федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

по направлению подготовки

*31.06.01 Клиническая медицина*

*направленность (профиль) Кардиология*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки кадров высшей квалификации 31.06.01 Клиническая медицина (Кардиология)

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости аспиранта, в том числе контроля самостоятельной работы, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у аспиранта формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Форма (ы) текущего контроляуспеваемости:**

1. Опрос по теме.

2. Решение ситуационных задач

3. Проверка практических навыков.

4.Собеседование по полученным результатам исследования

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ АСПИРАНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ** «**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ В КАРДИОЛОГИИ»**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ** проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

**Тема 1.**

**Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гипотензивных лекарственных средств.**

**Форма (ы) текущего контроляуспеваемости:**

1. Опрос по теме.

2. Решение ситуационных задач

3.Собеседование по полученным результатам исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Опрос по теме.

*Вопросы для устного опроса:*

1. Этиология и патогенез эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии.
2. Классификация антигипертензивных лекарственных средств.
3. Фармакодинамика и фармакокинетика отдельных групп антигипертензивных лекарственных средств (иАПФ, АРА II, антагонисты Са, β-адреноблокаторы, α-адреноблокаторы, препараты центрального действия, диуретики).
4. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с
препаратами из других фармакологических групп.
5. Алгоритм назначения антигипертензивных лекарственных средств
6. Оптимальные комбинации гипотензивных.
7. Критерии эффективности антигипертензивной терапии. Методы контроля.

2. Решение ситуационных задач

**Тема 2.**

**Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антиангинальных лекарственных средств.**

**Форма (ы) текущего контроляуспеваемости:**

1. Опрос по теме.

2. Решение ситуационных задач

3.Собеседование по полученным результатам исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Опрос по теме.

*Вопросы для устного опроса:*

Современная классификация ИБС, виды стабильной и нестабильной стенокардии.

2. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты нитратов.

3.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты b-адреноблокаторов.

4.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты нитратоподобных ЛС.

5.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты антагонистов Са.

6. Взаимодействие препаратов между собой и с другими группами лекарственных средств.

2. Решение ситуационных задач

**Тема 3.**

**Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности сердечных гликозидов и негликозидных инотропных средств.**

**Форма (ы) текущего контроляуспеваемости:**

1. Опрос по теме.

2. Решение ситуационных задач

3.Собеседование по полученным результатам исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Опрос по теме.

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение понятия «ХСН». Основные причины, приводящие к развитию ХСН.
2. Модели развития ХСН. Основные звенья патогенеза ХСН.
3. Классификация лекарственных средств, применяемых для длительной терапии ХСН.
4. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности сердечных гликозидов
5. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности мочегонных.
6. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с лекарствами из других фармакологических групп.

7. Алгоритмы назначения лекарственных средств, в зависимости от степени тяжести и наличия нарушений ритма. Критерии эффективности фармакотерапии ХСН

2. Решение ситуационных задач

**Тема 4.**

**Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности антиаритмичных лекарственных средств.**

**Форма (ы) текущего контроляуспеваемости:**

1. Опрос по теме.

2. Решение ситуационных задач

3.Собеседование по полученным результатам исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Опрос по теме.

*Вопросы для устного опроса:*

1. Классификация антиаритмических препаратов.
2. Мембраностабилизирующие препараты или блокаторы натриевых каналов. Классификация (IA, IB, IC), фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты и показания к применению.
3. Бета-адреноблокаторы. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.
4. Препараты, замедляющие реполяризацию или препараты, увеличивающие продолжительность потенциала действия и рефрактерность миокарда (блокаторы калиевых каналов). Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.
5. Блокаторы «медленных» кальциевых каналов. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к применению.
6. Лекарственные препараты из других фарм. групп, обладающие антиаритмическими свойствами. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности, показания к применению.

Принципы выбора антиаритмических препаратов. Оптимальные комбинации антиаритмиков друг с другом и с лекарствами из других фармакологических групп.

2. Решение ситуационных задач

**Перечень тем для аспирантов для самостоятельного изучения по дисциплине «Клиническая фармакология в кардиологии»**

1. «Лечение заболеваний гемостаза Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, применяемых в лечении заболеваний гемостаза»
2. « Особенности выбора, режим дозирования, оценка эффективности и безопасности гиполипидемических и метаболических лекарственных средств»

**2. Задачи**

**для оценки знаний аспирантов** по дисциплине «Сердечная недостаточность»

1. Больной А., 56 лет, жалуется на одышку и сердцебиение, возникающие при ходьбе средним темпом по ровной местности более 150 метров и подъеме на 2 этаж, на отеки ног по вечерам, изредка беспокоит сухой кашель при принятии горизонтального положения. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда (2 года назад). При осмотре: кожный покров обычной окраски, слабо выраженный акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 20 в 1 мин в покое. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии, локализованный. Тоны сердца тихие, ритм правильный, тихий систолический шум в области верхушки и в зоне Боткина, ЧСС – 102 удара в мин. АД – 130 и 85 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги. Пастозность голеней.

Ответьте на вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести?

Какие препараты необходимо назначить в качестве базисной терапии?

