурия

48. Показаниями к операции при клапанном инфекционном эндокардите в активной фазе являются:

- А. некупируемая инфекция, бактериемия
- Б. прогрессирующая сердечная недостаточность
- В. эмболизация
- Г. деструкция клапанов
- Д. все перечисленное

49. Риск тромбозэмболических осложнений при протезировании клапанов сердца:

- А. зависит от мерцательной аритмии
- Б. уменьшается при протромбиновом времени в терапевтическом диапазоне
- В. не зависит от аортальной и митральной позиций
- Г. снижается, если используется биологический протез, а так же по мере удлинения сроков наблюдения
- Д. все перечисленное

50. Что понимают под термином «ритм сердца»:

- А. последовательность 2 и более одинаковых импульсов
- Б. последовательность 3 и более одинаковых импульсов
- В. последовательность 4 и более одинаковых импульсов
- Г. последовательность 5 и более одинаковых импульсов

51. Кто впервые предложил использовать длительную запись ЭКГ для анализа аритмии (ЭКГ-мониторирование):

- А. Gilson
- Б. Hinkle
- В. Holter

52. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса характерен для:

- А. брадиаритмий с низкой частотой сердечных сокращений
- Б. тахиаритмий с высокой частотой сердечных сокращений

53. Электрод для постоянной эндокардиальной электрокардиостимуляции проводится через:

- А. подключичную вену
- Б. наружную яремную вену
- В. внутреннюю яремную вену
- Г. бедренную вену
- Д. плечеголовную вену

54. Показаниями для постоянной миокардиальной электрокардиостимуляции являются:  
А. высокий порог эндокардиальной ЭКС  
Б. необходимость ЭКС в раннем детском возрасте  
В. возникновение нарушений АВ- проводимости после кардиохирургических операций

55. Что понимают под «пейсмекерным» синдромом:  
А. приступы Морганьи-Адамса-Стокса на фоне дисфункции ЭКС  
Б. наличие тахикардии, связанной с работой ЭКС  
В. гемодинамические нарушения, вызванные нарушением синхронизации камер сердца при ЭКС

56. Какие режимы ЭКС понимают под физиологическими:  
А. VVI  
Б. AAI  
В. AOO  
Г. VOO  
Д. VAT  
Е. VDD  
Ж. DVI  
З. DDD

57. Может ли стать водителем автомобиля человек с ЭКС:  
А. не может  
Б. может при отсутствии признаков МАС (Морганьи – Адамса – Стокса) до имплантации ЭКС  
В. может при отсутствии признаков МАС после имплантации ЭКС  
Г. может при отсутствии асистолии после прекращения функции ЭКС

58. Наиболее эффективными операциями, включая паллиативные, в настоящее время при фибрилляции предсердий являются (укажите 2 операции):  
А. изоляция легочных вен  
Б. процедура транссекции предсердий  
В. деструкция пучка Гиса с имплантацией ЭКС  
Г. изоляция предсердий  
Д. операция создания «коридора» для проведения импульса  
Е. операция «лабиринт»

59. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:

- А. Фогарти
- Б. «Дует»
- В. катетер Рашкинда
- Г. любой баллонный катетер

60. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

- А. восстановление хорошего центрального кровотока
- Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока
- В. полное удаление тромботических масс из дистального русла
- Г. все перечисленное

61. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:

- А. сужение артерии
- Б. гемостаз после эндартерэктомии
- В. фиксация дистальной интимы
- Г. расширение артерии
- Д. все перечисленное

62. К признакам неадекватного анастомоза после включение кровотока относится:

- А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза
- Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее
- В. ишемия конечности или органа

63. Отслойка дистальнее интимы, чаще всего, может произойти после:

- А. эндартерэктомии
- Б. наложения неадекватного анастомоза
- В. эмболэктомии
- Г. ангиографии
- Д. все перечисленное

64. Типичный синдром Морфана включает:

- А. высокий рост
- Б. длинные конечности
- В. подвывих хрусталика
- Г. «паукообразные» пальца
- Д. все перечисленное

65. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:

- А. опухолями и кистами средостения
- Б. раком легкого
- В. раком бронхов
- Г. синдромом верхней полой вены

Д. всеми перечисленными заболеваниями

66. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:

- А. постинфарктный кардиосклероз
- Б. ишемическая болезнь сердца
- В. артериальная гипертензия
- Г. атеросклероз артерий нижних конечностей
- Д. все перечисленное

67. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

- А. резекция и протезирование
- Б. шунтирование
- В. эндартерэктомии
- Г. экстраанатомическое шунтирование
- Д. тромбэктомия

68. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- В. нарушение функции коммуникативных вен
- Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- Д. все перечисленное

69. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- В. удаление малой подкожной вены при ее поражении
- Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- Д. всего перечисленного

70. В послеоперационном периоде после флебэктомии выполняется:

- А. антибиотикотерапия
- Б. ранняя активизация больных
- В. физиотерапия
- Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- Д. все перечисленное

71. Патология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

- А. наличием варикозного расширения поверхностных вен
- Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
- В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
- Г. разрушением клапанов коммуникантных вен
- Д. всем перечисленным

72. При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:

- А. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
- Б. операция Кокета
- В. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
- Г. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
- Д. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

73. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:

- А. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностях
- Б. венозный застой в головном мозгу
- В. симптоматика основного заболевания
- Г. нарушение сердечной гемодинамики.
- Д. все перечисленное

74. Синдром Педжета-Шреттера это:

- А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
- Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
- В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены
- Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
- Д. данный синдром не относится к венозной патологии

75. Радикальной операцией при болезни Педжета-Шреттера следует считать:

- А. венолизис
- Б. тромбэктомию
- В. резекцию первого ребра
- Г. скаленотомию

- Д. аутовенозное шунтирование
- Е. Комбинация операций в зависимости от операций

76. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:

- А. тромбэктомия
- Б. резекция первого ребра, скаленотомия
- В. аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
- Г. аутовенозное протезирование
- Д. аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

77. В клинической картине синдрома Клиппель-Треноне ведущую роль играют:

- А. пигментные сосудистые пятна
- Б. варикоз подкожных вен
- В. значительное увеличение объема мягких тканей конечности
- Г. все перечисленное

78. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбоэмболии легочной артерии, возможна:

- А. пликацией швами
- Б. гладкой клеммой
- В. имплантацией зонтичного фильтра
- Г. всеми перечисленными методами

79. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:

- А. протезирование артерии
- Б. шунтирование артерии
- В. эндартерэктомия
- Г. тромбоэмболэктомия
- Д. Баллонная пластика со стентированием
- Е. все перечисленное

80. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического сужения является:

- А. протезирование почечной артерии эксплантатом
- Б. шунтирование аутовеной
- В. трансартериальная эндартерэктомия
- Г. трансаортальная тромбоэмболэктомия

Д. все перечисленные методы

81. Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются:

А. агональное состояние больного

Б. тотальная ишемическая контрактура

В. ишемия IIIA степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии

Г. все перечисленное

Д. только А и Б

82. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной аорты относятся:

А. большая кровопотеря

Б. гипотония у больного

В. необходимость быстро закончить операцию

Г. быстрое пережатие аорты выше аневризмы

Д. все перечисленное

83. Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий

является резекция аневризмы с:

А. протезированием эксплантатом

Б. шунтирование эксплантатом

В. внутрисосудным протезированием

Г. аутовенозным протезированием

Д. аутовенозным шунтированием

84. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:

А. 1-3 суток

Б. до 5 суток

В. до 7 суток

Г. 7-10 суток

Д. консервативное лечение всегда дает лучший эффект

85. Сочетанное ранение артерии и вены приводит к:

А. тромбозу глубоких вен

Б. артериальному тромбозу

В. венозной аневризме

Г. дистальной артериальной эмболии

Д. артериовенозному свищу

86. При открытых повреждениях сердца характерно:

- А. наличие раны в проекции сердца
- Б. симптомы малокровия
- В. симптомы тампонады сердца
- Г. правильно Б и В
- Д. все перечисленные

87. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:

- А. частота стенокардических признаков
- Б. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
- В. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
- Г. регулярность выполнения физических упражнений
- Д. курение более 20 сигарет в день

88. Для больных с нестабильной стенокардией следующие положения не являются правильными:

- А. поражение ствола левой коронарной артерии встречается чаще, чем у больных со стабильной стенокардией
- Б. больные с транзиторным подъемом сегмента ST в время приступа имеют плохой прогноз
- В. больные имеют повышенный риск смерти или развития инфаркта миокарда в течение первых 3 месяцев
- Г. больные с эпизодами пролонгированных ишемических болей при отсутствии объективных данных за инфаркт миокарда имеют такую же смертность в течение первого года, как и больные с перенесенными инфарктом миокарда
- Д. риск внезапной смерти или инфаркта миокарда в течение первых 2-3 недель после возникновения нестабильности превышает 30%

89. Для хирургии коронарных сосудов все перечисленное правильно, за исключением:

- А. периоперационный инфаркт составляет 4-6 %
- Б. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммарокоронарными шунтами в течение 1 год после операции
- В. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции
- Г. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то

время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах

Д. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирование передней межжелудочковой ветви

90. Выберите катетеры для выполнения ангиографии левой коронарной артерии: 1

Judkins Right, 2 Amplatz Left, 3 Pig tail, 4 Judkins Left, 5 Amplatz Right, 6 Heard hunter

А. 1, 3, 5, 6

Б. 2, 3, 6

В. 1, 2

Г. 2, 4

Д. 4

91. Какой размер диагностического катетера Judkins Left, вы выберете для пациентов с нормальным диаметром восходящей аорты?

А. Judkins Left 4,0

Б. Judkins Left 3,5

В. Judkins Left 3,0

Г. Judkins Left 5,0

Д. Judkins Left 6,0

92. Применение контрпульсации внутриаортальным баллоном:

А. способствует улучшению сердечного выброса у больных с острой сердечной недостаточностью после аортокоронарного шунтирования, плохо поддающийся инотропной терапии

Б. применяется при остром инфаркте миокарда, осложнившимся образованием дефекта межжелудочковой перегородки

В. применяется при нестабильной стенокардии, рефрактерной к медикаментозной терапии

Г. применяется для разгрузки желудочка при аортальной недостаточности

93. При выборе показаний к аортокоронарному шунтированию важную роль играет:

А. возраст больного

Б. количество перенесенных инфарктов миокарда

В. частота пульса

Г. показатель суммарного риска по шкале SYNTAX score

Д. количество принимаемых антиангинозных препаратов

94. Диагноз инфаркта миокарда устанавливается на основании: 1 Клинической картины, сопровождающейся стойким болевым синдромом. 2 Гипотонии и холодного, липкого пота. 3 Повышенной раздражительности больного. 4 Повышением уровня сердечных тропонинов. 5 Повышения уровня щелочной фосфатазы. 6 Изменения сегмента ST на электрокардиограмме.

А. 1,2,4

Б. 1,2,3

В. 2,4,6

Г. 1,5,6

Д. 1,4,6

95. Показанием к хирургическому лечению постинфарктной аневризмы левого желудочка является:

А. тромбоз полости аневризмы при асимптомном течение заболевания

Б. сердечная недостаточность при размерах рубцового поля не более 30%

В. желудочковая аритмия

Г. сердечная недостаточность при размерах аневризмы 10% и фракции выброса сокращающейся части мене 30%

Д. стенокардия при однососудистом поражении в бассейне аневризмы

96. Из указанного списка выберите антиагрегантные препараты: 1 Стрептокиназа. 2

Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6

Дабигатран. 7 Тканевой

активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,4,5

Г. 5,6,9

Д. 2,7,9

97. Из указанного списка выберите препараты для тромболитика: 1 Стрептокиназа. 2

Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6

Дабигатран. 7 Тканевой

активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,2,7

Г. 4,6,9

Д. 2,7,9

98. Из указанного списка выберите названия лекарств,

которыми покрывают коронарные стенты: 1 Симвастатин. 2 Эверолимус. 3 Паклитаксел. 4 Эноксапарин. 5 Аспирин 6 Дабигатран. 7 Зотаралимус. 8 Сиролимус. 9 Ривароксабан.  
А. 1,2,3,9  
Б. 2,3,6,8  
В. 1,4,5,7  
Г. 3,5,6,9  
Д. 2,3,7,8

99. Профилактика острого тромбоза стента включает:  
А. Раннюю активизацию больного после чрескожного вмешательства  
Б. Назначение статинов в максимальных дозах  
В. Ношение компрессионного трикотажа  
Г. Назначение двойной антиагрегантной терапии минимум за 4 дня до чрескожного вмешательства  
Д. Назначение двойной антиагрегантной терапии и непрямого антикоагулянта минимум за 4 дня до чрескожного вмешательства

100. Выберите методы неотложной помощи при асистолии:  
1 Установка электрода для временной кардиостимуляции.  
2 Дефибрилляция. 3 Непрямой массаж сердца. 4 Внутривенное введение кортикостероидов. 5 Гемотрансфузия.  
А. 1,2  
Б. 1,3  
В. 1,4  
Г. 3,5  
Д. 2,5

### **Банк ситуационных клинических задач**

#### **Ситуационная задача № 1**

Больной 66 лет обратился с жалобами на периодически возникающие чувство онемения в правой верхней и нижней конечности, шум в голове, мелькание «мушек» перед глазами. Подобные жалобы отмечает на протяжении последних 6 месяцев. На момент осмотра больного ничего не беспокоит. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом – ИБС. Стенокардия напряжения 1 ф.к. Гипертоническая болезнь. Больной повышенного питания. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130\80 мм рт. ст., D=S. Движения, чувствительность в конечностях в полном объеме. Икрожные мышцы мягкие, безболезненные. Пульс определяется на всех периферических артериях. Выслушивается систолический шум над проекцией левой сонной артерии.

## ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании
4. Дифференциальный диагноз
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования
6. Необходимые лабораторные исследования
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии

## Ситуационная задача № 2

Больной 63 лет обратился с жалобами на чувство шума в голове, мелькание «мушек» перед глазами, возникающие после физической нагрузки на правую верхнюю конечность. Подобные жалобы отмечает на протяжении последних 6 месяцев. На момент осмотра больного ничего не беспокоит. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом - Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 2. При осмотре - дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в мин., АД D 110/60, S 160/90 мм рт. ст. Пульс на правой верхней конечности на лучевой и локтевой артериях не определяется, на плечевой резко ослаблен. На левой верхней конечности на артериях предплечья четкий. Пульс на нижних конечностях на артериях стоп. Систолический шум выслушивается в надключичной области справа, над правой сонной артерией.

## ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез.
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования.
6. Необходимые лабораторные исследования.
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны.
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии.

## Ситуационная задача № 3

Больной 59 лет был направлен на консультацию к сосудистому хирургу с приема невролога. 2 месяца назад перенес ишемический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии. К настоящему времени сохраняется неврологический дефицит, но отмечается положительная динамика восстановления функций. По данным дуплексного сканирования ветвей дуги аорты имеется субтотальный стеноз левой внутренней сонной артерии до 95%, атеросклеротическая бляшка неоднородной структуры. Левая наружная сонная артерия стенозирована до 45%, правая внутренняя

сонная артерия до 30%. Остальные исследуемые артерии без признаков гемодинамически значимых поражений. При осмотре – парез правой верхней и нижней конечности. Птоз верхнего правого века, угол рта справа опущен. АД 150\90 мм рт. ст., D=S, ЧСС 86 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов не выслушивается. Пульс определяется на всех периферических артериях, на левой сонной артерии значительно ослаблен. Систолический шум выслушивается над правой сонной артерией, над остальными магистральными артериями не выслушивается.

#### ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез.
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования.
6. Необходимые лабораторные исследования.
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны.
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии

#### Ситуационная задача № 4

Больной 46 лет переведен из терапевтической клиники в отделение хирургии сосудов через 4 часа после возникновения резких болей в левой стопе, голени. При осмотре – левая нижняя конечность холодная на ощупь. Кожа левой стопы бледная, голень мраморной окраски, поверхностные вены спавшиеся, чувствительность на пальцах стопы снижена, активные движения в суставах левой стопы несколько ограничены, при пассивном сгибании голеностопного и коленного сустава объем движений не ограничен. Икроножные мышцы уплотнены, резко болезненны при пальпации. Пульсация левой подколенной артерии и артерий стопы не определяется. На правой нижней конечности пульс на обеих артериях стопы. Систолический шума в проекции магистральных артерий не выслушивается. АД- 140/80 мм рт. ст. Пульс аритмичен, мерцательная аритмия – 100 уд.в 1 мин. Дефицит пульса - 16 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания. Дыхание проводится во все отделы легких. Диурез сохранен. Мочевина, креатинин в пределах нормы.

#### ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Между заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Этиология выбранного Вами заболевания.
4. Какие дополнительные обследования нужны на данном этапе заболевания.
5. Укажите характер лечения выбранного Вами заболевания - консервативное или оперативное?
6. Какая консервативная терапия должна быть начата в хирургическом отделении.
7. Показания для хирургического лечения.
8. Возможные осложнения в ближайшем постоперационном периоде.
9. Терапия в постоперационном периоде

## Ситуационная задача № 5

Больной 32 лет переведен из ревматологического отделения, где находился на лечении по поводу активной фазы ревматизма, сочетанного порока сердца (комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность аортального и правого предсердно-желудочкового клапанов). Предъявляет жалобы на боли, онемение в левой кисти, возникшие 6 часов назад.

При осмотре – состояние тяжелое. Одышка. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные, систолический и диастолический шум на верхушке, диастолический шум на аорте, над правым предсердно-желудочковым клапаном. Дыхание проводится во все отделы легких, незначительное количество влажных хрипов. Пульс 52 в мин., аритмичный. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Кожные покровы левой кисти и нижней трети предплечья бледные, прохладные на ощупь. Отека конечности нет. Активные и пассивные движения в суставах кисти в полном объеме. Поверхностная чувствительность несколько снижена, глубокая сохранена. Пульсация определяется на плечевой артерии в средней трети плеча. На остальных периферических артериях пульс четкий. Систолический шум над магистральными артериями не выслушивается.

### ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Этиология выбранного Вами заболевания.
4. Какие дополнительные обследования нужны на данном этапе заболевания?
5. Укажите характер лечения выбранного Вами заболевания - консервативное или оперативное?
6. Какая консервативная терапия должна быть начата в хирургическом отделении.
7. Показания для хирургического лечения.
8. Ход операции.
9. Осложнения в ближайшем постоперационном периоде.
10. Терапия в постоперационном периоде.
11. Обследование в постоперационном периоде

## Ситуационная задача № 6

При выполнении коронарной ангиографии Вы видите представленную картину (Микрофото № 1)



Микрофото № 1. Коронарная ангиография.

**Инструкция: выберите один наиболее правильный ответ.**

В какой проекции сделан представленный снимок (Микрофото № 1) А. Прямой

Б. Правой косой с каудальной ангуляцией В. Правой косой с краниальной ангуляцией

Г.левой косой с краниальной ангуляцией Д. "Спайдер"

Ответ: Б.

1. По представленной картине (микрофото № 1) можно сделать заключение, об окклюзии: А. Проксимального сегмента передней нисходящей артерии Б. Проксимального сегмента огибающей артерии В. Среднего сегмента передней нисходящей артерии

Г. Проксимального сегмента правой коронарной артерии Д. Среднего сегмента правой коронарной артерии Ответ: Б.

2. На представленной картине (микрофото № 1) постокклюзионные отделы заполнятся: А. Rentrop 0

Б. Rentrop 1

В. Rentrop 2

Г. Rentrop 3

Д. Rentrop 4 Ответ: А.

3. Для оптимальной визуализации пораженного сегмента артерии необходимо выполнение дополнительной проекции:

А. Прямой

Б. Правой косой с каудальной ангуляцией

В. Правой косой с краниальной ангуляцией

Г.левой косой с краниальной ангуляцией

Д. "Спайдер"

Ответ: Д.

### Ситуационная задача №7:

В Вашу клинику поступил мужчина 58 лет. У пациента в настоящее время на фоне принимаемых максимальных доз антиангинальных препаратов сохраняется стенокардия напряжения 3 ФК. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ в покое патологии не выявлено. Результат стресс теста оценен в минус 12 баллов по шкале Duke. Пациенту выполнена коронарная ангиография

(Микрофото № 2) на которой выявлено однососудистое поражение.



Микрофото № 2. Коронарная ангиография

**Инструкция: выберите один наиболее правильный ответ.**

1. При описании коронарной ангиографии (Микрофото № 2) Ваше заключение должно включать следующее утверждение, что имеет место значимый стеноз:

А. Ствола ЛКА

Б. Передней нисходящей

артерии В. Огибающей

артерии Г. Ветви

тупого края

Д. Ветви острого края Ответ: Г.

2. Оптимальной тактикой лечения является выполнение:

А. Баллонной ангиопластики

Б. Коронарного стентирования с голометаллическим стентом

В. Коронарного стентирования стентом с лекарственным покрытием Г.

Коронарного шунтирования пораженной артерии артериальным аутоотрансплантантом

Д. Коронарного шунтирования пораженной артерии венозным аутоотрансплантантом Ответ: В.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ  
ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа**

## Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>ФТД 3</i>	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	24
<i>ФТД 3</i>	Экстренная медицинская помощь	24
<i>ФТД 3</i>	Сбор жалоб и анамнеза	6

### Вопросы и задания для самоконтроля:

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Обследование пациента с психическим заболеванием: сбор жалоб и анамнеза, оценка психического статуса, общий осмотр, лабораторные и инструментальные методы диагностики.</li><li>2. Методы лечения в психиатрии: немедикаментозные, фармакологические.</li><li>3. Психосоциальные аспекты ревматических заболеваний.</li></ol>
	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Шизофрения.</li><li>5. Шизоаффективное расстройство.</li><li>6. Психические расстройства сосудистого генеза.</li><li>7. Психические расстройства при дегенеративных заболеваниях головного мозга.</li><li>8. Биполярное аффективное расстройство.</li><li>9. Расстройство личности.</li><li>10. Неврозы.</li><li>11. Неотложная помощь при ОНМК</li><li>12. Неотложная помощь при гипогликемии</li><li>13. Неотложная помощь при гипергликемии</li><li>14. Неотложная помощь при анафилактическом шоке</li><li>15. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок</li><li>16. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких</li><li>17. Неотложная помощь при желудочно-кишечное кровотечении (ЖКК)</li><li>18. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС)</li><li>19. Неотложная помощь при тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)</li><li>20. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)</li></ol>

### Перечень дискуссионных тем :

1. История развития рентгенэндоваскулярных диагностических методик. Основоположники диагностических катетеризационных и ангиокардиографических исследований, их работы.
2. Доступы для эндоваскулярных вмешательств. Общие принципы проведения диагностических исследований. Критерии качества и адекватности исследования. Возможные осложнения, меры их профилактики.
3. Методика и техника селективной коронарографии. Показания к проведению. Критерии качества. Доступы. Возможные осложнения, профилактика и лечение.
4. Инструментарий и оборудование для проведения коронарографии и рентгенэндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Требования к ангиокардиографической аппаратуре. Требования к персоналу, нормативные акты.
5. Ангиокардиографическая аппаратура. Основные элементы, основные принципы работы. Архивация ангиокардиографических исследований
6. Ангиографическая диагностика при поражении брахиоцефальных артерий.
7. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики при поражениях сонных артерий. Осложнения и меры их профилактики.
8. Неинвазивные методы диагностики патологии брахиоцефальных артерий.
9. Неинвазивные методы диагностики вазоренальной гипертензии.
10. Ангиографическая диагностика при поражении почечных артерий, показания, техника выполнения, осложнения и меры их профилактики.
11. Неинвазивные методы диагностики при поражении артерий нижних конечностей.
12. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики при патологии артерий нижних конечностей. Показания и противопоказания. Осложнения.
13. Аневризмы грудного и брюшного отделов аорты. Инвазивная (ангиографическая) диагностика.
14. Аневризмы грудного и брюшного отделов аорты: неинвазивная диагностика.
15. Инвазивная и неинвазивная диагностика патологии висцеральных ветвей брюшной аорты.
16. Ангиопульмонография. Показания, противопоказания. Техника вмешательства. Инструментарий. Осложнения и их профилактика.
17. Методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии. Преимущества и недостатки методов. Показания.

Осложнения.

18. Инструментарий для проведения рентгенэндоваскулярных исследований
19. Контрастное вещество. Основные типы. Клиническая фармакология. Возможные осложнения и меры их профилактики.
20. Анестезиологическое обеспечение проведения ангиокардиографических исследований в разных возрастных группах

## Темы рефератов

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. «Методика обследования пациента с психическим заболеванием»</li><li>2. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной у пациента с бронхообструктивным синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС)»</li><li>3. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной с ОКС.</li><li>4. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной при спонтанном пневмоторксе.»</li><li>5. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной при ОНМК».</li><li>6. Проведение искусственной вентиляции легких.</li></ol>
--	---

### 7. Оценка качества освоения программы.

#### 1. Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
<b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 2. Ситуационная задача.

