



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Дальневосточный федеральный университет»

(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

«СОГЛАСОВАНО»

Руководитель ОП
«Терапия» Шекунова О.И.

« 14 » января 2021 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Департамента ординатуры и
непрерывного медицинского образования

Бондарь Г.Н.

« 14 » января 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (РПУД)

«Кардиология»

Специальность 31.08.49 «Терапия»

Форма подготовки: очная

курс 1, семестр 1.
лекции 2 часа.
практические занятия 36 часов
лабораторные работы не предусмотрены.
самостоятельная работа 70 часов.
реферативные работы (0).
контрольные работы (0).
зачет 1 семестр.
экзамен не предусмотрен.

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1043.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента ординатуры и непрерывного медицинского образования. Протокол № 5 от «14» января 2021 г.
Директор Департамента ординатуры и непрерывного медицинского образования д.м.н., профессор, Бондарь Г.Н.

Составители: к.м.н., доцент Шекунова О.И.

Оборотная сторона титульного листа РПУД

I. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20__ г. № _____

Заведующий департаментом _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

II. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20__ г. № _____

Заведующий департаментом _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

Аннотация к рабочей программе дисциплины

«Кардиология»

Дисциплина «Кардиология», обучающихся по образовательной программе «Терапия», входит в вариативную часть учебного плана.

Дисциплина реализуется на 1 курсе, является дисциплиной вариативной части учебного плана.

При разработке рабочей программы учебной дисциплины использованы Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.49 «Терапия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», учебный план подготовки ординаторов по профилю Терапия.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 144 часа, 108 зачетных единиц.

Программа курса опирается на базовые врачебные знания, полученные специалистами:

ПК-2 готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными взрослого возраста;

ПК-5 способность и готовность к определению патологических состояний, симптомов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем со здоровьем, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного;

ПК-6 способность и готовность к ведению и лечению взрослых, нуждающихся в оказании специализированной помощи;

ПК-7 способность и готовность использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций;

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным программам.

Цель курса:

клиническая подготовка ординаторов, необходимая для последующей самостоятельной врачебной деятельности, овладение основами обследования, диагностики и лечения взрослых с заболеваниями нервной системы, хирургические болезни, онкологические заболевания, акушерство и гинекология, инфекционные болезни и туберкулез.

Задачи:

1. Расширение и углубление основных и фундаментальных профессиональных знаний, полученных в медицинском вузе, необходимых для формирования профессиональных компетенций врача, способного успешно выполнять свои профессиональные обязанности.
2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача-специалиста, владеющего системой практических навыков и умений, для оказания врачебной помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
3. Формирование профессиональных умений на основе освоения новейших технологий и лечебно-диагностических методик в области кардиологии.
4. Выработка стереотипа врачебных действий (диагностических, лечебных, профилактических) в стандартных клинических ситуациях для оказания помощи взрослым с заболеваниями внутренних органов.
3. Формирование клинического мышления врача-специалиста, имеющего углубленные знания в области кардиологии, позволяющего ориентироваться и принимать самостоятельное решение в различных клинических ситуациях, включая экстренные.
4. Формирование индивидуальной всесторонне развитой личности врача-специалиста.

В результате изучения данной дисциплины у обучающихся формируются следующие профессиональные компетенции.

Требования к результатам освоения дисциплины:

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает	Взаимосвязь функциональных систем организма и уровня их регуляции
	Умеет	Находить взаимосвязь клинических симптомов с патологическими изменениями в органах и системах и их функцией.
	Владеет	Основами клинического мышления для установления причинно-следственных связей при различной патологии
ПК-5 готовность к определению у взрослых патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной классификацией внутренних болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Знает	Закономерности течения патологических процессов взрослых с заболеваниями внутренних органов.
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки у взрослых терапевтических пациентов.
	Владеет	Знаниями с целью установления диагноза и проведения необходимого лечения взрослых.

ПК-6 готовность к ведению и лечению взрослых, нуждающихся в оказании специализированной терапевтической медицинской помощи.	Знает	Тактику, принципы и схемы лечения заболеваний внутренних органов.
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки конкретного заболевания; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; определить показания к консервативному и оперативному лечению конкретных заболеваний
	Владеет	Подбор, титрация, назначение и коррекция терапии при заболеваниях внутренних органов у взрослых пациентов.