2. Больной К., 70 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы с жалобами на выраженное чувство нехватки воздуха, резко усиливающееся в горизонтальном положении. В анамнезе у больной ревматизм с 20 летнего возраста, сочетанный митральный порок. При осмотре: больной занимает вынужденное положение – сидя, с опущенными ногами. Кожный покров бледный, выраженный акроцианоз. Одышка в покое: ЧД – 32 в 1 мин. При аускультации легких – жесткое дыхание, множественные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца тихие, ритм правильный, интенсивный систолический шум в зоне верхушки сердца, ЧСС – 118 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Отеки голеней.

Ответьте на вопросы:

Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Назначьте лечение.

3. Больная М., 46 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при прохождении 500 м по ровной поверхности обычным темпом, на периодическое чувство «замирания» сердца, на отеки нижних конечностей по вечерам. Указанные симптомы отмечает на протяжении трех последних лет. Обратилась за медицинской помощью в связи с неоднократными синкопальными состояниями в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что отец больной умер в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: кожный покров бледно-розовый. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Левая граница относительной тупости сердца – в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, ритм правильный, систолический шум в зоне верхушки сердца и зоне Боткина. ЧСС – 86 в 1 мин. АД – 190/95 мм.рт.ст. Печень у края реберной дуги, пастозность голеней.

ЭКГ: ритм синусовый. Синуовая тахикардия. Признаки гипертрофии ЛЖ.

По данным ЭхоКГ: КДР 5,6см, КСР 2,9см. ФВ ЛЖ 54%. Толщина межжелудочковой перегородки – 27 мм, задней стенки левого желудочка – 18 мм. Передне-систолическое движение ПМС с обструкцией выносящего тракта ЛЖ.

 Ответьте на вопросы:

Установите диагноз.

Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?

Назначьте обследование.

**Тесты**

1. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности I класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W.

 **а) верно Г**

 б) верно Б

 в) верно В

 г) верно Д

2. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W.

 а) верно Б

 **б) верно Б,В**

 в) верно В

 г) верно Д

3. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

 а) верно А

 б) верно Б

 **в) верно Г**

 г) верно В

 4. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

 а) верно Б

 б) верно В

 в) верно Г,Д

 **г) верно А**

 5. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо.

 **а) верно Б**

 б) верно А

 в) верно В

 г) верно Д

 6. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности I класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо.

 а) верно Д

 **б) верно Е**

 в) верно Г

 г) верно А

 7. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности IV класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на возникновение одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 60 W; В. Указанные в п. А симптомы присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке; Г. Указанные в п. А симптомы отсутствуют в покое, но возникают при небольших нагрузках; Д. Указанные симптомы имеются в покое и усиливаются даже при малых нагрузках.

 **а) верно Д**

 б) верно Г

 в) верно В

 г) верно Б

 8. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йорской ассоциации сердца: А. Жалобы на возникновение одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 60 W; В. Указанные в п. А симптомы присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке; Г. Указанные в п. А симптомы отсутствуют в покое, но возникают при небольших нагрузках; Д. Указанные симптомы имеются в покое и усиливаются даже при малых нагрузках.

 а) верно Б

 б) верно А

 **в) верно Г**

 г) верно В

 9. Максимальные дозы Атенолола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.

 **а) верно Г**

 б) верно А

 в) верно Б

 г) верно Д

 10. Максимальные дозы Бисопролола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.

 а) верно Б

 б) верно Г

 в) верно Д

 **г) верно А**

11. Максимальные дозы Карведилола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.

 а) верно А

 б) верно В

 **в) верно Б**

 г) верно Г

 12. Максимальные дозы Метопролола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.

 а) верно Г

 **б) верно В**

 в) верно Б

 г) верно Д

 13. Условия, ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью: А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникавшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникавшая брадикардия на терапии гликозидами.

 а) верно А

 **б) верно А,Б,В**

 в) верно Б,В

 г) верно Д

14. Условия, не ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью: А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникавшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникавшая брадикардия на терапии гликозидами.

 **а) верно Г,Д**

 б) верно Г

 в) верно А

 г) верно Б

 15. Доказанная польза применения, блокаторов бета-адренорецепторов, у больных сердечной недостаточностью, таких как: А. Атенолол; Б. Анаприлин; В. Бисопролол; Г. Вискен; Д. Корданум; Е. Карведилол; Ж. Локрен; З. Метопролол.

 а) верно В,Е

 **б) верно В,Е,З**

 в) верно А,В

 г) верно А,В,З

16. Не доказанная польза применения, блокаторов бета-адренорецепторов, у больных сердечной недостаточностью, таких как: А. Атенолол; Б. Анаприлин; В. Бисопролол; Г. Вискен; Д. Корданум; Е. Карведилол; Ж. Локрен; З. Метопролол.

 а) верно А,Б,В

 **б) верно А,Б,Г,Д,Ж**

 в) верно Д,Ж

 г) верно Г,Д

 17. Первая доза назначения бисопролола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

 а) верно Б

 **б) верно А**

 в) верно В

 г) верно Г

 18. Первая доза назначения карведилола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

 а) верно И

 б) верно Г

 **в) верно Б**

 г) верно А

 19. Первая доза назначения метопролола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

 а) верно В

 б) верно Г

 в) верно Д

 **г) верно Д,Е**

 20. Показания для назначения сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью: А. Атриовентрикулярная блокада I ст; Б. ЧСС 50 уд в 1 мин; В. Терапия бета-адреноблокаторами у больного III-IV ФК; Г. Гипокалиемия; Д. Гиперкальциемия; Е. Гиперкалиемия; И. Нормокардия в покое у больного III-IV ФК.