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия

- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕНТГЕНОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

### Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

#### Банк тестовых заданий (с ответами):

1. К возможным осложнениям при пункции бедренной артерии относятся: Вопрос

1. Время, необходимое для темновой адаптации, составляет примерно

**Ответ**

5 мин

**Вопрос**

2. Геометрическая нерезкость рентгенограммы зависит от всего перечисленного, кроме

**Ответ**

движения объекта во время съемки

**Вопрос**

3. Диагноз больного по С.П. Боткину устанавливается на основании

**Ответ**

изучения состояния всего организма

**Вопрос**

4. Для снижения суммационного эффекта при рентгенологическом исследовании можно использовать все перечисленное ниже, кроме

**Ответ**

снижения напряжения

**Вопрос**

5. Если рентгенолог примет решение уменьшить количество случаев гипердиагностики, то частота пропусков патологических теней

**Ответ**

не изменится

**Вопрос**

6. Использование периферического зрения при восприятии рентгеновского изображения

**Ответ**

полезно и развивается упражнениями

**Вопрос**

7. Историческое заседание медико-физического общества, на котором В.К. Рентген доложил о своем открытии состоялось:

**Ответ**

- 2 декабря 195 г.

**Вопрос**

. К методам лучевой диагностики не относятся:

**Ответ**

- электрокардиография

**Вопрос**

9. Латероскопия производится:

**Ответ**

- при горизонтальном положении пациента и горизонтальном ходе лучей

**Вопрос**

10. Международный рентгенорадиологический центр имени Антуана Беклера находится:

- в Париже

**Вопрос**

11. Многопроекционное исследование может быть произведено:

**Ответ**

- при латеропозиции
- при ортопозиции
- при трохопозиции

**Вопрос**

12. На размер полутени вокруг изображения объекта на рентгенограмме не влияют:

**Ответ**

- мягкое излучение

**Вопрос**

13. Объемная рентгенограмма (стереорентгенограмма) может быть получена путем наложения двух снимков

**Ответ**

- произведенных с двух положений рентгеновской трубки на определенном расстоянии между ними

**Вопрос**

14. Обычное изображение, получаемое при помощи рентгеновских лучей:

**Ответ**

- больше снимаемого объекта

**Вопрос**

15. Ортоскопия и ортография производятся:

**Ответ**

- при вертикальном положении пациента и горизонтальном ходе лучей

**Вопрос**

16. Ослабление пучка излучения при прохождении через различные предметы зависит:

**Ответ**

- от поглощения веществом объекта
- от рассеяния

**Вопрос**

17. Основателем и первым редактором журнала "Вестник рентгенологии и радиологии" был:

**Ответ**

- М.И. Неменов

**Вопрос**

18. Открытие рентгеновских лучей было осуществлено:

**Ответ**

- в Вюрцбурге

**Вопрос**

19. Отрицательное влияние рассеянного излучения можно снизить при помощи:

**Ответ**

- отсеивающей решетки
- тубуса

**Вопрос**

20. Параллактическое искажение формы и размеров объекта может быть следствием:

**Ответ**

- смещения трубки по отношению к плоскости объекта

**Вопрос**

21. Первые рентгенограммы в России произвел

**Ответ**

- А.С. Попов

**Вопрос**

22. Первый институт рентгенорадиологического профиля в нашей стране был организован

**Ответ**

- в Ленинграде

**Вопрос**

23. Первый рентгеновский аппарат в России сконструировал:

**Ответ**

- А.С. Попов

**Вопрос**

24. При исследовании в косых проекциях можно произвести

**Ответ**

- неограниченное количество снимков

**Вопрос**

25. При латерографии можно получить снимки только

**Ответ**

- в любых проекциях

**Вопрос**

26. При рассматривании изображения с расстояния 75 см область ясного видения — это круг диаметром около ...

**Ответ**

- 10 см

**Вопрос**

27. При рассматривании клинической рентгенограммы на негатоскопе можно зарегистрировать:

**Ответ**

- до 100 степеней яркости

**Вопрос**

28. При релаксационных методиках в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительного тракта

**Ответ**

- снижается тонус гладкой мускулатуры

**Вопрос**

29. При функциональной пробе Вальсальвы

**Ответ**

- уменьшаются размеры варикозных узлов вен пищевода

**Вопрос**

30. Процесс темновой адаптации ускоряется, если использовать очки

**Ответ**

- с красными стеклами

**Вопрос**

31. Прямое увеличение изображения достигается:

- увеличением расстояния объект — пленка

**Вопрос**

32. Развитие рентгенологии связано с именем В. Рентгена, который открыл излучение, названное впоследствии его именем

**Ответ**

- в 1895 году

**Вопрос**

33. Резкое понижение чувствительности зрительного анализатора при включении яркого света происходит:

**Ответ**

- через 20 с

**Вопрос**

34. Рентгенологический синдром — это:

**Ответ**

- совокупность рентгенологических симптомов, объединенных единым патогенезом

**Вопрос**

35. Симптом "ниши" был описан впервые

**Ответ**

- К. Гаудеком

**Вопрос**

36. Субтракция теней при обзорной рентгенографии

**Ответ**

- затрудняет выявление патологических изменений

**Вопрос**

37. Сферический объект может изображаться овальной тенью вследствие

**Ответ**

- острого угла между пучком рентгеновских лучей и приемником изображения

**Вопрос**

38. Темные объекты на светлом фоне по сравнению со светлыми объектами на темном фоне различаются:

**Ответ**

- лучше

**Вопрос**

39. Уменьшение размеров изображения при рентгенографии по сравнению с размерами объекта может быть достигнуто

**Ответ**

- фотографированием изображения на экране

## Банк ситуационных клинических задач

### **Задача №1**

В рентгеновской трубке возникают следующие виды излучений: катодные лучи - поток электронов, идущий от катода к аноду и тормозное излучение, создающееся при торможении потока электронов об анод.

1. Какое из этих излучений рентгеновское?

### **Задача №2**

70 лет, пенсионер. Год назад проведена нефрэктомия по поводу рака почки. Жалобы на повышение температуры тела до 37,5 С. В нижних отделах правого и левого легких дыхание ослаблено, здесь же отмечается притупление перкуторного звука. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости (стоя): в нижних отделах правого и левого легких определяется ограниченное затемнение, однородной структуры с четкими контурами и горизонтальным уровнем жидкости.

1. Какое заключение вы дадите по вышеописанной рентгенограмме? 2. Какие еще методы лучевой диагностики следует назначить и почему?

### **Задача №3**

4 лет, инженер. Ему проводился метод исследования, во время которого рентгеновские лучи непрерывно испускаются и улавливаются экраном, производя при этом динамическое изображение в реальном времени.

Как называется этот метод исследования?

### **Задача №4**

70 лет, с жалобами на одышку и сухой кашель, проводилось исследование органов грудной полости, во время которого однородный пучок рентгеновского излучения, при прохождении через грудную полость становится неоднородным, и регистрируется на рентгеновской пленке. Как называется этот метод исследования?

### **Задача №5**

30 лет, учитель. Обратился в стационар, с жалобами на кровохаркание, до этого, 3 месяца назад, контактировал с туберкулезным больным. На руках имеется мелкокадровый рентгеновский снимок (24x24 мм) органов грудной полости, выполненный, в плановом порядке, два года назад.

1. Какое исследование выполнялось больному?  
2. На какое дополнительное лучевое исследование должен быть направлен больной?

### **Задача №6**

44 год, учитель. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. Детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Рентгенография органов грудной полости: множественные крупноочаговые тени правого и левого легкого, деструкция переднего отрезка III-го ребра слева.

1. Какое заключение вы дадите по вышеописанным методам лучевой диагностики?
2. Какие дополнительные лучевые методы исследования нужно назначить?

### **Задача №7**

19 лет, студент. Участник ДТП. Жалоб не предъявляет по причине тяжелого состояния - кома

I. Объективно: ушибленная рана правой височной области, отоликворея, ссадины мягких тканей лица, эмфизема мягких тканей правой половины грудной клетки. Рентгенография костей черепа в прямой и правой боковой проекции: линейный перелом правой височной кости с распространением на пирамиду височной кости.

На какие дополнительные лучевые методы исследования должен быть направлен больной в экстренном порядке и почему?

### **Задача №8**

54 года, дорожная рабочая. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

1. Ваше предположительное заключение.
2. На какой дополнительный метод лучевого исследования должна быть направлена больная и почему?

### **Задача №9**

34 года, водитель. Доставлен в стационар бригадой скорой помощи в алкогольном опьянении, участник ДТП. Жалобы на сильную боль в спине, онемение ног, ограничение подвижности. Объективно: состояние тяжелое, стопные рефлексы снижены. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях: снижение высоты тел позвонков L1 и L2 в передних отделах более чем на 1/2, в теле позвонка L1 определяется линия просветления, проходящая в вертикальной плоскости с расхождением костных фрагментов.

1. Какое заключение вы дадите по вышеописанным рентгенограммам?
2. Какой из методов лучевой диагностики поможет более точно определить повреждения поясничного отдела позвоночника?

### **Задача №10**

60 лет, инженер. Клинически предполагают конкремент в нижней трети правого мочеточника. При УЗИ определяется расширение полостных элементов правой почки. Экскреторная урография: правосторонняя пиелокаликоектазия, снижение экскреторной функции правой почки, теней подозрительных на рентгенконтрастные конкременты не выявлено.

Какой должен быть дальнейший алгоритм использования методов лучевой диагностики для постановки диагноза?

### **Задача №11**

60 лет. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. Клинически диагностируется острое нарушение мозгового кровообращения, подозревают ишемический или геморрагический инсульт. Необходимо уточнить локализацию и распространенность патологического процесса.

Какой экстренный метод лучевой диагностики следует назначить?

### **Задача №12**

56 лет, повар. Предварительный клинический диагноз опухоль спинного мозга на уровне груднопоясничного перехода позвоночника.

Какой лучевой метод исследования нужно назначить?

### **Задача №13**

70 лет, пенсионер. Жалобы на хронические боли в пояснице иррадиирующие в левую ногу. На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в двух проекциях: признаки дегенеративно-дистрофических изменений характера остеохондроза и спондилоартроза.

Какой следующий метод лучевой диагностики нужно назначить?

### Задача №14

69 лет, слесарь. Направлен участковым терапевтом на магнитно-резонансную томографию поясничного отдела позвоночника. Жалобы на хронические боли в пояснице иррадиирующие в левую ногу. Со слов больного болен аритмией, установлен внутривенный кардиостимулятор.

1. Возможно ли выполнение назначенного метода исследования? 2. Какой лучевой метод исследования может быть еще назначен?

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100

#### 16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 17. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала,

<p>- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p>	<p>логическая последовательность в изложении материала</p>
<p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса</p>
<p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

## 18.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p>	<p>1. Краткость</p>
<p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p>	<p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p>
<p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса</p>
<p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Психиатрия-наркология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1 - 141	1 - 40	1-107	1 – 83	
ПК	1	1 - 141	1 - 40	1-107	1 – 83	
	2		1 - 40	13-38, 40-55, 76-82, 84-107	7-34, 36-45, 47-51, 53-61, 63-83	
	5	1-10, 25, 34	1 - 40	1-82, 84-107	1-61, 63-83	
	8		1 - 40	13-38, 40-55, 57-73, 76-107,	7-34, 36-45, 47-51, 53-83	

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»**

### **Перечень вопросов для устного собеседования:**

1. Новые данные о структуре и функциях сердца.
2. Основные механизмы развития патологии сердечно - сосудистой системы и принципы коррекции.
3. Структура и функция сосудов.
4. Понятие об отраженной волне давления как о механизме развития патологии сердечно -сосудистой системы и принципы коррекции.
5. Основные механизмы развития патологии сердечно - сосудистой системы и принципы коррекции.
6. Организация оказания медицинской помощи при сердечно — сосудистых заболеваниях.
7. Клиническая оценка рентгенологических методов исследования.
8. Методы диагностики нарушений ритма.
9. Методы диагностики ИБС.
10. Радионуклидные методы исследования.

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

1. Организация работы кабинета функциональной диагностики
2. Методы стимуляции работы сердца, показания
3. Врачебная этика и деонтология при функциональных исследованиях
4. Организация работы кабинетов ФД
5. ЭКГ при легочном сердце
6. Механизмы развития гипертензии малого круга кровообращения
7. Инструментальная диагностика заболеваний сердца
8. Стандартные отведения при ЭКГ - исследовании
9. Аппаратура для функциональной диагностики в кардиологии
10. Техника безопасности при работе с диагностической аппаратурой.
11. Основные функции сердца
12. Проводящая система сердца.
13. Электрическое поле сердца
14. Векторный принцип в клинической ЭКГ.
15. Электрическая ось сердца в норме и при патологии
16. Отведения при ЭКГ исследовании: стандартные и дополнительные
17. Временный анализ ЭКГ. Нормальные значения
18. Определение электрической оси сердца, значение.
19. Шестиосевая система координат осей ЭКГ – отведений
20. Причины резкого отклонения ЭОС влево и вправо
21. Дополнительные отведения ЭКГ, показания
22. Значение дополнительных отведений ЭКГ в диагностике патологии миокарда
23. Варианты нормальной ЭКГ в зависимости от конституции человека
24. Порядок регистрации ЭКГ, возможные ошибки.
25. Причины и типы ротации сердца в грудной клетке, диагностика по ЭКГ.
26. Диагностическое значение выявления ротации сердца в грудной клетке.
27. Нормальная ЭКГ у детей различных возрастных групп.
28. Возрастной подход к анализу ЭКГ здоровых детей.