В результате изучения данной дисциплины у обучающихся формируются следующие профессиональные компетенции.

Требования к результатам освоения дисциплины:

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;	Знает	Взаимосвязь функциональных систем организма и уровня их регуляции
	Умеет	Находить взаимосвязь клинических симптомов с патологическими изменениями в органах и системах и их функцией.
	Владеет	Основами клинического мышления для установления причинно-следственных связей при различной патологии
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических	Знает	Закономерности течения патологических процессов у инфекционных больных, нуждающихся в терапевтической помощи

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки инфекционной патологии у терапевтических пациентов
	Владеет	Знаниями с целью установления диагноза и проведения необходимого лечения при инфекционных заболеваниях
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи.	Знает	Общие и специальные методы исследования и лечения в основных разделах инфекционных болезней
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки инфекционного заболевания; Определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; Определить показания к консервативному лечению
	Владеет	Знаниями с целью установления диагноза и проведения необходимого лечения при инфекционных заболеваниях; Объемом манипуляций в экстренной и плановой помощи в соответствии с квалификационной характеристикой

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(2 часа)

Актуальные вопросы кардиологии в терапевтической практике.

II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(36 часов)

Раздел 1. Гипертоническая болезнь (6 часов)

Раздел 2 Различные варианты ИБС (6 часов)

Раздел 3 ОКС (6 часов)

Раздел 4 Нарушения ритма и проводимости (6 часов)

Раздел 5 ХСН (6 часов)

Итоговое занятие (6 часов)

1. Подготовка к зачету.
2. Защита презентаций, рефератов.

III. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

В РПУД представлено основное содержание тем, оценочные средства: термины и понятия, необходимые для освоения дисциплины.

В ходе усвоения курса «кардиология» ординатору предстоит проделать большой объем самостоятельной работы, в которую входит подготовка к семинарским занятиям и написание реферата.

Практические занятия помогают ординаторам глубже усвоить учебный материал, приобрести навыки творческой работы над документами и первоисточниками.

Планы практических занятий, их тематика, рекомендуемая литература, цель и задачи ее изучения сообщаются преподавателем на вводных занятиях или в учебной программе по данной дисциплине.

Прежде чем приступить к изучению темы, необходимо ознакомиться с

основными вопросами плана практического занятия и списком рекомендуемой литературы.

Начиная подготовку к практическому занятию, необходимо, прежде всего, обратиться к конспекту лекций, разделам учебников и учебных пособий, чтобы получить общее представление о месте и значении темы в изучаемом курсе. Затем поработать с дополнительной литературой, сделать записи по рекомендованным источникам.

В процессе изучения рекомендованного материала, необходимо понять построение изучаемой темы, выделить основные положения, проследить их логику и тем самым вникнуть в суть изучаемой проблемы.

Необходимо вести записи изучаемого материала в виде конспекта, что, наряду со зрительной, включает и моторную память и позволяет накапливать индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

В процессе подготовки важно сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал и выстраивать алгоритм действий, тщательно продумать свое устное выступление.

На практическом занятии каждый его участник должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно быть убедительным и аргументированным, не допускается и простое чтение конспекта. Важно проявлять собственное отношение к тому, о чем говорится, высказывать свое личное мнение, понимание, обосновывать его и делать правильные выводы из сказанного. При этом можно обращаться к записям конспекта и лекций, непосредственно к первоисточникам, использовать знание монографий и публикаций, факты и наблюдения современной жизни и т. д.

Ординатор, не успевший выступить на практическом занятии, может предъявить преподавателю для проверки подготовленный конспект и, если потребуется, ответить на вопросы преподавателя по теме практического занятия для получения зачетной оценки по данной теме.

Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Гастроэнтерология» представлено в Приложении 1 и включает в себя:

- характеристика заданий для самостоятельной работы студентов и методические рекомендации по их выполнению;

- требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы;
- критерии оценки выполнения самостоятельной работы.

КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ КУРСА

№ п/п	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства - наименование		
			текущий контроль		промежуточная аттестация
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно- кишечного тракта.	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальны е задания
			В	опрос	реферат
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно- кишечного тракта.	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальны е задания
			В	опрос	реферат
	Раздел 1 Актуальные вопросы заболеваний желудочно- кишечного тракта.	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающих ся в оказании гастроэнтерологическо й медицинской помощи (ПК-6)	З	опрос	тестирование
			У	тестирование	индивидуальны е задания
			В	опрос	реферат

Контрольные и методические материалы, а также критерии и показатели, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы представлены в Приложении 2.

V. СПИСОК УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 800 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part2455..xml&theme=FEFU

2. Внутренние болезни. В 2 т. Т.2. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425794.html>

3. Пропедевтика внутренних болезней. Методы исследования пациента : учебное пособие для медицинских вузов / Ю. В. Щукин, В. А. Дьячков, А. Е. Рябов - Ростов-на-Дону : Феникс , 2014 - 287 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:736764&theme=FEFU>

4. Хапаев Б.А. Внутренние болезни: учебно-методическое пособие для студентов V-VI курсов, обучающихся по специальности 060101 «Лечебное дело», клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «Терапия»/ Хапаев Б.А., Хапаева А.Б.— Электрон. текстовые данные.— Черкесск: Северо-Кавказская государственная гуманитарно- технологическая академия, 2014.— 120 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-27182&theme=FEFU>

5. Практические навыки и неотложная терапия в клинике внутренних болезней : учебное пособие / [И. И. Андреева, И. Б. Башкова, Н. П. Васильева и др.] ; под ред. В. Н. Саперова ; Чувашский государственный университет. Чебоксары: Изд-во Чувашского университета. 561 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:707100&theme=FEFU>

Дополнительная литература

1. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике : мастер-класс : учебник / В. И. Петров. Москва : ГЭОТАР-Медиа , 2014. 871 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781686&theme=FEFU>

2. Малышенко О.С. Клинические задачи по гастроэнтерологии, эндокринологии и гематологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Малышенко О.С., Протасова Т.В., Раскина Т.А.— Электрон. текстовые данные.— Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2011.— 140 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-6052&theme=FEFU>

3. Ведение больных с некоторыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в практике врача амбулаторного звена [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ — Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011.— 140 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=IPRbooks:IPRbooks-31802&theme=FEFU>

1. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420737.html>

2. Гастроэнтерология : руководство [Электронный ресурс] / Циммерман Я.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425879.html>

3. Пропедевтика внутренних болезней. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422793.html>

Электронные ресурсы

1. Научная электронная библиотека: <http://www.elibrary.ru>

2. Центральная научная медицинская библиотека: <http://www.scsml.rssi.ru>

3. Медицинские Интернет Ресурсы: <http://www.it2med.ru/mir.html>

4. Издательство «Медицина»: <http://www.medlit.ru>

VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью проведения практических занятий является закрепление полученных ординаторами на лекциях знаний, моделирование практических ситуаций, а также проверка эффективности самостоятельной работы ординаторов.

Практическое занятие обычно включает устный опрос слушателей по вопросам семинарских занятий. При этом выявляется степень владения ординаторами материалом лекционного курса, базовых учебников, знание актуальных проблем и текущей ситуации в современном образовательном пространстве. Далее выявляется способность ординаторов применять полученные теоретические знания к решению практического или задачи.

Подготовку к практическому занятию целесообразно начинать с повторения материала лекций. При этом следует учитывать, что лекционный курс лимитирован по времени и не позволяет лектору детально рассмотреть все аспекты изучаемого вопроса. Следовательно, требуется самостоятельно расширять познания как теоретического, так и практического характера. В то же время, лекции дают хороший ориентир ординатору для поиска дополнительных материалов, так как задают определенную структуру и логику изучения того или иного вопроса.

В ходе самостоятельной работы ординатору в первую очередь надо изучить материал, представленный в рекомендованной кафедрой и/или преподавателем учебной литературе и монографиях. Следует обратить внимание ординаторов на то обстоятельство, что в библиотечный список включены не только базовые учебники, но и более углубленные источники по каждой теме курса. Последовательное изучение предмета позволяет ординатора сформировать устойчивую теоретическую базу.