 а) верно Г

 **б) верно В,И**

 в) верно А,В

 г) верно Б,И

 21. Противопоказания для назначения сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью: А. Атриовентрикулярная блокада I ст; Б. ЧСС 50 уд в 1 мин; В. Терапия бета-адреноблокаторами у больного III-IV ФК; Г. Гипокалиемия; Д. Гиперкальциемия; Е. Гиперкалиемия; И. Нормокардия в покое у больного III-IV ФК.

 а) верно Г,Д,Е

 б) верно Г

 в) верно Б

 **г) верно Б,Г,Д**

 22. При развитии алкалоза у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

 а) верно Е

 б) верно В

 **в) верно Д**

 г) верно Б

 23. При развитии вторичного альдостеронизма у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

 **а) верно В**

 б) верно Д

 в) верно Е

 г) верно Ж

24. При развитии синдрома "свободной воды", гипокалиемии у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

 а) верно Д

 б) верно Г,Ж

 в) верно В

 **г) верно Е**

 25. Для каких поражений сердца характерно наличие систолической формы сердечной недостаточности: А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

 а) верно А

 б) верно Б

  **в) верно В,Г**

 г) верно Д,Е

 26. Для каких поражений сердца характерно наличие диастолической формы сердечной недостаточности: А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

 а) верно А,Б

 б) верно В,Г

 в) верно Д,Е

 **г) верно А,Б,Д,Е**

27. Обязательные методы обследования у больных с сердечной недостаточностью, при наличии таких симптомов как одышка, отеки на голенях и влажные хрипы в легких, на первом этапе обследования: А. Масса тела; Б. Измерение артериального давления; В. Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи; Г. ЭКГ покоя; Д. Холтер ЭКГ; Е. Проба с нагрузкой на велоэргометре; Ж. Рентгеновское исследование органов грудной клетки; З. Функция внешнего дыхания.

 а) верно А,Б,В,Г

 б) верно А,Б,В

 в) верно Д,Е,Ж

 **г) верно А,Б,В,Г,Ж**

 28. Необязательные методы обследования у больных с сердечной недостаточностью, при наличии таких симптомов как одышка, отеки на голенях и влажные хрипы в легких, на первом этапе обследования: А. Масса тела; Б. Измерение артериального давления; В. Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи; Г. ЭКГ покоя; Д. Холтер ЭКГ; Е. Проба с нагрузкой на велоэргометре; Ж. Рентгеновское исследование органов грудной клетки; З. Функция внешнего дыхания.

 **а) верно Д,Е,З**

 б) верно А,Б,В,Г,Ж

 в) верно А,Б,В

 г) верно А,Б,В,Г

 29. Гуморальные нарушения у больных сердечной недостаточностью (имеющие значение): А. Суточная экскреция с мочой натрия; Б. Суточная экскреция с мочой норадреналина; В. Уровень содержания в крови альдостерона; Г. Активность ренина крови; Д. Сниженное содержание натрия в крови; Е. Повышенное содержание в крови натрийуретического гормона.

 **а) верно Б,В,Д,Е**

 б) верно А,Г

 в) верно Г,В,Д

 г) верно А,В,Д

 30. Гуморальные нарушения у больных сердечной недостаточностью (не имеющие значения): А. Суточная экскреция с мочой натрия; Б. Суточная экскреция с мочой норадреналина; В. Уровень содержания в крови альдостерона; Г. Активность ренина крови; Д. Сниженное содержание натрия в крови; Е. Повышенное содержание в крови натрийуретического гормона.

 **а) верно А,Г**

 б) верно А,В,Д

 в) верно Б,В,Д,Е

 г) верно Г,В,Д

 31. Факторы, оказывающие большое влияние на прогноз жизни у больных хронической застойной сердечной недостаточностью: А. Функциональный класс; Б. Уровень систолического артериального давления около 100 мм рт ст; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Повышенное содержание альдостерона в крови; Д. Гипокалиемия; Е. Повышенная активность ренина крови; Ж. Повышенное содержание в крови предсердного натрийуретического пептида.

 а) верно Б,Е,Ж

 **б) верно А,В,Г,Д,Ж**

 в) верно А,Б,В,Г

 г) верно А,Г,Д

 32. Факторы, не оказывающие влияние на прогноз жизни у больных хронической застойной сердечной недостаточностью: А. Функциональный класс; Б. Уровень систолического артериального давления около 100 мм рт ст; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Повышенное содержание альдостерона в крови; Д. Гипокалиемия; Е. Повышенная активность ренина крови; Ж. Повышенное содержание в крови предсердного натрийуретического пептида.

 а) верно А,Б,В,Г

 **б) верно Б,Е**

 в) верно А,Г,Д

 г) верно Д,Е

 33. Низкая чувствительность показателей (симптомов), на основании которых распознается систолическая форма сердечной недостаточности: А. Синусовая тахикардия; Б. Одышка; В. Ортопноэ; Г. Пастозность (отеки) на голенях; Д. Набухание шейных вен; Е. Кардиоторакальный индекс более 50 %.