29. Причины, вызывающие гипертрофию левых отделов сердца.
30. Причины, вызывающие гипертрофию правых отделов сердца.
31. ЭКГ диагностика гипертрофии левого предсердия
32. ЭКГ диагностика гипертрофии правого предсердия
33. Причины комбинированной гипертрофии предсердий.
34. Диагностические критерии комбинированной гипертрофии предсердий.
35. ЭКГ диагностика гипертрофии или (и) перегрузке правого желудочка.
36. ЭКГ диагностика гипертрофии или (и) перегрузке левого желудочка.
37. Нарушение внутрижелудочковой проводимости, причины.
38. Классификация внутрижелудочковых блокад.
39. ЭКГ диагностика блокады правой ножки п. Гиса.
40. ЭКГ диагностика блокады левой ножки п. Гис

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 19.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100
<b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 20.Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 21.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении

<p><b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям</p> <p><b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p><b>Отлично (5)</b></p>	<p>материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

## 22.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии</p> <p>- трем критериям</p> <p><b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям</p> <p><b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p><b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КАРДИОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для регламентированной дискуссии:

1. Организация амбулаторной специализированной помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2. Организация стационарной специализированной помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.
3. Общие вопросы организации медицинской помощи при неотложных состояниях. Реанимация.
4. Реабилитация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.
5. Теоретические основы кардиологии. Анатомия сердца. Проводящая система. Электрофизиологические функции сердца.
6. Структура и функции сосудов. Строение сосудистого русла.
7. Основные механизмы развития патологии сердечно-сосудистой системы и принципы коррекции.
8. Основные принципы рациональной фармакотерапии в кардиологии.
9. Клиническая оценка основных лабораторных и рентгенологических методов исследования.
10. Принципы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и мероприятия по ее осуществлению.
11. Клиника и диагностика острого инфаркта миокарда.
12. Этиология и патогенез ишемической болезни сердца. Осложнения ИБС.
13. Классификация, диагностика нарушений ритма сердца.
14. Приобретенные пороки сердца. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

15. Гипертонический криз. Алгоритм оказания неотложной помощи.
16. Синкопальные состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Брадиаритмии. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Антиангинальные средства. Тактика их применения.
19. Миокардиты. Классификация. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактика.
20. Пароксизмальные тахикардии. Этиология, патогенез, клиника.
21. Коронарная анатомия и типы кровоснабжения.
22. Коронарография, показания и противопоказания.
23. Контрастная вентрикулография, нормативы, показания.
24. Контрастная вентрикулография осложнения, противопоказания.
25. Инвазивные методы в диагностике некоронарогенных поражений миокарда.
26. Магнитно-резонансная томография сердца. Показания, противопоказания.
27. Транслюминальная баллонная ангиопластика, стентирование. Достоинства и недостатки, показания и противопоказания.
28. Чрескожная реваскуляризация при ИБС. Техника выполнения.
29. Компьютерная томография сердца. Показания, противопоказания.
30. Показания и противопоказания к имплантации постоянного искусственного водителя ритма

### Банк тестовых заданий (с ответами):

1. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:
  - 1- Правым желудочком.
  - 2- **Левым желудочком.**
  - 3- Левым предсердием.
2. Коронарные артерии относятся к артериям:
  - 1- Эластического типа.
  - 2- Мышечно-эластического типа.
  - 3- **Мышечного типа.**
3. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:
  - 1- Синусового узла.
  - 2- **Клеток сократительного миокарда.**
  - 3- Атрио-вентрикулярного узла.
  - 4- Пучка Гиса и его разветвлений.
  - 5- Волокон Пуркинье.
4. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:
  - 1- **Обратная зависимость.**
  - 2- Прямая зависимость.
  - 3- Нет четкой зависимости.
5. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения систолического артериального давления является:
  - 1- 130-139 мм.рт.ст.
  - 2- **140-159 мм.рт.ст.**
  - 3- 160-170 мм.рт.ст.
  - 4- 180-190 мм.рт.ст.
6. Коронарное кровоснабжение миокарда желудочков:
  - 1- Более выражено, чем в предсердиях.
  - 2- Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием.
  - 3- Более развито во внутренних слоях миокарда.
  - 4- **Все перечисленное.**
  - 5- Ничего из перечисленного.
7. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:
  - 1- **Аортальной недостаточности.**
  - 2- Трикуспидальной недостаточности.
  - 3- Митральной недостаточности.
  - 4- Митрального стеноза.
8. Электрофизиологическое исследование показано:
  - 1- Всем больным с пароксизмальными нарушениями ритма сердца.
  - 2- Всем больным с синдромом слабости синусового узла.

- 3- **Больным с синкопальными состояниями неясного генеза.**
- 4- Всем перечисленным группам больных.
9. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:
  - 1- Холодовая проба.
  - 2- Дипиридамовая проба.
  - 3- **Проба с нагрузкой на велоэргометре.**
  - 4- Проба со статической физической нагрузкой.
10. Не является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой:
  - 1- Эпилепсия.
  - 2- **Синдром слабости синусового узла.**
  - 3- АВ-блокада II-III степени.
  - 4- Стеноз устья аорты.
11. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:
  - 1- Моторика желудочно-кишечного тракта.
  - 2- Связывание с белками плазмы.
  - 3- **Метаболизм в печени.**
  - 4- Все ответы правильные.
  - 5- Правильного ответа нет.
12. Наиболее эффективным препаратом у больных ИБС является:
  - 1- Сустанг 6,4 мг.
  - 2- Нитронг 6,5 мг.
  - 3- Тринитролонг 1 мг.
  - 4- Нитросорбид 10 мг.
  - 5- **Эффективность данных препаратов в указанных дозах практически одинакова.**
13. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:
  - 1- **Нифедипин.**
  - 2- Верапамил.
  - 3- Дилтиазем.
  - 4- Различий между данными препаратами нет.
14. При приеме каптоприла концентрация ангиотензина II в крови:
  - 1- Увеличивается.
  - 2- **Уменьшается.**
  - 3- Не изменяется.
15. Нарушение функции щитовидной железы наиболее часто развивается при приеме:
  - 1- **Кордарона.**
  - 2- Хинидина.
  - 3- Ритмилена.
  - 4- Этмозина.
  - 5- Этацизина.
16. При длительном приеме кордарона наименее выраженное его накопление происходит в:
  - 1- Печени.
  - 2- Коже.
  - 3- Щитовидной железе.
  - 4- **Миокарде.**
  - 5- Жировой клетчатке.
17. Лидокаину свойственны следующие побочные эффекты:
  - 1- Головокружение.
  - 2- Парестезии.
  - 3- Спутанность сознания, ступор.
  - 4- **Все перечисленное.**
  - 5- Ни один из перечисленных.
18. В состоянии покоя концентрация калия:
  - 1- **Внутри клетки больше, чем вне клетки.**
  - 2- Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
  - 3- Внутри и вне клетки одинакова.
19. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:
  - 1- **Обратная зависимость.**
  - 2- Прямая зависимость.
  - 3- Нет четкой зависимости.

20. Высокая активность ренина в плазме крови у больного с артериальной гипертонией позволяет исключить наличие:
- 1- Стеноза устья почечных артерий.
  - 2- **Синдрома Конна.**
  - 3- Гипертонической болезни.
  - 4- Феохромоцитомы.
  - 5- Пиелонефрита.
21. Перечислите, свойства клеток проводящей системы сердца:
- 1- **Обладают свойством электрофизиологической автоматии.**
  - 2- Обладают высокой скоростью активации и инактивации.
  - 3- **Обладают низкой скоростью активации и инактивации вследствие большого числа медленных кальциевых каналов.**
  - 4- Содержат значительное количество быстрых натриевых каналов.
  - 5- **Частота генерируемых импульсов в различных отделах колеблется в пределах 20 - 90 импульсов.**
  - 6- Спонтанная генерация импульсов в норме нехарактерна.
22. Органы - для которых характерна высокая степень развития коллатерализации кровообращения:
- 1- **Легкие.**
  - 2- Сердце.
  - 3- Почки.
  - 4- **Печень.**
  - 5- Головной мозг.
  - 6- Селезенка.
23. Изменения в кардиомиоцитах, свидетельствующие об их повреждении:
- 1- **Снижение трансмембранного потенциала.**
  - 2- **Снижение внутриклеточной концентрации калия.**
  - 3- Активация транспорта глюкозы в клетку.
  - 4- **Уменьшение активности К/Na-АТФазы**
24. Гуморальная регуляция сердечной деятельности и факторы ее реализации:
- 1- Механорецепторы предсердий и левого желудочка.
  - 2- Растяжение камер сердца в рецепторных зонах.
  - 3- Зависимость силы сокращения от давления в аорте.
  - 4- Влияние блуждающего и симпатического нервов.
  - 5- Влияние хеморецепторных зон в каротидных тельцах.
  - 6- **Гормоны щитовидной железы.**
  - 7- **Электролиты.**
25. Укорочение интервала QT происходит при:
- 1- **Увеличение ЧСС.**
  - 2- Уменьшение ЧСС.
  - 3- **Передозировки сердечными гликозидами.**
  - 4- Синдроме Джервелла-Ланге Нильсона
26. Дополнительные грудные отведения справа от грудины ЭКГ используются в диагностике:
- 1- **Инфаркта миокарда правого желудочка.**
  - 2- Инфаркта миокарда задне-базальной области.
  - 3- Инфаркт миокарда верхней части боковой стенки левого желудочка.
  - 4- Нижний инфаркт миокарда.
27. Что из перечисленного способствует коагуляции:
- 1- Протеин.
  - 2- **Фибриноген.**
  - 3- Антитромбин.
  - 4- Протеин С.
28. Характеристика трикуспидального клапана:
- 1- **Регулирует поток через правое атриовентрикулярное отверстие.**
  - 2- Имеет более выраженную зону крепления створок, т.к. функционирует в условиях более высокого давления.
  - 3- Клапан близко примыкает к соответствующему полулунному клапану.
  - 4- Связан хордами с двумя группами сосочковых мышц.
  - 5- **Имеет небольшие сосочковые мышцы.**
  - 6- Регулирует поток через левое атриовентрикулярное отверстие.
29. Основными сократительными белками являются:
- 1- Миозин.
  - 2- Тропомиозин.

- 3- Тропонин.
  - 4- Актин.
  - 5- **Правильно 1 и 4.**
30. Заболевания, при которых маловероятно возникновение парадоксальной эмболии:
- 1- **Стеноз митрального клапана.**
  - 2- **Подострый инфекционный эндокардит.**
  - 3- **Искусственный водитель ритма.**
  - 4- Дефект межжелудочковой перегородки.
  - 5- Незаращение боталлова протока
31. Возможной причиной возникновения стенокардии напряжения при сужении только просвета крупной ветви коронарных артерий является:
- 1- Дилатационная кардиомиопатия, хронический миокардит.
  - 2- Гипертрофическая кардиомиопатия.
  - 3- Стеноз устья аорты.
  - 4- Проплапс митрального клапана.
  - 5- **Атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.**
32. Наиболее частые причины коронарной недостаточности (стенокардии):
- 1- Синдром Х встречающиеся.
  - 2- Эктазия коронарных артерий.
  - 3- **Атеросклеротическое сужение коронарных артерий.**
  - 4- Мышечные мостики.
  - 5- Артерииты.
  - 6- Постлучевой фиброз артерий.
  - 7- Аномалия отхождения коронарной артерии.
33. Препараты, увеличивающие выживаемость больных ИБС, перенесших ИМ, включая стенокардию, осложненные застойной сердечной недостаточностью:
- 1- Препараты - доноры монооксида азота.
  - 2- **Кардиоселективные бета-адреноблокаторы.**
  - 3- **Ингибиторы АПФ.**
  - 4- Верапамил, дилтиазем.
  - 5- Амлодипин, плендил.
34. Эффективные суточные дозы пропранолола (обзидан) у больных стенокардией:
- 1- 40 - 80мг.
  - 2- 50 - 100мг.
  - 3- 40 - 60мг.
  - 4- **160 - 320мг.**
  - 5- 100 - 200мг.
35. Что часто выявляется у больных гипертонической болезнью при метаболических нарушениях:
- 1- Снижение содержания в крови натрийуретических пептидов.
  - 2- **Дислипидемия.**
  - 3- Повышение содержания альфа-холестерина.
36. Основные гемодинамические факторы, которые определяют уровень артериального давления:
- 1- **Частота сердечных сокращений.**
  - 2- **Величина сердечного выброса.**
  - 3- **Общее сосудистое сопротивление.**
  - 4- Предсердные натрийдиуретические пептиды.
  - 5- Кортикостероиды.
  - 6- Эндотелин.
37. Частота выявления повышенного артериального давления в общей популяции, по причине гипертонической болезни (эссенциальной гипертонии):
- 1- 0,1 - 0,5%.
  - 2- 0,2 - 2%.
  - 3- 2 - 5%.
  - 4- **90 - 94%.**
  - 5- 20 - 30%.
  - 6- 70 - 80%.
38. Препараты первого выбора у больных с повышенным артериальным давлением и систолической формой хронической сердечной недостаточности ( ХСН):
- 1- Сердечные гликозиды.
  - 2- **Нитраты.**