Важной составляющей частью подготовки к практическому занятию является работа ординаторов с научными и аналитическими статьями,

которые публикуются в специализированных периодических изданиях. Они позволяют расширить кругозор и получить представление об актуальных проблемах, возможных путях их решения и/или тенденциях в исследуемой области.

В качестве завершающего шага по подготовке к практическому занятию следует рекомендовать ординатору ознакомиться с результатами научных исследований, соответствующих каждой теме.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

1. Использование программного обеспечения MS Office Power Point
2. Использование программного обеспечения MS Office 2010
3. Использование видеоматериалов сайта <http://www.youtube.com>

VIII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Мультимедийная аудитория с доступом в Internet.

Экран с электроприводом 236*147 см Trim Screen Line;

Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U

Mitsubishi; документ-камера CP355AF Avergence, видеочамера MP-HD718 Multipix;

Подсистема специализированных креплений оборудования CORSA- 2007 Tuarex;

Подсистема видеокоммутации: матричный коммутатор DVI DXR 44 DVI Pro Extron; удлинитель DVI по витой паре DVI 201 Tx/Rx Extron; врезной интерфейс для подключения ноутбука с ретрактором TAM 201 Standard3 TLS; усилитель-распределитель DVI DVI; Подсистема аудиокоммутации и звукоусиления: усилитель мощности, 1x200 Вт, 100/70 В XPA 2001-100V Extron; микрофонная петличная радиосистема EW 122 G3

Sennheiser; акустическая система для потолочного монтажа SI 3CT LP Extron; цифровой аудиопроцессор DMP 44 LC Extron; расширение для контроллера управления IPL T CR48; беспроводные ЛВС для обучающихся обеспечены системой на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).

Практическое обучение проводится на клинической базе.

Клинические базы:

Медицинский центр федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дальневосточный федеральный университет»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» г. Владивосток.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**
по дисциплине «Кардиология»
специальность 31.08.49 «Терапия»
Форма подготовки очная

Владивосток 2021

План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

№ п/п	Дата/сроки выполнения	Вид самостоятельной работы	Примерные нормы времени на выполнение	Форма контроля
1	В течение года	Написание реферата	22 час.	доклад
2	В течение года	Написание литературного обзора по теме реферата	26 час.	доклад
3	В течение года	Подготовка презентации по теме реферата	22 час.	доклад

Темы рефератов

- Гипертоническая болезнь
- Различные варианты ИБС
- ОКС
- Нарушения ритма и проводимости

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат – творческая деятельность ординатора, которая воспроизводит в своей структуре научно–исследовательскую деятельность по решению теоретических и прикладных проблем в определённой отрасли научного знания. В силу этого курсовая работа является важнейшей составляющей учебного процесса в высшей школе.

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой ординатор решает проблему теоретического или практического характера, применяя научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной

общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность, компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки.

Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность ординатора. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с ординатором проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

Традиционно сложилась определенная структура реферата, основными элементами которой в порядке их расположения являются следующие:

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.
4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).
5. Введение.
6. Основная часть.
7. Заключение.
8. Библиографический список.

9. Приложения.

На титульном листе указываются: учебное заведение, выпускающая кафедра, автор, научный руководитель, тема исследования, место и год выполнения реферата.

Название реферата должно быть по возможности кратким и полностью соответствовать ее содержанию.

В оглавлении (содержании) отражаются названия структурных частей реферата и страницы, на которых они находятся. Оглавление целесообразно разместить в начале работы на одной странице.

Наличие развернутого введения – обязательное требование к реферату. Несмотря на небольшой объем этой структурной части, его написание вызывает значительные затруднения. Однако именно качественно выполненное введение является ключом к пониманию всей работы, свидетельствует о профессионализме автора.

Таким образом, введение – очень ответственная часть реферата. Начинаться должно введение с обоснования актуальности выбранной темы. В применении к реферату понятие «актуальность» имеет одну особенность. От того, как автор реферата умеет выбрать тему и насколько правильно он эту тему понимает и оценивает с точки зрения современности и социальной значимости, характеризует его научную зрелость и профессиональную подготовленность.

Кроме этого во введении необходимо вычленить методологическую базу реферата, назвать авторов, труды которых составили теоретическую основу исследования. Обзор литературы по теме должен показать основательное знакомство автора со специальной литературой, его умение систематизировать источники, критически их рассматривать, выделять существенное, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования.

Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

Реферат заканчивается заключительной частью, которая так и называется «заключение». Как и всякое заключение, эта часть реферата выполняет роль вывода, обусловленного логикой проведения исследования, который носит форму синтеза накопленной в основной части научной информации. Этот синтез – последовательное, логически стройное изложение полученных итогов и их соотношение с общей целью и конкретными задачами, поставленными и сформулированными во введении. Именно здесь содержится так называемое «выводное» знание, которое является новым по отношению к исходному знанию. Заключение может включать предложения практического характера, тем самым, повышая ценность теоретических материалов.

Итак, в заключении реферата должны быть: а) представлены выводы по итогам исследования; б) теоретическая и практическая значимость, новизна реферата; в) указана возможность применения результатов исследования.

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.

Список использованных источников помещается в конце работы. Он оформляется или в алфавитном порядке (по фамилии автора или названия книги), или в порядке появления ссылок в тексте письменной работы. Во всех случаях указываются полное название работы, фамилии авторов или редактора издания, если в написании книги участвовал коллектив авторов, данные о числе томов, название города и издательства, в котором вышла работа, год издания, количество страниц.

Критерии оценки реферата.

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

Рецензент должен четко сформулировать замечание и вопросы, желательно со ссылками на работу (можно на конкретные страницы работы), на исследования и фактические данные, которые не учёл автор.

Рецензент может также указать: обращался ли ординатор к теме ранее (рефераты, письменные работы, творческие работы, олимпиадные работы и пр.) и есть ли какие-либо предварительные результаты; как выпускник вёл работу (план, промежуточные этапы, консультация, доработка и переработка написанного или отсутствие чёткого плана, отказ от рекомендаций руководителя).

Ординатор представляет реферат на рецензию не позднее чем за неделю до защиты. Рецензентом является научный руководитель. Опыт показывает, что целесообразно ознакомить ординатора с рецензией за несколько дней до защиты. Оппонентов назначает преподаватель из числа ординаторов. Для устного выступления ординатору достаточно 10-20 минут (примерно столько времени отвечает по билетам на экзамене).

Оценка 5 ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка 4 – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в

суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка 3 – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка 2 – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Оценка 1 – реферат ординатором не представлен.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «Кардиология»
специальность 31.08.49 «Терапия»
Форма подготовки очная

Владивосток 2021

Вопросы для оценки предварительных компетенций

Гипертоническая болезнь

Различные варианты ИБС

ОКС

Нарушения ритма и проводимости

ХСН

Контрольные тесты предназначены для ординаторов, изучающих курс «кардиологии».

Тесты необходимы как для контроля знаний в процессе текущей промежуточной аттестации, так и для оценки знаний, результатом которой может быть выставление зачета.

При работе с тестами ординатору предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Ординатору необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов. Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных ординатору тестов.

1. Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

- 1. кратковременные эпизоды потери сознания;
- 2. нарушения сердечного ритма и проводимости;
- 3. наличие периферических отеков;
- 4. боль в теменной и затылочной областях;
- 5. нарушение ритма дыхания.

2. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- 1. уменьшение размеров почек;
- 2. дистопия почек;
- 3. нарушение функции почек;
- 4. сужение почечной артерии на 20%;
- 5. наличие признаков конкрементов в лоханке.

3. Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции является:

- 1. гипертензией при сахарном диабете;
- 2. гипертензией при синдроме Кона;
- 3. гипертензией при гиперпаратиреозе;
- 4. гипертензией при феохромоцитоме;
- 5. гипертензией при болезни Иценко-Кушинга.

4. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- 1. ишемии внутренних органов ниже места сужения;
- 2. тромбоза вен нижних конечностей;
- 3. недостаточности мозгового кровообращения;
- 4. присоединения атеросклероза магистральных артерий;
- 5. нарушения микроциркуляции в коронарных артериях.

5. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- 1. изолированного диастолического;

- 2. с асимметрией на верхних и нижних конечностях;
- 3. кризового;
- 4. изолированного систолического.

6. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- 1. увеличение АД на нижних конечностях;
- 2. гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;
- 3. брадикардия высоких градаций;
- 4. гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты;
- 5. увеличение ОЦК.

7. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- 1. стеноза почечной артерии;
- 2. фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии;
- 3. фиброваскулярной дисплазии почечной артерии;
- 4. тромбоза почечной артерии;
- 5. правильно все.

8. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

- 1. развития коронарного тромбоза;
- 2. развития острой аневризмы грудного отдела аорты;
- 3. нарушения функции пищевода и желудка;
- 4. развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда;
- 5. снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек.

9. Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- 1. наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов;
- 2. увеличение концентрации в плазме крови альдостерона;
- 3. высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты;
- 4. низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
- 5. отсутствие гипотензивного эффекта α -адреноблокаторов

10. Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- 1. кальцитонин;
- 2. адреналин;
- 3. инсулин;
- 4. альдостерон;
- 5. пролактин.

11. В пульмонологической практике препаратами, вызывающими развитие артериальной гипертензии, являются:

- 1. пенициллины;
- 2. бронхолитики;

- 3. кромогликат натрия;
 - 4. препараты из солодки.
-

12. При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертензии может вызвать:

- 1. кризанола;
 - 2. делагил;
 - 3. аспирин;
 - 4. ибупрофен;
 - 5. гидрокортизон.
-

13. Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

- 1. эстрогена;
 - 2. бромкриптина;
 - 3. нон-овлона;
 - 4. прогестерона.
-

14. Основными недостатками гипотензивной терапии α -адреноблокатором празозином является:

- 1. рефлекторная тахикардия;
 - 2. брадикардия;
 - 3. нарушение обмена калия;
 - 4. дислипотеидемия;
 - 5. ортостатическая гипотензия.
-

15. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- 1. коронаролитический;
 - 2. снижение уровня мочевой кислоты в крови;
 - 3. диуретический.
-

16. Длительность гипотензивной терапии при эссенциальной гипертензии определяется:

- 1. наличием сосудистых осложнений;
 - 2. состоянием органов, регулирующих артериальное давление;
 - 3. устранением патогенетических механизмов гипертензии.
-

17. Какой из перечисленных гипотензивных препаратов может вызвать гемолитическую анемию при длительном приеме?

- 1. клонидин;
 - 2. резерпин;
 - 3. празозин;
 - 4. метилдопа.
-

18. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный люпус-синдром?

- 1. клонидин;
-

- 2. метилдопа;
 - 3. резерпин;
 - 4. гидралазин;
 - 5. празозин.
-

19. Какой из гипотензивных препаратов при длительном применении может вызвать депрессию?

- 1. резерпин;
 - 2. гидралазин;
 - 3. празозин.
-

20. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы?

- 1. систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.;
 - 2. систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст.;
 - 3. систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.
-

21. Выберите наиболее значимые факторы риска развития артериальной гипертензии:

- 1. избыточная масса тела;
 - 2. потребление алкогольных напитков;
 - 3. избыточное потребление белка;
 - 4. уровень ежегодного потребления поваренной соли.
-

22. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- 1. остроконечный зубец Р в отведениях II, III;
 - 2. гипертрофия левого желудочка;
 - 3. блокада правой ножки пучка Гиса;
 - 4. уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.
-

23. Какие изменения в анализе мочи характерны для больных гипертонической болезнью?

- 1. снижение удельного веса;
 - 2. лейкоцитурия;
 - 3. микрогематурия;
 - 4. повышение удельного веса.
-

24. Какие изменения глазного дна характерны для больных артериальной гипертензией?

- 1. сужение вен;
 - 2. извитость сосудов;
 - 3. расширение артерий сетчатки;
 - 4. кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии;
 - 5. правильные ответы 2 и 4.
-

25. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными?

- 1. ЛПВП;
 - 2. ЛПОНП;
 - 3. ХМ.
-

26. При каком типе гиперлиппротеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?

- 1. I;
 - 2. IIa;
 - 3. II b;
 - 4. III;
 - 5. IV.
-

27. Какой тип гиперпротеидемии обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы?

- 1. I;
 - 2. II a;
 - 3. II b;
 - 4. III;
 - 5. IV.
-

28. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови?