 а) верно Б

 б) верно Г

 **в) верно В,Д**

 г) верно Е

 34. Высокая чувствительность показателей (симптомов), на основании которых распознается систолическая форма сердечной недостаточности: А. Синусовая тахикардия; Б. Одышка; В. Ортопноэ; Г. Пастозность (отеки) на голенях; Д. Набухание шейных вен; Е. Кардиоторакальный индекс более 50 %.

 а) верно А,Б

 б) верно Б,В,Г

 **в) верно А,Б,Г,Е**

 г) верно А,Б,В,Г,Д

 35. Проявления при систолической форме сердечной недостаточности: А. Одышка при нагрузке; Б. Отеки на ногах; В. Влажные хрипы в легких; Г. Кардиоторакальный индекс более 50%; Д. Кардиоторакальный индекс менее 50%; Е. Фракция выброса левого желудочка более 40%; Ж. Фракция выброса левого желудочка менее 40%.

 а) верно А,Б,В,Д,Е

 б) верно А,Б,В,Г

 в) верно А,Б,В,Ж

 **г) верно А,Б,В,Г,Ж**

 36. Проявления при диастолической форме сердечной недостаточности: А. Одышка при нагрузке; Б. Отеки на ногах; В. Влажные хрипы в легких; Г. Кардиоторакальный индекс более 50%; Д. Кардиоторакальный индекс менее 50%; Е. Фракция выброса левого желудочка более 40%; Ж. Фракция выброса левого желудочка менее 40%.

 а) верно А,Б,В,Г

 б) верно А,Б,В,Г,Ж

 в) верно А,Б,В,Ж

 **г) верно А,Б,В,Д,Е**

 37. Какие эхокардиографические данные характерны для изолированной формы систолической сердечной недостаточности: А. Значительно увеличенный размер левого желудочка; Б. Нормальный размер левого желудочка; В. Значительно увеличенный размер левого предсердия; Г. Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм без увеличения полости левого желудочка; Д. Наличие большого количества жидкости в перикарде и нормальные размеры левого желудочка.

 **а) верно А,В**

 б) верно А,В,Г,Д

 в) верно Б,В,Г,Д

 г) верно Б,В

 38. Какие эхокардиографические данные характерны для изолированной формы диастолической сердечной недостаточности: А. Значительно увеличенный размер левого желудочка; Б. Нормальный размер левого желудочка; В. Значительно увеличенный размер левого предсердия; Г. Толщина межжелудочковой перегородки 15 мм без увеличения полости левого желудочка; Д. Наличие большого количества жидкости в перикарде и нормальные размеры левого желудочка.

 а) верно Б,В

  **б) верно Б,В,Г,Д**

 в) верно А,В

 г) верно А,В,З,Д

 39. Какие ЭХО КГ и доплер ЭХО КГ данные характерны для изолированной формы систолической сердечной недостаточности: А. Фракция выброса левого желудочка 66%; Б. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке 20 мм рт ст; В. Фракция выброса левого желудочка 40%; Г. Градиент давления между левым желудочком и аортой 50 мм рт ст в покое; Д. Парадоксальное движение стенки желудочка в области верхушки; Е. Парадоксальное движение передней створки митрального клапана.

 а) верно А,Б,Г

 **б) верно Б,В,Д**

 в) верно Б,В,Е

 г) верно А,Б,Г,Е

40. Какие ЭХО КГ и доплер ЭХО КГ данные характерны для изолированной формы диастолической сердечной недостаточности: А. Фракция выброса левого желудочка 66%; Б. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке 20 мм рт ст; В. Фракция выброса левого желудочка 40%; Г. Градиент давления между левым желудочком и аортой 50 мм рт ст в покое; Д. Парадоксальное движение стенки желудочка в области верхушки; Е. Парадоксальное движение передней створки митрального клапана.

 а) верно Б,В,Д

 б) верно Б,В,Е

 **в) верно А,Б,Г,Е**

 г) верно А,Б,Г

 41. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса: А. Ограничить нагрузки до малых; Б. Ограничить потребление соли до 10 гр в сутки; В. Ограничить потребление жидкости до 1 л в сутки; Г. Снижать массу тела только в случая, если индекс составляет 30 кг/м? и более; Д. Исключить прием алкоголя; Е. Исключить большие нагрузки.

 **а) верно Е**

 б) верно Б

 в) верно Г

 г) верно Д

 42. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности II функционального класса: А. Ограничить нагрузки до малых; Б. Ограничить потребление соли до 10 гр в сутки; В. Ограничить потребление жидкости до 1 л в сутки; Г. Снижать массу тела только в случая, если индекс составляет 30 кг/м? и более; Д. Исключить прием алкоголя; Е. Исключить большие нагрузки.

 а) верно Б

 б) верно В

 **в) верно А**

 г) верно Е

 43. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса: А. Ограничить потребление жидкости до 1,5-2 л; Б. В качестве физических тренировок рекомендовать бег трусцой; В. Рекомендовать прием малых доз спиртных напитков; Г. Запретить вакцинацию против гриппа; Д. Резко ограничить половые сношения; Е. Ограничить физические нагрузки до малых.

 а) верно Г

 б) верно Е

 **в) верно А**

 г) верно Д

 44. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности II функционального класса: А. Ограничить потребление жидкости до 1,5-2 л; Б. В качестве физических тренировок рекомендовать бег трусцой; В. Рекомендовать прием малых доз спиртных напитков; Г. Запретить вакцинацию против гриппа; Д. Резко ограничить половые сношения; Е. Ограничить физические нагрузки до малых.