- 3- **Ингибиторы АПФ.**
  - 4- Диуретики умеренного действия ( гипотиазид, индапамид, оксодолин).
  - 5- **Петлевые диуретики( фуросемид, урегит).**
  - 6- Дигидроперидиновые антагонисты кальция ( нифедипин-ретард, амлодипин).
  - 7- Верапамил-ретард.
39. Первый выбор препарата у больных артериальной гипертонией и нарушениями ритма ( синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, AV - блокада):
- 1- Кардиоселективные бета-адреноблокаторы.
  - 2- Диуретики.
  - 3- **Нифедипин-ретард и другие препараты данной группы.**
  - 4- Центральные антагонисты.
  - 5- Верапамил.
  - 6- Дилтиазем.
  - 7- **Ингибиторы АПФ.**
  - 8- Альфа 1 - адреноблокаторы.
40. Какой препарат является **наиболее** предпочтительным при кардиогенном шоке, сопровождающем инфаркт миокарда?
- 1- Норадrenalин.
  - 2- **Допамин.**
  - 3- Нитропруссид натрия.
  - 4- Адреналин.
  - 5- Изадрин.
41. Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:
- 1- Разрыва головки папиллярной мышцы.
  - 2- Разрыва межжелудочковой перегородки.
  - 3- **Перикардита.**
  - 4- Инфаркта миокарда правого желудочка.
  - 5- Разрыва левого желудочка.
42. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:
- 1- **Снижение насосной функции сердца.**
  - 2- Стрессовая реакция на болевые раздражители.
  - 3- Артериальная гипотония.
  - 4- Гиповолемия.
  - 5- Гиперкоагуляция.
43. Какой из нижеперечисленных препаратов **НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ** назначать больным ИБС с синдромом слабости синусового узла:
- 1- Нитратов.
  - 2- Корватона.
  - 3- **Верапамила.**
  - 4- Коринфара.
  - 5- Фуросемида.
44. Для тахисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно:
- 1- Частота желудочковых сокращений менее 50 в минуту.
  - 2- Частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту.
  - 3- Частота желудочковых сокращений от 60 до 99 в минуту.
  - 4- **Частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту.**
45. Назначение непрямых антикоагулянтов до кардиоверсии в зависимости от продолжительности приступа фибрилляции и трепетания предсердий необходимо:
- 1- 6-12 часов.
  - 2- 12-24 часа.
  - 3- **48 часов и более.**
46. Повторный вход импульса (re-entry) - электрофизиологический механизм развития:
- 1- **Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия.**
  - 2- **Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения.**
  - 3- Непароксизмальная предсердная тахикардия.
  - 4- Желудочковая тахикардия.
47. К ранним клиническим симптомам недостаточности кровообращения относятся:
- 1- **Одышка и сердцебиение, возникающие при физической нагрузке.**
  - 2- Олигурия.

- 3- Полидипсия.
  - 4- Анурия.
  - 5- Увеличение диуреза.
48. Недостаточность кровообращения характеризуется появлением одышки, утомляемости, сердцебиения только при нагрузке. Имеется гипертрофия миокарда. Трудоспособность снижена. Определите стадию недостаточности кровообращения по Стражеско – Василенко:
- 1- **I стадия.**
  - 2- ПА стадия.
  - 3- ПБ стадия.
  - 4- III стадия.
  - 5- IV стадия.
49. Какой вид тяжелых аритмий обладает относительно более благоприятным прогнозом в отношении развития фибрилляции желудочков:
- 1- **Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.**
  - 2- Желудочковая пароксизмальная тахикардия.
  - 3- Частая желудочковая экстрасистолия (более 10 экстрасистол в 1 мин).
  - 4- Политопные и залповые желудочковые экстрасистолы.
  - 5- Желудочковые экстрасистолы типа «R на T».
50. Повышенное артериальное давление на руках и пониженное на ногах характерно для:
- 1- **Коарктации аорты.**
  - 2- Болезни Такааясу.
  - 3- Синдрома Кона.
  - 4- Болезни Иценко – Кушинга.
  - 5- Стенозе почечных артерий.
51. Какой вид поражения почек наиболее часто встречается у больных при инфекционном эндокардите?
- 1- Очаговый нефрит.
  - 2- **Диффузный нефрит.**
  - 3- Амилоидоз.
  - 4- Инфаркт почек.
  - 5- Апостематозный нефрит.
52. Какие из перечисленных ЭКГ-признаков наиболее характерны для миокардита?
- 1- Низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0, 22 с, QRS=0, 12 с.
  - 2- **Смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T.**
  - 3- Конкордантный подъем сегмента ST.
  - 4- Дискордантный подъем сегмента ST.
53. Причиной смерти больных ДКМП не является:
- 1- Тяжелая сердечная недостаточность.
  - 2- Нарушения ритма сердца.
  - 3- Тромбоэмболические осложнения.
  - 4- **Разрыв миокарда.**
54. Для лечения дилатационной кардиомиопатии не применяют:
- 1- Сердечные гликозиды.
  - 2- Бета-блокаторы.
  - 3- Ингибиторы АПФ.
  - 4- **Антагонисты кальция**
55. Непосредственной причиной смерти в ранний период инфаркта является:
- 1- Хроническая аневризма сердца.
  - 2- Разрыв сердца.
  - 3- Разрыв аневризмы с кровоизлиянием в полость перикарда.
  - 4- **Асистолия.**
  - 5- Тромбоэмболии.
56. Аневризма брюшного отдела аорты развивается при:
- 1- Сифилисе.
  - 2- Туберкулезе.
  - 3- Гигантоклеточном артериите.
  - 4- Синдроме Черджа-Строс.
  - 5- **Атеросклерозе.**
57. Причины ишемического инфаркта головного мозга:
- 1- **Атеросклероз сосудов мозга.**
  - 2- Постгеморрагическая анемия.
  - 3- Миелоцитоз.

- 4- Болезнь Помпе.
- 5- Артериальная гипертония.
58. Осложнение атеросклероза аорты:
  - 1- Атероматоз.
  - 2- Изъязвление.
  - 3- **Аневризма аорты.**
  - 4- Атеросклероз венечной артерии.
  - 5- Липоидоз.
59. Артериальное давление не изменяется при:
  - 1- **Митральной недостаточности.**
  - 2- Митральном стенозе.
  - 3- Митральном стенозе и недостаточности.
60. При митральной недостаточности выслушиваются:
  - 1- Усиление 1 тона.
  - 2- **Ослабление 1 тона.**
  - 3- Диастолический шум на верхушке.**Акцент 2 тона на pulmonalis.**
61. Поликардиография по Блумбергу (фазовый анализ систолы левого желудочка) предусматривает регистрацию:
  - 1- **ЭКГ,ФКГ и каротидной сфигмограммы.**
  - 2- ЭКГ,ФКГ и кривой венного пульса.
  - 3- ЭКГ,ФКГ и апекскардиограммы.
  - 4- Векторкардиограммы, ФКГ и апекскардиограммы.
62. Метод векторкардиографии имеет наибольшую ценность при:
  - 1- Анализе нарушений ритма сердца.
  - 2- Анализе нарушений АВ-проводимости.
  - 3- Выявлении преходящей ишемии миокарда.
  - 4- **Диагностике инфаркта миокарда.**
63. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:
  - 1- Гипертензии в системе легочной артерии.
  - 2- Гиповолемии малого круга кровообращения.
  - 3- Воспалительных изменениях в легких.
  - 4- **Венозном застое в малом круге кровообращения.**
64. В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:
  - 1- Ушком левого предсердия.
  - 2- Дугой аорты.
  - 3- Нисходящей аортой.
  - 4- **Легочной артерией.**
65. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:
  - 1- Ударный объем левого желудочка.
  - 2- Минутный объем левого желудочка.
  - 3- Сердечный индекс.
  - 4- Фракцию выброса желудочков.
  - 5- **Все перечисленное.**
66. Метод радионуклидной вентрикулографии позволяет оценивать:
  - 1- Только глобальную функцию левого желудочка.
  - 2- Только регионарную сократимость левого желудочка.
  - 3- **И то, и другое.**
  - 4- Ни то, и ни другое.
67. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:
  - 1- Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201.
  - 2- **Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м - пирофосфатом.**
  - 3- Радионуклидная вентрикулография.
  - 4- Ни одно из перечисленных.
  - 5- Все перечисленное.
68. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201 в условиях дозированной физической нагрузки по сравнению с классическим ЭКГ-тестом с физической нагрузкой характеризуется:
  - 1- Более высокой чувствительностью, но меньшей специфичностью.
  - 2- Более низкой чувствительностью, но большей специфичностью.

- 3- **Более высокой чувствительностью и специфичностью.**
- 4- Более низкой чувствительностью и специфичностью.
69. Для оценки сократительной функции левого желудочка методом термодилуции:
  - 1- Необходима катетеризация левого желудочка.
  - 2- Необходима катетеризация левого желудочка и левого предсердия.
  - 3- **Достаточно катетеризации легочной артерии.**
  - 4- Необходима катетеризация обоих желудочков.
70. При селективной коронароангиографии введение контрастного вещества производится в:
  - 1- Кубитальную вену.
  - 2- Устье аорты.
  - 3- Устье аорты и ствол левой коронарной артерии.
  - 4- **Раздельно в устье правой и левой коронарных артерий.**
71. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения:
  - 1- Времени восстановления функции синусового узла.
  - 2- Корригированного времени восстановления функции синусового узла.
  - 3- Времени синоатриального проведения.
  - 4- **Всех перечисленных параметров.**
  - 5- Ни одного из перечисленных.
72. Использование чреспищеводной электростимуляции сердца для диагностики ИБС целесообразно при:
  - 1- Высокой артериальной гипертонии.
  - 2- Перемежающейся хромоте.
  - 3- Тромбофлебите нижних конечностей.
  - 4- **Всем перечисленным.**
  - 5- Правильного ответа нет.
73. Наиболее чувствительным методом и диагностики стенокардии напряжения является:
  - 1- 24-часовой мониторинг ЭКГ.
  - 2- **Проба с дозированной физической нагрузкой.**
  - 3- Фармакологические пробы.
  - 4- Холодовая проба.
74. Ультразвуковые колебания хорошо проводятся через:
  - 1- Воздухоносные полости.
  - 2- Костную ткань.
  - 3- **Жидкие среды.**
  - 4- Жировую ткань.
75. Наиболее информативным методом при выявлении выпота в перикард является:
  - 1- Рентгеновский.
  - 2- Фонокардиография.
  - 3- ЭКГ.
  - 4- Физикальное исследование.
  - 5- **Эхокардиография.**
76. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:
  - 1- ЭКГ.
  - 2- Рентгеновское обследование.
  - 3- **Допплеркардиография.**
  - 4- Фонокардиография.
77. В качестве ультразвуковых контрастов можно использовать:
  - 1- Физиологический раствор.
  - 2- Аутокровь.
  - 3- 5% раствор глюкозы.
  - 4- **Все перечисленное.**
78. Феномен предсердно-желудочковой диссоциации можно выявить:
  - 1- Электрокардиографией.
  - 2- Регистрацией внутрисердечной электрограммы.
  - 3- Методом эхокардиографии.
  - 4- **Всеми перечисленными методами.**
79. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертензии является:
  - 1- МР-томография.
  - 2- Рентгеновская компьютерная томография.
  - 3- **Рентгеноконтрастная аортография.**
  - 4- Изотопная ренография.

80. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется:
- 1- Эхокардиография.
  - 2- Инвазивное исследование гемодинамики.
  - 3- ЭКГ.
  - 4- **Все вышеперечисленное.**
81. Проба с физической нагрузкой на тредмиле у больных ИБС:
- 1- Значительно более информативна, чем проба с нагрузкой на велоэргометре.
  - 2- Значительно уступает по информативности пробе на велоэргометре.
  - 3- **Практически равноценна пробе на велоэргометре.**
82. Более точно оценить функциональные возможности больного ИБС позволяет:
- 1- **Проба с нагрузкой на велоэргометре.**
  - 2- Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
  - 3- 24-часовое мониторирование ЭКГ.
  - 4- Перечисленные методы практически равноценны.
83. Суточное холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:
- 1- Безболевою ишемию миокарда.
  - 2- Нарушения ритма сердца.
  - 3- **И то, и другое.**
  - 4- Ни то, и ни другое.
84. Критериями положительной велоэргометрической пробы при диагностике ИБС являются:
- 1- Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии.
  - 2- **Горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более.**
  - 3- Развитие синкопального состояния.
  - 4- Появление одышки.
  - 5- Все перечисленное.
85. Показания к проведению эхокардиографии:
- 1- **Заболевания сердца и прилежащих к сердцу магистральных сосудов.**
  - 2- Бронхиальная астма.
  - 3- Эпилепсия.
86. Допплерография – это метод, позволяющий оценить:
- 1- **Периферическое кровообращение.**
  - 2- Состояние центральной гемодинамики.
87. К функциональным пробам при проведении электроэнцефалографии относятся:
- 1- **Проба гипервентиляцией.**
  - 2- Проба с поворотами и наклонами головы.
  - 3- Проба с нитроглицерином.
  - 4- **Проба с фоностимуляцией.**
  - 5- **Проба с фотостимуляцией.**
88. Показания к проведению ингаляционных проб:
- 1- **Диагностика ранних стадий бронхиальной астмы.**
  - 2- **Контроль эффективности лечебных и профилактических мероприятий.**
  - 3- Обострение бронхолегочного заболевания.
89. Реоэнцефалография – это методика, позволяющая определить:
- 1- Пульсовое кровенаполнение периферических сосудов.
  - 2- **Пульсовое кровенаполнение сосудов головного мозга.**
  - 3- Оценка функционального состояния организма.
90. Электрокардиографическая проба с физической нагрузкой (велоэргометрия) позволяет выявить:
- 1- Нарушение проводимости.
  - 2- **Выявление скрытых форм ИБС.**
- Толерантность к физической нагрузке.**

### Банк ситуационных задач с ответами

#### Задача 1

Мужчине 40 лет, в течение последних 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при ходьбе, при эмоциональном напряжении, изредка ночью и в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации кардиолога регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, аспирина 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются.

При обследовании: на ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма, 64 уд/мин., зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия. В анализе крови: холестерин 5,1 ммоль/л, триглицериды 1,2 ммоль/л.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима.

#### Задача 2

Женщине 33 лет. Из анамнеза жизни известно, что впервые, повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение года, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам и системам - без особенностей.

При обследовании: в общем анализе мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов. Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения.

#### Задача 3

Мужчина 55 лет. При сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную антигипертензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 50 мг ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.).

На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации.

По данным Эхо-КГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тзс = 1,8 см).

В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 в п/зр.

При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?
4. Тактика лечения.

#### Задача 4

Женщина 63 лет обратилась с жалобами на одышку, слабость, тупые боли за грудиной, возникающие при небольшой физической нагрузке и проходящие в покое или после приема нитросорбида.

Из анамнеза: в течение 8 лет беспокоят сжимающие боли в области сердца. Около 5 лет назад перенесла обширный ИМ, по поводу чего лечилась стационарно. В течение 10 лет отмечает повышение АД (максимально 200/100 мм рт. ст.). Систематически не лечилась. В настоящее время нерегулярно принимает нитросорбид,

эналаприл. Настоящее ухудшение в течение 1 нед, когда появилась и стала нарастать одышка, участились боли за грудиной. Перенесенные заболевания: ОРВИ, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия. Объективно: общее состояние средней тяжести. Правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розовые, цианоз губ. Отеки голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечно-суставная система без особенностей. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. ЧДД — 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая — у правого края грудины, левая — по левой средне-ключичной линии, верхняя — в III межреберье. Верхушечный толчок на глаз не определяется. Патологической пульсации нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС — 92 в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 160/80 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Назначьте терапию в момент обращения больной.
4. Какие группы препаратов необходимо назначить больной в плановом порядке?

#### Задача 5

Женщина 38 лет обратилась в поликлинику с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку при ходьбе. Три недели назад перенесла ОРЗ. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами, почувствовала улучшение. Неделю назад вновь повысилась температура тела до 37,1 °С, появились слабость, одышка, «тяжесть» в области сердца. Работает маляром. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,4 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС — 102 в мин. АД — 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по области почек отрицателен с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул — в норме. При обследовании в поликлинике: на ЭКГ выявлена впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В общеклиническом анализе крови: лейкоциты — 8,4x 10<sup>9</sup>, СОЭ — 32 мм/ч.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какова ваша тактика. Есть ли показания к госпитализации?

#### Задача 6

Мужчина 32 лет обратился с жалобами на одышку при ходьбе, утомляемость. Одышка возникла около 4 месяцев назад без видимой причины и постепенно усиливается. Работает программистом. Анамнез не отягощен.

Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 18 в мин. Границы сердца расширены влево и вниз. Верхушечный толчок разлитой. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС — 97 в 1 мин. АД — 105/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по области почек отрицателен с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул — в норме.

При обследовании: общие анализы крови, мочи в норме. ЭКГ: ритм синусовый, единичные наджелудочковые экстрасистолы, отклонение ЭОС влево, отрицательные неглубокие Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях. ЭхоКГ: дилатация всех полостей сердца, больше левых отделов, КДР ЛЖ 6,5 см (норма — 5,5 см), КДО — 250 мл (норма — 150 мл), диаметр левого предсердия — 4,3 см; диффузная гипокинезия миокарда, ФВ — 38%, (норма > 55%). Митральная регургитация II ст. Трикуспидальная регургитация I ст. Створки клапанов интактны.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Есть ли необходимость в дополнительном обследовании?
3. Какие группы лекарственных препаратов вы могли бы рекомендовать?
4. Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении? Если да, то какова тактика наблюдения.

### Задача 7

Больной 64 лет поступил в клинику с жалобами на давящие боли за грудиной, слабость.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течение 16 лет, ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения - 5 лет. Ухудшение самочувствия связывают с физическим напряжением.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыт холодным потом, заторможен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: левая - в V межреберье, по левой срединно-ключичной линии, правая - правый край грудины, верхняя - в III межреберье по левой парастернальной линии. Пульс нитевидный. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту. АД - 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

На ЭКГ: ритм синусовый, патологический зубец Q в I, II стандартных отведениях, aVL, подъем сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V1-V4.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова вероятная причина ухудшения состояния?
3. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
4. Проведите неотложную терапию.

### Задача 8

Больной 47 лет поступил в палату интенсивной терапии с жалобами на сжимающие боли в нижней/3 грудины, длительностью более 1,5 часов, приступы потери сознания.

Из анамнеза: ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения страдает 2 года, ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда приступы сжимающих болей за грудиной усилились, стали беспокоить при подъеме на 2-ой этаж, принимал нитросорбид по 0,02 2 раза в день. Утром возникли сжимающие боли в нижней/3 грудины, сопровождающиеся приступами потери сознания, нитроглицерин принимал неоднократно, без эффекта, врачом «скорой помощи» доставлен в клинику.

Объективно: состояние тяжелое, приступы потери сознания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы относительной тупости сердца: левая - в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая - правый край грудины, верхняя - III межреберье, по левой парастернальной линии.

Тоны сердца приглушены, «пушечный» тон Стражеско. ЧСС - 40 в 1 мин. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень определяется по краю реберной дуги.

На ЭКГ: частота сердечных сокращений 40 в 1 минуту. Комплекс QS во II, III стандартных отведениях, aVF.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Неотложная терапия.
4. Тактика ведения больного.

### Задача 9

Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на колющие боли в сердце, одышку, слабость. Из анамнеза: частые ОРВИ, перенес дифтерию 3 недели назад.

Объективно: состояние тяжелое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: левая - в V межреберье, по левой срединно-ключичной линии, правая - правый край грудины, верхняя - III межреберье, по левой парастернальной линии. Тоны сердца ослаблены, ритм галопа. ЧСС - 120 в 1 мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

На ЭКГ: ритм синусовый, амплитуда желудочковых комплексов снижена во всех отведениях, зубец T в I, II, aVL, V1-V3 - отрицательный.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Тактика ведения больного.

### Задача 10

Больная 49 лет поступила в клинику с жалобами на колющие, сжимающие боли в области сердца, перебои в работе сердца, одышку.

Из анамнеза: известно, что 3 года назад перенесла грипп, миокардит, в течение года отмечает перебои в работе сердца, одышка - последние 2 недели, обратилась к участковому врачу.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: левая - в V межреберье, на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, правая - правый край грудины, верхняя - III межреберье, по левой парастернальной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС - 96 в 1 мин. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется. Отеков нет.

На ЭКГ: ритм неправильный, зубец Р не определяется, волны фибрилляции предсердий.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите осложнения.
3. Составьте программу обследования.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. Тактика ведения больной.

## **12.2. Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Кардиология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	01.1-20	01.1-5	1.1-52
<b>ПК</b>	<b>1</b>	02.01-02.25 03.1-03.20	02.1-71	02.1-45
	<b>2</b>	02.1-25 03.1-25	02.1-71 03.1-15	02.1-45 03.1-17
	<b>5</b>	04.1-35	04.1-15	04.1-151
	<b>8</b>	04.1-35	04.1-15	04.1-151

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»**

#### **вопросы для текущего контроля:**

1. Теории канцерогенеза.
2. Факторы риска развития опухолей.
3. Механизмы действия ионизирующих излучений на клетки.
4. Формы роста злокачественных опухолей.
5. Стадии рака по TNM.
6. Общие клинические проявления при онкологических процессах.

7. Основные методы лечения злокачественных новообразований.
8. Боль и обезболивание при раке.
9. Патогенетическое лечение. Основы таргетной терапии.
10. Лабораторные методы диагностики опухолей.
11. Рентгенологические методы в диагностике опухолей.
12. Наследственные формы рака: рак молочной железы и яичников.

## **БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

1. Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:

а) рентгеноскопия

б) биопсия

в) УЗИ  
опухоли\*

г) компьютерное  
обследование

д) термография

2. Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени:

а) BRCA 1

б) BRCA 2

в) p 53\*

г) CHEK 2

3. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее показана

а) маммография\*

б) УЗИ молочных  
желез

в) пункционная  
биопсия

секторальная

резекция

г)

самообследовани

е

**4. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:**

а) рака

кожи\*

б) рака

легкого

в) рака желудка

г) нет правильного ответа

**5. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого проводится:**

а) с периферическим

раком\*б) с

туберкулезом\*

в) с кистой\*

г) с паразитарным поражением\*

**6. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует:**

а) I

стадии

б) II

стадии

в) III

стадии

г) IV

стадии

д) 0 стадии (стадии 0)\*

**7. Мутации онкогенов BRCA1 и BRCA2 встречаются чаще при:**

- а) семейном (наследственном) раке яичников\*
- б) спорадическом раке яичниковв) одинаково при обеих формах

**8. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:**

- а) полициклических ароматических углеводов\*
- б) ионизирующего излучения\*
- в) ретровирусов\*

**9. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе**

- а) М
- б) G1
- в) S\*
- г) G2
- д) G

**10. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:**

- а) не нарушена\*
- б) нарушена умеренно
- в) нарушена выраженно
- г) возможны все варианты

**11. Символ «Mx» в клинической классификации TNM обозначает:**

- а) недостаточно данных для определения отдаленных метастов\*
- б) нет признаков отдаленных метастазов
- в) имеются отдаленные метастазы

**12. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:**

- а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения\*
- б) ароматические азотосоединения и аминосоединения\*
- в) нитрозосоединения\*
- г) металлы, металлоиды, неорганические соли\*

**13. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:**

- а) поджелудочной железы
- б) желудка
- в) щитовидной железы\*

**14. Сочетание «N0» обозначает:**

- а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов\*
- в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

**15. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:**

- а) предопухолевых состояний
- б) доброкачественных опухолей
- в) злокачественных опухолей\*
- г) нет правильного ответа

**16. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных сопухолями:**

- а) легких
- б) органов брюшной полости) молочной железы\*
- г) щитовидной железы\*

**темы рефератов**

1. Теории канцерогенеза.
2. Генетические механизмы канцерогенеза: гены супрессоры опухолевого роста и протоонкогены.
3. Наследственные опухолевые синдромы: клиничко-генетические характеристики, методы диагностики, профилактики и лечения.
4. Рак легкого: формы, клиничко-патогенетические характеристики различных форм, методы диагностики, лечения и профилактики.
5. Опухоли почки: этиология, механизмы развития, классификации клинические при- знаки, методы диагностики, профилактики и лечения
6. Химиотерапия злокачественных опухолей: основные задачи, общие принципы химиотерапии, критерии оценки результатов.
7. Международная классификация злокачественных новообразований. Система TNM.
8. Лимфогранулематоз.
9. Неходжкинские лимфомы: этиопатогенез, клиническая картина, методы диагностики, лечения и профилактики.
10. Канцерогены: основные виды и механизмы действия.
11. Профилактика онкологических заболеваний: программы массового скрининг в онкологии, медико-генетическое консультирование онкологических больных и членов их семей.