- 1. мяса;
 - 2. кондитерских изделий;
 - 3. икры лосося;
 - 4. куриных яиц.
-

29. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- 1. напряжения;
 - 2. покоя;
 - 3. вариантной;
 - 4. напряжения и покоя.
-

30. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

- 1. артериальная гипоксемия;
 - 2. недостаточное поступление кислорода;
 - 3. снижение утилизации кислорода.
-

Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача №1

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

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

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

Ситуационная задача 2.

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 3.

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

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался.

Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

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

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

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка ($VE/VA < 1,0$). ФВ – 48%. Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Индивидуальное задание

Формируется индивидуальная задача совместно с ординатором по теме занятия

Критерии оценки:

Зачтено – ординатор выполнил индивидуальное задание

Не зачтено – ординатор не смог выполнить индивидуальное задание

Вопросы к зачету

1. Классификация артериальной гипертензии и стратификация риска сердечнососудистых осложнений. 2. Поражения органов-мишеней при гипертонической болезни и ассоциированные состояния.
3. Лечение артериальной гипертензии: цели и задачи лечения; основные группы гипотензивных препаратов.
4. Метаболический синдром. Факторы, влияющие на развитие метаболического синдрома. Диагностика и лечение метаболического синдрома.
5. Современные представления о механизмах атерогенеза. Профилактика и лечение атеросклероза.
6. Этиология, патогенез и классификация ИБС. Основные факторы риска, способствующие развитию ИБС. Стратификация риска.
7. Мультифокальное поражение системы кровообращения при атеросклерозе. Методы диагностики.
8. Стабильная стенокардия: классификация; инструментальная диагностика. Показания и противопоказания к коронарографии.
9. Фармакологическое лечение стабильной стенокардии, основные используемые препараты. Показания и методы реваскуляризации миокарда.
10. Нестабильная стенокардия. Классификация. Медикаментозное лечение. Показания для инвазивного лечения.
11. Инфаркт миокарда. Патогенез. Диагностика. Методы лечения.
12. Классификация нарушений ритма сердца. Электрофизиологические механизмы аритмий.
13. Методы диагностики и лечения нарушений ритма сердца.
14. Острая сердечная недостаточность (ОСН). Основные причины развития ОСН. Классификация ОСН. Медикаментозное лечение. Механические способы поддержки кровообращения.
15. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология и патогенез ХСН. Классификация.
16. Основные цели при лечении ХСН. Медикаментозная терапия. Хирургическое лечение ХСН.
17. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Предрасполагающие факторы. Классификация. Методы диагностики и лечения
18. Легочное сердце. Причины развития. Клиника, диагностика, лечение.
19. Миокардиты. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение.
20. Кардиомиопатии. Классификация. Методы диагностики. Лечение.
21. Перикардиты. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение.
22. Инфекционный эндокардит. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение.
23. Приобретенные пороки сердца: этиология, классификация, методы диагностики, лечение.
24. Дисплазия соединительной ткани. Классификация. Проллапс митрального клапана: клиника, диагностика, лечение.
25. Врожденные пороки сердца (ВПС). Классификация ВПС. Понятие о «бледных» и «синих» ВПС. Нарушения внутрисердечной гемодинамики на примере ОАП и тетрады Фалло.
26. Антитромботические лекарственные средства. Лабораторная оценка гемостаза.
27. Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Основные фармакологические эффекты. Показания и противопоказания к применению.
28. В-адреноблокаторы. Классификация. Показания и противопоказания к применению.

29. Антагонисты кальция. Классификация. Показания и противопоказания к применению.
30. Диуретики. Клинические показания к применению. Побочные эффекты.
31. Сердечно-легочная реанимация.
32. ЭКГ в норме. ЭКГ-признаки нарушений ритма и проводимости сердца, гипертрофии миокарда, ОКС, инфаркта миокарда, ПИКС.
33. Суточное мониторирование ЭКГ. Показания. Оценка.
34. Суточное мониторирование артериального давления. Показания. Оценка.
35. Ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы.
36. Методы клинического обследования в современной кардиологической клинике: возможности функциональных, радиоизотопных, томографических методов обследования. Инвазивные методы обследования.
37. Функциональные нагрузочные пробы. Пробы с физической нагрузкой. Лекарственные пробы.