 а) верно Г

 б) верно А

 в) верно Е

 **г) верно А,Е**

 45. Препараты увеличивающие продолжительность жизни больных сердечной недостаточностью: А. Гликозиды; Б. Диуретики; В. Ингибиторы АПФ; Г. Антагонисты рецепторов А2; Д. Нитраты; Е. Нитраты и апрессин у пациентов негроидной рассы; Ж. Спиролактоны; З. Бета-адреноблокаторы.

 а) верно В,Г,Е

 б) верно А,В,Е

 в) верно Г,Ж,З

 **г) верно В,Г,Е,Ж,З**

46. Препараты увеличивающие только качество жизни больных сердечной недостаточностью: А. Гликозиды; Б. Диуретики; В. Ингибиторы АПФ; Г. Антагонисты рецепторов А2; Д. Нитраты; Е. Нитраты и апрессин; Ж. Спиролактоны; З. Бета-адреноблокаторы.

 **а) верно А,Б,Д**

 б) верно Б,Д,Ж

 в) верно Г,Ж

 г) верно Б,Г

47. Препараты, которые могут увеличивать летальность больных с сердечной недостаточностью: А. Нифедипиновая группа антагонистов кальция; Б. Антиаритмики IV класса ; В. Антиаритмики II класса ; Г. Антиаритмики I класса.

 **а) верно Б,Г**

 б) верно Б

 в) верно А

 г) верно Г

48. Препараты, которые только улучшают качество жизни больных с сердечной недостаточностью: А. Нифедипиновая группа антагонистов кальция; Б. Антиаритмики IV класса ; В. Антиаритмики II класса ; Г. Антиаритмики I класса.

 а) верно А

 **б) верно А,В**

 в) верно В

 г) верно Б

49. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в состоянии компенсации на фоне проводимой терапии при II функциональном классе сердечной недостаточности: А. Полный покой; Б. Домашний или палатный режим; В. Постельный режим; Г. Дополнительный дневной отдых; Д. Пассивные физические упражнения.

 а) верно В

 **б) верно Г**

 в) верно Б

 г) верно Д

50. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в первые несколько часов после купирования отека легких: А. Полный покой; Б. Домашний или палатный режим; В. Постельный режим; Г. Дополнительный дневной отдых; Д. Пассивные физические упражнения.

 а) верно А

 б) верно В

  **в) верно В,Д**

 г) верно Б

51. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в состоянии компенсации на фоне проводимой терапии при III функциональном классе сердечной недостаточности: А. Обычная скорость ходьбы на короткие расстояния; Б. Избегать изометрических нагрузок; В. Медленная ходьба несколько раз в день по 5-10 мин; Г. Медленная ходьба несколько раз в день по 20-30 мин 3-5 раз в неделю; Д. Обычная ходьба с периодическим увеличением темпа; Е. Бег трусцой.

 а) верно А

 б) верно Б,В

 **в) верно Б,Г**

 г) верно Д

52. Какие рекомендации по физической активности необходимо дать больному в состоянии компенсации на фоне проводимой терапии при IV функциональном классе сердечной недостаточности: А. Обычная скорость ходьбы на короткие расстояния; Б. Избегать изометрических нагрузок; В. Медленная ходьба несколько раз в день по 5-10 мин; Г. Медленная ходьба несколько раз в день по 20-30 мин 3-5 раз в неделю; Д. Обычная ходьба с периодическим увеличением темпа; Е. Бег трусцой.

 а) верно Б

 б) верно В

 в) верно Г

 **г) верно Б,В**

53. В каких случаях абсолютно противопоказано назначение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов: А. Наличие заболеваний печени; Б. Начальная стадия хронической почечной недостаточности; В. Гиперкалиемия (некоррегируемая); Г. Стеноз сонных артерий; Д. Стеноз двух почечных артерий.

 а) верно А

 б) верно Б

 в) верно Г

 **г) верно В,Д**

54. В каких случаях требуется осторожность в назначении ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов: А. Наличие заболеваний печени; Б. Начальная стадия хронической почечной недостаточности; В. Гиперкалиемия (некоррегируемая); Г. Стеноз сонных артерий; Д. Стеноз двух почечных артерий.

 **а) верно Б,Г**

 б) верно А

 в) верно Д

 г) верно Б

55. В каких случаях абсолютно противопоказано назначение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов: А. Подклапанный стеноз устья аорты; Б. Клапанный стеноз устья аорты; В. Аллергические реакции (на другие препараты); Г. Ангионевротические отеки (в анамнезе); Д. Выраженная форма почечной недостаточности; Е. Альбуминурия у больных с поражением почек при других заболеваниях.

 **а) верно Г,Д**

 б) верно Д

 в) верно Е

 г) верно Г

56. В каких случаях требуется осторожность в назначении ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью, для предупреждения нежелательных эффектов: А. Подклапанный стеноз устья аорты; Б. Клапанный стеноз устья аорты; В. Аллергические реакции (на другие препараты); Г. Ангионевротические отеки (в анамнезе); Д. Выраженная форма почечной недостаточности; Е. Альбуминурия у больных с поражением почек при других заболеваниях.