## **Виды и задания по самостоятельной работе ординатора (примеры).**

1. Изучение статистики онкологических заболеваний.
2. Разбор клинических ситуаций.
3. Подготовка рефератов, докладов, обзоров.
4. Анализ данных лабораторных исследований.
5. Анализ данных цитологических исследований.
6. Анализ данных рентгенограмм, КТ, МРТ.
7. Анализ данных миелографии.
8. Анализ данных гормональных и иммунологических исследований.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
АККРЕДИТАЦИИ»**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

**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.**

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации,  
проверяющих знания и умения в рамках компетенции**

1. Кто впервые выполнил баллонную ангиопластику коронарных артерий?

- А. U. Sigwart
- Б. A. Gruentzig
- В. Ю.С. Петросян
- Г. A. Cournand
- Д. M. Judkins

2. В общей структуре смертности на долю сердечно-сосудистых заболеваний падает:

- А. до 30%
- Б. более 30%
- В. более 50%

Г. более 60%

Д. более 70%

3. В лаборатории функциональной диагностики кардиохирургического центра должна быть аппаратура позволяющая провести

- А. велоэргометрическую пробу
- Б. эхокардиографию сердца
- В. эхолокацию магистральных сосудов и аорты
- Г. ультразвуковую доплерографию сосудов
- Д. все перечисленное

4. Деонтология – наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который

состоит в том, чтобы:

- А. обеспечивать наилучшее лечение
- Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
- В. установить доверительные отношения: больной – врач, врач – больной, врач – родственники больного, врачи между собой
- Г. все перечисленное

5. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- А. в территориальной поликлинике
- Б. в любой поликлинике населенного пункта
- В. в любой поликлинике РФ
- Г. в любой поликлинике субъекта Федерации.

6. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медицинского работника к профессиональным обязанностям:

- А. освобождение от ответственности
- Б. уголовную ответственность
- В. гражданско-правовую ответственность.

7. Для пункции перикарда, непосредственно прилежащим к передней стенке является:

- А. передний верхний карман перикарда
- Б. передний нижний карман перикарда
- В. задний верхний карман перикарда
- Г. задний нижний карман перикарда

8. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в

следующем порядке:

А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

Б. правый плечеголовной ствол – левый плечеголовной ствол

В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

Г. легочный ствол – плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

9. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи-внутри):

А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв

Б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв

В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия

Г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

10. Выберите ветви, отходящие от передней нисходящей артерии: 1 Задняя нисходящая артерия, 2 Диагональные артерии, 3 Огибающая ветвь, 4 Септальная ветвь, 5 Ветви тупого края, 6 Задняя боковая ветвь

А. 3

Б. 2, 4

В. 2, 3, 4

Г. 2, 3, 4, 5

Д. 1, 6

11. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки

Б. части передней стенки правого желудочка

В. межпредсердной перегородки

Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка

12. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф – Тавара) расположен:

А. в миокарде левого предсердия

Б. в миокарде правого желудочка

В. в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи

Г. дорсальнее правого желудочно-предсердного отверстия

13. Выберите анатомические структуры, которые кровоснабжаются из бассейна правой коронарной артерии: 1 Правый желудочек, 2 Правое предсердие, 3 2/3 межжелудочковой перегородки, 4 Синусовый узел, 5 1/3 задней поверхности левого желудочка, 6 Передняя стенка левого желудочка

А. 1, 2, 4, 5

Б. 1, 2

В. 1, 2, 6

Г. 1, 3, 5

Д. 2, 4

14. Перечислите ветви, которые составляют бассейн правой коронарной артерии:

1

Передняя нисходящая артерия, 2 Задняя нисходящая артерия, 3 Артерия синусового узла, 4 Артерия острого края, 5 Диагональная ветвь, 6

Интермедиарная ветвь

А. 1, 3, 6

Б. 2, 3, 4

В. 5, 6

Г. 1, 6

Д. 2, 4, 5

15. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:

А. правому предсердию

Б. атриовентрикулярному узлу

В. ножкам пучка Гиса

Г. волокнам Пуркинью

Д. все ответы правильные

16. Критериями синусового ритма являются:

А. наличие зубцов Р перед QRS

Б. равенство интервалов Р-Р и R-R

В. наличие положительных зубцов Р в отведениях I, II, AVF, V1-V6

Г. наличие отрицательного зубца Р в отведении AVR и двухфазного зубца Р в отведении V1

Д. все перечисленное

17. Признаками гипертрофии правого предсердия на ЭКГ являются:

А. ширина зубца Р в пределах до 0.1 с

Б. увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF

В. заостренная форма зубцов Р в V1-V3

Г. все перечисленное

18. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

А. увеличение (-) фазы зубца Р в отведении V1

Б. двугорбость зубца Р в I, AVL, V5, V6

В. уширение зубца Р более 0.11 с

Г. все перечисленное

19. К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся:

А. увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6

Б. увеличение глубины зубцов S в отведениях V1, V2

В. дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т по отношению к главному зубцу  
комплекса QRS  
Г. все перечисленное

20. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- А. увеличение амплитуды зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6
- Б. Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5, V6
- В. увеличение высоты зубцов Т в отведениях V5, V6
- Г. все перечисленное

21. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным

является регистрация на ЭКГ:

- А. инверсия зубцов Т
- Б. подъема сегмента ST
- В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца Т
- Г. увеличение амплитуды зубца Т

22. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- А. нет изменений комплекса QRS
- Б. может быть депрессия сегмента ST
- В. может быть инверсия зубцов Т, сохраняющаяся более 2 недель
- Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
- Д. возможны все перечисленные варианты

23. К формам нестабильной стенокардии относятся:

- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
- Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
- В. постинфарктная стенокардия
- Г. все ответы правильные (А, Б, В)
- Д. правильного ответа нет

24. В левой передней косой проекции по заднему контуру сердца расположены:

- А. левый желудочек
- Б. приточный отдел правого желудочка
- В. выходной отдел правого желудочка
- Г. правое предсердие

25. При выборе типа коронарного кровоснабжения ориентируются на:

- А. Место отхождения передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- Б. Источник кровоснабжения нижнебоковой стенки левого желудочка
- В. Источник кровоснабжения передней стенки левого желудочка

- Г. Место отхождения устья правой коронарной артерии
- Д. Место отхождения ствола левой коронарной артерии

26. Правый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

27. Левый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

28. Малый круг кровообращения при дефекте межжелудочковой перегородки:

- А. не изменен
- Б. гиперволемиа
- В. гиповолемиа

29. Легочный рисунок при тетраде Фалло:

- А. усилен за счет артериального русла
- Б. усилен за счет венозного русла
- В. обеднен

30. Как топографически расположена бедренная артерия в месте ее «привычной» пункции?

- А. Медиальнее бедренного нерва и латеральнее бедренной вены
- Б. Латеральнее бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- В. Латеральнее бедренного нерва и позади бедренной вены
- Г. Кпереди от бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- Д. Позади бедренного нерва и латеральнее бедренной вены

31. Рентгеноморфологический признак аневризмы восходящей части аорты в прямой проекции:

- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
- Б. расширение правого предсердия
- В. отклонение контрастированного пищевода вправо

32. Легочная гипертензия является следствием:

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения
- Г. гиповолемии большого круга кровообращения

33. Укажите осложнения, которые могут возникнуть в месте пункции бедренной артерии: 1 Паховая гематома, 2 Забрюшинная гематома, 3 Анафилактический шок, 4

Нижняя параплегия, 5 Псевдоаневризма, 6 Повреждение мочевого пузыря, 7 Инфекция, 8 Разрыв аорты, 9 Бедренная грыжа

- А. 1, 2, 3, 5, 9
- Б. 1, 2, 5, 7
- В. 2, 4, 5, 6, 7
- Г. 1, 2, 4, 8
- Д. 2, 3, 5, 6, 9

34. Укажите преимущества радиального доступа: 1 Отсутствие необходимости постельного режима, 2 Меньшая частота осложнений в месте доступа, 3 Отсутствие

кровотечения после удаления интрадусера, 4 Не развиваются псевдоаневризмы, 5 Меньшая продолжительность и стоимость госпитализации, 6 Артерия удобна для пункции, вследствие ее большого диаметра

- А. 1, 2
- Б. 2
- В. 3, 4, 5
- Г. 1, 2, 5
- Д. 1, 5, 6

35. Выберите метод определения состоятельности (компетентности) ладонной дуги:

- А. Электроэнцефалография
- Б. Артериография
- В. Тест Аллена
- Г. Пункция артерии
- Д. Все ответы правильные

36. Укажите основные технические принципы выполнения коронарографии: 1 Катетер должен селективно и коаксиально стоять в проксимальном сегменте артерии, 2 Достаточно выполнить 2 проекции для правой коронарной артерии и 2 проекции для левой, 3 При контрастировании артерии должен наблюдаться рефлюкс контрастного вещества в аорту для оценки устья артерии, 4 При введении контрастного вещества необходимо получить металлоподобное контрастирование коронарных артерий в течение 3 сердечных циклов, 5 В идеале выполнять 2 взаимно перпендикулярные проекции интересующего сегмента, 6 Выводимые сегменты должны быть максимально укорочены.

А. 1, 3, 4  
Б. 1, 3, 4, 5  
В. 1, 2, 4  
Г. 1, 2, 5, 6  
Д. 2, 3, 5, 6

37. Существуют ли абсолютные противопоказания для выполнения коронарографии

А. Да  
Б. Нет

38. При синдроме Эйзенменгера, в случае дефекта межжелудочковой перегородки, имеются следующие признаки:

А. расщепление второго тона на основании сердца  
Б. акцент второго тона  
В. грубый и продолжительный систолический шум и мезодиастолический шум на верхушке сердца  
Г. диастолический шум на легочной артерии  
Д. правильно Б и Г

39. Выберите возможные варианты сосудистого доступа при выполнении коронарографии:

А. Трансфеморальный  
Б. Трансрадиальный  
В. Трансаксиллярный  
Г. Транссульнарный  
Д. Все варианты правильные

40. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми следующими анатомическими изменениями, за исключением:

А. смещение створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца

- Б. укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана
- В. вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна
- Г. увеличения правых отделов сердца
- Д. аномалии впадения легочных вен

41. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:

- А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- Б. мерцательная аритмия
- В. частота обострений ревматического процесса
- Г. длительность порока
- Д. правильно А и Б

42. Беременность у женщин, страдающих митральным стенозом, допустима при:

- А. пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности: наличие признаков активности ревматизма (1 степени по Нестерову)
- Б. пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса
- В. декомпенсированном пороке сердца с признаками правожелудочковой недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А-1 степени), свежее возникшая мерцательная аритмия, легочная гипертензия (II стадия)
- Г. декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А – II степени), атрио – или кардиомегалия, длительно существующая мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями и легочной гипертензии (III стадия)
- Д. правильно А и Б

43. Пластическая операция при митральной недостаточности может быть выполнена при всех перечисленных состояниях клапана, за исключением:

- А. дилатации фиброзного кольца
- Б. отрыва хорд более 2/3 передней створки
- В. удлиненных хордальных нитей
- Г. отрыва одной хорды от передней створки

44. Наиболее частой локализацией миксомы является:

- А. левый желудочек
- Б. левое предсердие
- В. правое предсердие
- Г. правый желудочек
- Д. левое и правое предсердие

45. Показание к операции при митральной недостаточности является:

- А. изолированный систолический шум
- Б. возникновение одышки при значительной физической нагрузке

В. одышка при незначительной физической нагрузке в сочетании с шумом на верхушке

46. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе являются:

- А. сердечная недостаточность
- Б. нарушения внутрисердечной гемодинамики
- В. нарушения ритма
- Г. коронарная недостаточность
- Д. отек легких

47. Для левожелудочковой острой сердечной недостаточности характерно:

- А. увеличение печени
- Б. периферические отеки
- В. отек легкого
- Г. асцит
- Д. олигурия

48. Показаниями к операции при клапанном инфекционном эндокардите в активной фазе являются:

- А. некупируемая инфекция, бактериемия
- Б. прогрессирующая сердечная недостаточность
- В. эмболизация
- Г. деструкция клапанов
- Д. все перечисленное

49. Риск тромбоэмболических осложнений при протезировании клапанов сердца:

- А. зависит от мерцательной аритмии
- Б. уменьшается при протромбиновом времени в терапевтическом диапазоне
- В. не зависит от аортальной и митральной позиций
- Г. снижается, если используется биологический протез, а так же по мере удлинения сроков наблюдения
- Д. все перечисленное

50. Что понимают под термином «ритм сердца»:

- А. последовательность 2 и более одинаковых импульсов
- Б. последовательность 3 и более одинаковых импульсов
- В. последовательность 4 и более одинаковых импульсов
- Г. последовательность 5 и более одинаковых импульсов

51. Кто впервые предложил использовать длительную запись ЭКГ для анализа аритмии (ЭКГ-мониторирование):

- А. Gilson
- Б. Hinkle
- В. Holter

52. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса характерен для:  
А. брадиаритмий с низкой частотой сердечных сокращений  
Б. тахиаритмий с высокой частотой сердечных сокращений