 а) верно Б

 б) верно В

 в) верно Г

 **г) верно А,Б,В**

57. Первая доза Каптоприла (иАПФ) у больных сердечной недостаточностью: А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

 а) верно А

 б) верно Б

 в) верно Е

 **г) верно Д**

58. Первая доза Эналаприла (Ренитека, иАПФ) у больных сердечной недостаточностью: А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

 а) верно В

 б) верно Е

 **в) верно Г**

 г) верно Б

59. Первая доза иАПФ - Периндоприла (престариума) у больных сердечной недостаточностью: А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

 а) верно Б

 б) верно Е

 **в) верно В**

 г) верно А

60. Первая доза иАПФ - Рамиприла (тритаце) у больных сердечной недостаточностью: А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

 а) верно А

 **б) верно Б**

 в) верно В

 г) верно Г

61. Первая доза иАПФ - Квинаприл (аккупро) у больных сердечной недостаточностью: А. 1 мг; Б. 1,25 мг; В. 2 мг; Г. 2,5 мг; Д. 6,25 мг; Е. 10 мг; Ж. 20 мг.

 а) верно В

 б) верно Д

 в) верно Е

 **г) верно Г**

62. Средние суточные дозы иАПФ - Каптоприла, используемые у больных сердечной недостаточностью: А. 5 мг; Б. 5-10 мг; В. 20 мг; Г. 75-150 мг; Д. 2,5-5 мг; Е. 1-2 мг.

 а) верно А

 **б) верно Г**

 в) верно В

 г) верно Б

63. Средние суточные дозы иАПФ - Ренитека (эналаприла), используемые у больных сердечной недостаточностью: А. 5 мг; Б. 5-10 мг; В. 20 мг; Г. 75-150 мг; Д. 2,5-5 мг; Е. 1-2 мг.

 **а) верно Д**

 б) верно Б

 в) верно А

 г) верно Е

64. Средние суточные дозы иАПФ - Рамиприл (тритаце), используемые у больных сердечной недостаточностью: А. 5 мг; Б. 5-10 мг; В. 20 мг; Г. 75-150 мг; Д. 2,5-5 мг; Е. 1-2 мг.

 а) верно А

 б) верно Б

 в) верно Е

 **г) верно Д**

65. Средние суточные дозы иАПФ - Квинаприл (аккупро), используемые у больных сердечной недостаточностью: А. 5 мг; Б. 5-10 мг; В. 20 мг; Г. 75-150 мг; Д. 2,5-5 мг; Е. 1-2 мг.

 а) верно Д

 б) верно Б

 **в) верно А**

 г) верно Е

66. Какие известные вазодилятаторы, кроме иАПФ, улучшают выживаемость у больных сердечной недостаточностью: А. Нитросорбид, 5-мононитрат в дозе 10 мг 4 раза в сутки; Б. Апрессин в дозе 300 мг в сутки; В. Молсидомин-ретард 8 мг 2 раза в сутки; Г. Ретардная форма нитросорбида, 5-мононитрата в суточных дозах до 100-120 мг в комбинации с апрессином в суточной дозе до 300 мг в сутки у лиц негроидной расы; Д. Амлодипин, фелодипин 5 мг 1-2 раза в сутки; Е. Верапамил-SR в дозе 120 мг 2 раза в сутки; Ж. Дилтиазем 90-120 мг 3 раза в сутки; З. Празозин 1-2 мг 3 раза в сутки.

 **а) верно Г**

 б) верно Д

 в) верно А

 г) верно З

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ АСПИРАНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**" КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛГИЯ В КАРДИОЛОГИИ "**

**ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ** проводится по итогам освоения каждой темы из раздела учебно-тематического плана.

**Критерии выставления текущих отметок успеваемости**

1. **Критерии оценки собеседованияна практическом занятии**: экспертная оценка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Оценка | Критерии оценки |
| 1 | «Отлично» | оценивается обучающийся, который свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное понимание материала правильно и полно выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы. |
| 2 | «Хорошо» | если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе. |
| 3 | «Удовлетворительно» | если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы; с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике. |
| 4 | «Неудовлетворительно» | если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике. |

**2. Критерии оценки ситуационной (клинической) задачи и/или клинического разбора**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Оценка | Критерии оценки |
| 1 | «зачтено» | Правильные осмысление и оценка реальной профессионально-ориентированной ситуации, необходимой для решения данной конкретной проблемы: Полно и правильно проведено клиническое обследование больного,правильно оценены данные анамнеза и клинического обследования конкретного больного или ситуационной задачи, правильно интерпретированы данные дополнительного обследования,  полно и правильно проведено обоснование диагноза и дифференциальный диагноз, назначено рациональное лечение и даны рекомендации по дальнейшему ведению пациента, соответствующие стандартам ведения и лечения больных данного профиля; |
| 4 | «не зачтено» | Не правильные осмысление и оценка реальной профессионально-ориентированной ситуации, необходимой для решения данной конкретной проблемы: неполно и неправильно проведено клиническое обследование больного,неправильно оценены данные анамнеза и клинического обследования конкретного больного или ситуационной задачи, неправильно интерпретированы данные дополнительного обследования, неполно и неправильно проведено обоснование диагноза и дифференциальный диагноз, если назначенное лечение и рекомендации по дальнейшему ведению пациента не соответствуют стандартам ведения и лечения больных данного профиля; |

**3.Критерии и показатели, используемые при оценивании реферата,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Критерии, баллы | Показатели |
| 1 | Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов | - актуальность проблемы и темы;- новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы;- наличие авторской позиции, самостоятельность суждений. |
| 2 | Степень раскрытия сущности проблемыМакс. - 50 баллов | - соответствие плана теме реферата;- соответствие содержания теме и плану реферата;- полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы;- обоснованность способов и методов работы с материалом;- умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал;- умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы. |
| 3 | Обоснованность выбора источниковМакс. - 20 баллов | - круг, полнота использования литературных источников по проблеме;- привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.). |
| 4 | Соблюдение требований к оформлению Макс. – 5 баллов | - правильное оформление ссылок на используемую литературу;- грамотность и культура изложения;- владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы;- соблюдение требований к объему реферата;- культура оформления: выделение абзацев. |
| 5 | Грамотность Макс. - 5 баллов | - отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей;- отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых;- литературный стиль. |

**Реферат оценивается по 100 балльной шкале**, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

 81 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 80 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

**3.1. Критерии оценки доклада**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Оцениваемые параметры | Оценка в баллах |
| 1 | Качество доклада: - производит впечатление, ёмкого целостного труда,сопровождается иллюстративным материалом; - четко выстроен; - рассказывается, но не объясняется суть работы; - зачитывается | Макс.-4040352515 |
| 2 | Использование демонстрационного материала: - обучающийся представил демонстрационный материал и прекрасно в нем ориентировался; - использовался в докладе, хорошо оформлен, но есть неточности; - представленный демонстрационный материал не использовался докладчиком или был оформлен плохо, неграмотно. | Макс.-2020150 |
| 3 | Качество ответов на вопросы: - отвечает на вопросы; - не может ответить на большинство вопросов; - не может четко ответить на вопросы. | Макс.-1515105 |
| 4 | Владение научным и специальным аппаратом: - показано владение специальным аппаратом; - использованы общенаучные и специальные термины; - показано владение базовым аппаратом. | Макс.-15151210 |
| 5 | Четкость выводов: - полностью характеризуют работу; - нечетки; - имеются, но не доказаны. | Макс.-101053 |
| Итого максимальное количество баллов: 100 |

**Доклад оценивается по балльной шкал**е, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

81 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 80 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

**4. Критерии оценки контрольной работы -** интерпретации данных инструментального обследования больных (ЭКГ, ЭКГ проб с физической нагрузкой и медикаментозных проб, Суточного мониторирования ЭКГ и АД, ЧПЭСС, Эхокардиографии**)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Оценка | Критерии оценки |
| 1 | отлично | если обучающийся, свободно владеет материалом, демонстрирует глубокое и полное понимание материала , глубокие систематизированные знания, умение применять полученные знания для правильного и полного решения задач определенного типа по теме или разделу (интерпретации данных инструментального обследования больных), выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы. |
|  | хорошо | если обучающийся достаточно убедительно с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно решил задачи определенного типа по теме или разделу (интерпретации данных инструментального обследования больных), выполнил все задания,ответил на все вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе. |
| удовлетворительно | если обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями решил задания по теме или разделу (интерпретации данных инструментального обследования больных), ответил на вопросы с затруднениями, но всё же сможет при необходимости решить задачу на практике. |
| 4 | неудовлетворительно | если обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в решении задания по теме или разделу,в ответе на большинство вопросов, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы,  |

**ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ знаний и умений аспирантов**

проводится по окончании и модуля в виде зачета. С обучающимся проводится собеседование по контрольным вопросам