53. Электрод для постоянной эндокардиальной электрокардиостимуляции проводится  
через:

- А. подключичную вену
- Б. наружную яремную вену
- В. внутреннюю яремную вену
- Г. бедренную вену
- Д. плечеголовную вену

54. Показаниями для постоянной миокардиальной электрокардиостимуляции являются:

- А. высокий порог эндокардиальной ЭКС
- Б. необходимость ЭКС в раннем детском возрасте
- В. возникновение нарушений АВ- проводимости после кардиохирургических операций

55. Что понимают под «пейсмекерным» синдромом:

- А. приступы Морганьи-Адамса-Стокса на фоне дисфункции ЭКС
- Б. наличие тахикардии, связанной с работой ЭКС
- В. гемодинамические нарушения, вызванные нарушением синхронизации камер сердца при ЭКС

56. Какие режимы ЭКС понимают под физиологическими:

- А. VVI
- Б. AAI
- В. AOO
- Г. VOO
- Д. VAT
- Е. VDD
- Ж. DVI
- З. DDD

57. Может ли стать водителем автомобиля человек с ЭКС:

- А. не может
- Б. может при отсутствии признаков МАС (Морганьи – Адамса – Стокса) до имплантации ЭКС
- В. может при отсутствии признаков МАС после имплантации ЭКС
- Г. может при отсутствии асистолии после прекращения функции ЭКС

58. Наиболее эффективными операциями, включая паллиативные, в настоящее время при фибрилляции предсердий являются (укажите 2 операции):

- А. изоляция легочных вен
- Б. процедура транссекции предсердий
- В. деструкция пучка Гиса с имплантацией ЭКС
- Г. изоляция предсердий
- Д. операция создания «коридора» для проведения импульса
- Е. операция «лабиринт»

59. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:

- А. Фогарти
- Б. «Дует»
- В. катетер Рашкинда
- Г. любой баллонный катетер

60. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

- А. восстановление хорошего центрального кровотока
- Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока
- В. полное удаление тромботических масс из дистального русла
- Г. все перечисленное

61. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:

- А. сужение артерии
- Б. гемостаз после эндартерэктомии
- В. фиксация дистальной интимы
- Г. расширение артерии
- Д. все перечисленное

62. К признакам неадекватного анастомоза после включения кровотока относится:

- А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза
- Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее
- В. ишемия конечности или органа

63. Отслойка дистальнее интимы, чаще всего, может произойти после:

- А. эндартерэктомии
- Б. наложения неадекватного анастомоза
- В. эмболэктомии
- Г. ангиографии
- Д. все перечисленное

64. Типичный синдром Морфана включает:

- А. высокий рост
- Б. длинные конечности
- В. подвывих хрусталика
- Г. «паукообразные» пальца

Д. все перечисленное

65. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:

- А. опухолями и кистами средостения
- Б. раком легкого
- В. раком бронхов
- Г. синдромом верхней полой вены
- Д. всеми перечисленными заболеваниями

66. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:

- А. постинфарктный кардиосклероз
- Б. ишемическая болезнь сердца
- В. артериальная гипертензия
- Г. атеросклероз артерий нижних конечностей
- Д. все перечисленное

67. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

- А. резекция и протезирование
- Б. шунтирование
- В. эндартерэктомии
- Г. экстраанатомическое шунтирование
- Д. тромбэктомия

68. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- В. нарушение функции коммуникативных вен
- Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- Д. все перечисленное

69. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- В. удаление малой подкожной вены при ее поражении
- Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- Д. всего перечисленного

70. В послеоперационном периоде после флебэктомии выполняется:

- А. антибиотикотерапия
- Б. ранняя активизация больных
- В. физиотерапия
- Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- Д. все перечисленное

71. Патопфизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

- А. наличием варикозного расширения поверхностных вен
- Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
- В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
- Г. разрушением клапанов коммуникантных вен
- Д. всем перечисленным

72. При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:

- А. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
- Б. операция Кокета
- В. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
- Г. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
- Д. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

73. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:

- А. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностях
- Б. венозный застой в головном мозгу
- В. симптоматика основного заболевания
- Г. нарушение сердечной гемодинамики.
- Д. все перечисленное

74. Синдром Педжета-Шреттера это:

- А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
- Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
- В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены
- Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
- Д. данный синдром не относится к венозной патологии

75. Радикальной операцией при болезни Педжета- Шреттера следует считать:

- А. венолизис
- Б. тромбэктомию
- В. резекцию первого ребра
- Г. скаленотомию
- Д. аутовенозное шунтирование
- Е. Комбинация операций в зависимости от операций

76. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора

является:

- А. тромбэктомия
- Б. резекция первого ребра, скаленотомия
- В. аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
- Г. аутовенозное протезирование
- Д. аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

77. В клинической картине синдрома Клиппель-Треноне ведущую роль играют:

- А. пигментные сосудистые пятна
- Б. варикоз подкожных вен
- В. значительное увеличение объема мягких тканей конечности
- Г. все перечисленное

78. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбоза легочной артерии, возможна:

- А. пликацией швами
- Б. гладкой клеммой
- В. имплантацией зонтичного фильтра
- Г. всеми перечисленными методами

79. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:

- А. протезирование артерии
- Б. шунтирование артерии
- В. эндартерэктомия
- Г. тромбозэктомия
- Д. Баллонная пластика со стентированием
- Е. все перечисленное

80. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического

сужения является:

- А. протезирование почечной артерии эксплантатом
- Б. шунтирование аутовеной
- В. трансартериальная эндартерэктомия
- Г. трансортальная тромбозэктомия
- Д. все перечисленные методы

81. Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются:

- А. агональное состояние больного
- Б. тотальная ишемическая контрактура
- В. ишемия III степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии
- Г. все перечисленное

Д. только А и Б

82. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной

аорты относятся:

- А. большая кровопотеря
- Б. гипотония у больного
- В. необходимость быстро закончить операцию
- Г. быстрое пережатие аорты выше аневризмы
- Д. все перечисленное

83. Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий

является резекция аневризмы с:

- А. протезированием эксплантатом
- Б. шунтирование эксплантатом
- В. внутрисосудистым протезированием
- Г. аутовенозным протезированием
- Д. аутовенозным шунтированием

84. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:

- А. 1-3 суток
- Б. до 5 суток
- В. до 7 суток
- Г. 7-10 суток
- Д. консервативное лечение всегда дает лучший эффект

85. Сочетанное ранение артерии и вены приводит к:

- А. тромбозу глубоких вен
- Б. артериальному тромбозу
- В. венозной аневризме
- Г. дистальной артериальной эмболии
- Д. артериовенозному свищу

86. При открытых повреждениях сердца характерно:

- А. наличие раны в проекции сердца
- Б. симптомы малокровия
- В. симптомы тампонады сердца
- Г. правильно Б и В
- Д. все перечисленные

87. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:

- А. частота стенокардических признаков
- Б. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
- В. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
- Г. регулярность выполнения физических упражнений
- Д. курение более 20 сигарет в день

88. Для больных с нестабильной стенокардией следующие положения не являются

правильными:

- А. поражение ствола левой коронарной артерии встречается чаще, чем у больных со стабильной стенокардией
- Б. больные с транзиторным подъемом сегмента ST в время приступа имеют плохой прогноз
- В. больные имеют повышенный риск смерти или развития инфаркта миокарда в течение первых 3 месяцев
- Г. больные с эпизодами пролонгированных ишемических болей при отсутствии объективных данных за инфаркт миокарда имеют такую же смертность в течение первого года, как и больные с перенесенными инфарктом миокарда
- Д. риск внезапной смерти или инфаркта миокарда в течение первых 2-3 недель после возникновения нестабильности превышает 30%

89. Для хирургии коронарных сосудов все перечисленное правильно, за исключением:

- А. периоперационный инфаркт составляет 4-6 %
- Б. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммарокоронарными шунтами в течение 1 год после операции
- В. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции
- Г. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах
- Д. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирование передней межжелудочковой ветви

90. Выберите катетеры для выполнения ангиографии левой коронарной артерии: 1 Judkins Right, 2 Amplatz Left, 3 Pig tail, 4 Judkins Left, 5 Amplatz Right, 6 Heard hunter

- А. 1, 3, 5, 6
- Б. 2, 3, 6
- В. 1, 2

Г. 2, 4

Д. 4

91. Какой размер диагностического катетера Judkins Left, вы выберите для пациентов с нормальным диаметром восходящей аорты?

А. Judkins Left 4,0

Б. Judkins Left 3,5

В. Judkins Left 3,0

Г. Judkins Left 5,0

Д. Judkins Left 6,0

92. Применение контрпульсации внутриаортальным баллоном:

А. способствует улучшению сердечного выброса у больных с острой сердечной недостаточностью после аортокоронарного шунтирования, плохо поддающийся инотропной терапии

Б. применяется при остром инфаркте миокарда, осложнившимся образованием дефекта межжелудочковой перегородки

В. применяется при нестабильной стенокардии, рефрактерной к медикаментозной терапии

Г. применяется для разгрузки желудочка при аортальной недостаточности

93. При выборе показаний к аортокоронарному шунтированию важную роль играет:

А. возраст больного

Б. количество перенесенных инфарктов миокарда

В. частота пульса

Г. показатель суммарного риска по шкале SYNTAX score

Д. количество принимаемых антиангинозных препаратов

94. Диагноз инфаркта миокарда устанавливается на основании: 1 Клинической картины, сопровождающейся стойким болевым синдромом. 2 Гипотонии и холодного, липкого пота. 3 Повышенной раздражительности больного. 4 Повышением уровня сердечных тропонинов. 5 Повышения уровня щелочной фосфатазы. 6 Изменения сегмента ST на электрокардиограмме.

А. 1,2,4

Б. 1,2,3

В. 2,4,6

Г. 1,5,6

Д. 1,4,6

95. Показанием к хирургическому лечению постинфарктной аневризмы левого желудочка является:

А. тромбоз полости аневризмы при асимптомном течение заболевания

Б. сердечная недостаточность при размерах рубцового поля не более 30%

В. желудочковая аритмия

Г. сердечная недостаточность при размерах аневризмы 10% и фракции выброса сокращающейся части мене 30%

Д. стенокардия при однососудистом поражении в бассейне аневризмы

96. Из указанного списка выберите антиагрегантные препараты: 1 Стрептокиназа.

2

Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6 Дабигатран. 7

Тканевой

активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,4,5

Г. 5,6,9

Д. 2,7,9

97. Из указанного списка выберите препараты для тромболизиса: 1

Стрептокиназа. 2

Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6 Дабигатран. 7

Тканевой

активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,2,7

Г. 4,6,9

Д. 2,7,9

98. Из указанного списка выберите названия лекарств, которыми покрывают

коронарные стенты: 1 Симвастатин. 2 Эверолимус. 3 Паклитаксел. 4

Эноксапарин. 5 Аспирин 6 Дабигатран. 7 Зотаралимус. 8 Сиролимус. 9

Ривароксабан.

А. 1,2,3,9

Б. 2,3,6,8

В. 1,4,5,7

Г. 3,5,6,9

Д. 2,3,7,8

99. Профилактика острого тромбоза стента включает:

А. Раннюю активизацию больного после чрескожного вмешательства

Б. Назначение статинов в максимальных дозах

В. Ношение компрессионного трикотажа

Г. Назначение двойной антиагрегантной терапии минимум за 4 дня до чрескожного

вмешательства

Д. Назначение двойной антиагрегантной терапии и непрямого антикоагулянта минимум за 4 дня до чрескожного вмешательства

100. Выберите методы неотложной помощи при асистолии: 1 Установка электрода для временной кардиостимуляции. 2 Дефибрилляция. 3 Непрямой массаж сердца. 4

Внутривенное введение кортикостероидов. 5 Гемотрансфузия.

А. 1,2

Б. 1,3

В. 1,4

Г. 3,5

Д. 2,5

**Критерии оценки тестирования:**

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибки,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).**

Промежуточная аттестация по программе «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

**Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.**

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации у ребенка на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот у ребенка двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот у ребенка одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
10.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
11.	Непрямой массаж сердца у ребенка двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
12.	Непрямой массаж сердца у ребенка одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
13.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

**Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.**

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
---	-------------	-------------------------

1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации у ребенка на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот у ребенка двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот у ребенка одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
10.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
11.	Непрямой массаж сердца у ребенка двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
12.	Непрямой массаж сердца у ребенка одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
13.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	ER-1? GR-1? GR-5? GR-6?

		GR-8
--	--	------

### Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	A	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует	B	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5

авторскую позицию ординатора.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (4+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	85-81	СРЕДНИЙ	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)

<p>существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>				
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Фх	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.</p>	Ф	40-0	НЕ СФОРМИР ОВАНА	2

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Волггму Минздрава России, ФГБОУ ВО, Барканова Ольга Николаевна

08.05.24 10:46 (MSK)

Простая подпись