**Вопросы для собеседования к зачету по дисциплине**

**«Сердечная недостаточность»**

1. Эпидемиология ХСН (распространенность, выживаемость, прогноз). Основные причины ХСН. Патогенез ХСН. Эволюция научных взглядов (кардиальная модель, кардиоренальная, гемодинамическая, нейрогуморальная, миокардиальная модель ХСН).
2. Патогенез ХСН. Роль активации тканевых нейрогормонов.
3. Работа сердца как насоса. Закон Франка-Старлинга. Пред и посленагрузка.
4. Патогенез ХСН. Ремоделирование сердца.
5. Патогенез ХСН. Роль РААС.
6. Патогенез ХСН. Роль системы предсердных натрийдиуритических пептидов.
7. Патогенез ХСН. Роль хронической гиперактивации САС.
8. Патогенез ХСН. Механизм образования отеков.
9. Классификация ХСН. Классификация В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско. Классификация ХСН NYHA.
10. Клинические методы оценки тяжести ХСН (оценка клинического состояния, динамики функционального класса, толерантности к нагрузкам, оценка качества жизни)
11. Принципы лечения ХСН. Цели лечения. Немедикаментозные компоненты лечения.
12. Принципы лечения ХСН. Медикаментозная терапия. Основные классы применяемых препаратов. Основные, дополнительные и вспомогательные лекарственные средства для лечения ХСН. Принципы сочетанного применения медикаментозных средств.
13. Ингибиторы АПФ в лечении ХСН: механизм действия. Влияние применяемых в России ИАПФ на течение и прогноз ХСН. Данные многоцентровых клинических исследований (CONSENSUS, AIRE, SAVE, SOLVD)
14. Ингибиторы АПФ в лечении ХСН. Показания, противопоказания, побочные эффекты. Рациональный подбор дозы.
15. Диуретики в лечении ХСН. Общая характеристика. Показания к диуретической терапии при ХСН. Осмотические диуретики и ингибиторы карбоангидразы.
16. Диуретики, действующие на восходящую часть петли Генле.
17. Диуретики, действующие в области дистальных канальцев. Место альдактона в комплексной терапии ХСН.
18. Комбинации различных диуретиков. Преодоление рефрактерности к диуретикам. Экстракорпоральные методы в лечение рефрактерного отечного синдрома.
19. Сердечные гликозиды в лечении ХСН. Механизмы действия. Группы. Показания к назначению. Влияние на прогноз. Оптимальные дозы в лечение ХСН. Клиника гликозидной интоксикации и ее лечение.
20. Негликозидные инотропные средства в лечении больных с тяжелой ХСН.
21. В-дреноблокаторы (БАБ) в лечении ХСН. Эволюция взглядов на возможность и показания к применению БАБ при ХСН. Механизмы положительного действия БАБ у больных ХСН.
22. Результаты клинических исследований (CIBIS-II, MERIT-HF, BEST, COPERNICUS)
23. Фармакологические группы. Показания и противопоказания. Тактика применения.
24. Антагонисты рецепторов к АТ-II. Предпосылки применения. Фармакологические механизмы действия. Данные международных клинических исследований (ELITE, ELITE-II, VAL-HEFT, RESOLVD). Место в медикаментозном лечении ХСН.
25. Принципы антиаритмического лечения при ХСН. Влияние различных классов антиаритмических препаратов на прогноз больных.
26. Периферические вазодилататоры. Классификация по локализации преимущественного эффекта. Классификация по механизму действия. Исторические предпосылки к применению их при ХСН. Влияние на прогноз. Современные представления о месте ПВД в лечении ХСН.
27. Качество жизни у больных с ХСН.
28. Состояние эндотелия при ХСН различной тяжести, ключевые эндотелиальные факторы, определяющие сосудистый тонус (оксид азота, эндотелин-1).
29. Программируемая клеточная гибель как неотъемлемое звено патогенеза ХСН.
30. Проведение теста с 6-минутной ходьбой у больных с ХСН, его информативность.
31. Эпидемиологические особенности ХСН в Российской Федерации (многоцентровое исследование ЭПОХА).
32. Систолический миокардиальный стресс и его значение для прогрессирования структурно-геометрических нарушений при хронической сердечной недостаточности.
33. Диастолическая дисфункция левого желудочка, ее виды, критерии оценки.

**Критерии оценки собеседования на зачете**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка  | Критерии  |
| Неудовлетворительно | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. |
| Удовлетворительно | Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках обучающегося, за формальные ответы, непонимание вопроса, в том случае.  |
| Хорошо | Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.  |
| Отлично | На зачете выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).  |

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Факультетской терапии и эндокринологии

направление подготовки - 31.06.01 Клиническая медицина, направленность (профиль) Кардиология

дисциплина Клиническая фармакология в кардиологии

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Эпидемиология ХСН (распространенность, выживаемость, прогноз). Основные причины ХСН. Патогенез ХСН. Эволюция научных взглядов (кардиальная модель, кардиоренальная, гемодинамическая, нейрогуморальная, миокардиальная модель ХСН).
2. Принципы лечения ХСН. Медикаментозная терапия. Основные классы применяемых препаратов. Основные, дополнительные и вспомогательные лекарственные средства для лечения ХСН. Принципы сочетанного применения медикаментозных средств.
3. Качество жизни у больных с ХСН.

**III. Ситуационная задача**

Больной К., 70 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы с жалобами на выраженное чувство нехватки воздуха, резко усиливающееся в горизонтальном положении. В анамнезе у больной ревматизм с 20 летнего возраста, сочетанный митральный порок. При осмотре: больной занимает вынужденное положение – сидя, с опущенными ногами. Кожный покров бледный, выраженный акроцианоз. Одышка в покое: ЧД – 32 в 1 мин. При аускультации легких – жесткое дыхание, множественные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца тихие, ритм правильный, интенсивный систолический шум в зоне верхушки сердца, ЧСС – 118 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Отеки голеней.

Ответьте на вопросы:

Какой стадии и функциональному классу сердечной недостаточности соответствует описанная клиническая картина?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Назначьте лечение.

Заведующий кафедрой

факультетской терапии и эндокринологии

д.м.н., проф.Р.И. Сайфутдинов (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации

д.м.н., доцент И.В. Ткаченко (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК- 1 готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития  | Знать- факторы риска, классификацию, клинические и инструментальные методы ранней диагностики кардиологических заболеваний и их профилактику, диспансерные клинические группы, сроки и объемы диспансеризации кардиологических больных. | вопросы №1-33 |
| Уметь- выявлять факторы риска, проводить раннюю диагностику, определить объём лечения, реабилитационных и профилактических мероприятийкардиологических заболеваний, проводить диспансеризацию в сроки и должном объеме. | ситуационные задачи №1-3 |
| Владеть- Навыками выявления факторов риска, проведения ранней диагностики, определения объёма лечения, реабилитационных и профилактических мероприятийкардиологических заболеваний, формирования диспансерных групп, навыками диспансерного наблюдения. | ситуационные задачи № 1-3, тесты 1-15 |