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**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

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 «Клиническая фармакология в кардиологии»

**Задачи по теме «Общие вопросы клинической фармакологии»**

**Задача 1**

Пациенту 56 лет с постоянной формой мерцательной аритмии, принимающему дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) в связи с неудолетварительным контролем ЧСС (ЧСС в покое 100 в минуту, при физической нагрузке 130 в минуту) назначен верапамил 40 мг 3 раза в сутки внутрь. Через 5 дней после назначения верапамила пациент предъявляет жалобы на тошноту, рвоту на ЭКГ - мерцательная аритмия, ЧСС 50, A-V- блокада II степени, корытообразная депрессия сегмента STио всем отведениям, уровень дигоксина в плазме крови- 3 мкг/л (терапевтический диапазон до 1-2 нг/мл). Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

 1.Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов глизидной интоксикации у данного пациента?

 2.Каков тип, уровень и механизм возможного межпекарственного взаимодействия?

 3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

 4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с дигоксином по подобному механизму?

 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 2.**

Пациент 60 лет, страдающий гиперлипидемией, принимает в течение 1 месяца правастатин 20 мг 1 раз в сутки (на ночь). В связи с неэффективностью добавлен гемфиброзил 600 мг 2 раза в сутки. Через 7 дней после начала терапии гемфиброзилом обратился с жалобами на боли в мышцах, мышечную слабость, в биохимическом анализе крови - повышение уровне КФК до 1200 ME, МВ-КФК в пределах нормы (5 ME). Используйте

 1 .Какая наиболее вероятная причина развития рабдомиолиза?

 2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

 3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

 4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с правастатином по подобному механизму?

 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 3.**

Пациент 48 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса, постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг 1 раз в сутки (днем), метопролол 12,5 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), изосорбидадинитрат (пролонгированная форма) 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем). На фоне проводимой терапии, ангиозные боли нерецидивировали, гемодинамика стабильная (АД 120/70 мм ртхт ЧСС 60 в минуту). В связи с эректильнойдисфукциеи вечером больной принял силденафил (виагру) 50 мг внутрь. Через час после приема силденафила отметил резкую слабость, головокружение, АД 80/50 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту.

1. Какая наиболее вероятная причина коллапса?

2.Каков тип, уровень и механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с силденафилом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача 4.**

Пожилая женщина, 83 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на тошноту, периодически возникающую рвоту, а также резкую потерю аппетита, которые беспокоят в течение последних 2 дней больная. Больная в течение многих лет по назначении участкового терапевта по поводу «болезни сердца» принимает дигоксин по 1/2 таблетке 2 раза в сутки, а также еще ряд лекарств, включая мочегонные препараты, название и дозы которых вспомнить не смогла. На вопрос, принимала ли женщина лекарства сегодня, ответила, что не помнит, так как у нее очень плохая память.

1. С чем могут вязаны описываемые больной симптомы

Ответ:

1. Данные симптомы у больной могут быть связаны с гликозидной интоксикацией, возможно, из-за повышения концентрации дигоксина в плазме крови, учитывая пожилой возраст больной (нарушения функции печени и почек). Кроме того, можно предположить, что из-за нарушений памяти, больная могла принять более высокую дозу препарата.

**Задача 5.**

Пациент, 60 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационнойкардиомиопатии. На ЭКГ- постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут. Дополнительно для профилактики тромбоэмболических осложнений участковым терапевтом выписан рецепт на варфарин.

1. Существует ли возможность проведения фармакогенетического тестирования в данном случае?

2. В каком именно фармакогенетическом тесте необходимо, чтобы провизор порекомендовал больному проконсультироваться с врачом?

3. Какая доза варфарина должна быть назначена врачом при выявлении у больного генотипа CYP2C9\*1/\*3, соответствующего «медленномуметаболизатору»?

Ответ:

1. Да, существует, так как для варфарина разработан фармакогенеический тест для персонализированного выбора его дозы.

2. Этот фармакогенетический тест представляет собой выявление с помощью ПЦР «медленных» аллелей гена CYP2C9 (CYP2C9\*2 и CYP2C9\*в). CYP2C9 - основного фермента биотрансформацииварфарина.

3. При выявлении такого генотипа врач должен выбрать минимальную дозу варфарина - 2,5 мг/сут.

**Задачи по теме "КФ антиангинальных"**

**Задача 6.**

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

**Задача 7.**

Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН IIБ ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг х 2 раза, бисопролол 5 мг х1 раз в сут., индапамид – ретард 1,5 мг \сут., фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю. На фоне проводимой терапии появилась пастозность голеней, периодически стенокардитические боли, ЧСС –90 в мин., РS- 86 в мин., АД –160\90 мм.рт.ст.

Предложите тактику ведения пациента.

**Задача 8.**

Больной А., 60 лет лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН II А ст. Артериальная гипертония IIст, ОВР. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. В стационаре получал лечение: нитраты в\в однократно, затем таблетированно; гепарин п\к, иАПФ, b-адреноблокаторы. Выписывается с улучшением, со стабилизацией стенокардии во II ФК (ЧСС-72 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст., ХС –4,2ммоль\л)

Какие лекарственные препараты необходимо рекомендовать больному при выписке?

Какиеантиагреганты возможно назначить больному?

Как правильно назначать нитраты при ФК II?

**Задача 9**

Больной лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия со стабилизацией в III ФК. ХСН II А. При выписке ЧСС-70 в мин., АД-120\80 мм.рт. ст., ХС- 5,8 ммоль\л.

Какие группы препаратов необходимо рекомендовать больному?

Какие показатели крови необходимо контролировать при приеме статинов?

Как назначать нитраты при ФК III?

**Задача 10.**

Больной с Дз: ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. ПИКС. ХСН II Б ст. Получает пропранолол, аспирин, аккупро, нитраты ситуационно, гипотиазид, аторвастатин.

Какиеb-адреноблокаторы предпочтительнее у больного с ИБС и ХСН.

Какую группу мочегонных можно добавить в лечение?

**Задачи по теме "КФ гипотензивных"**

**Задача 11.**

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст. Диагноз? Тактика?

**Задача 12.**

Больной 65 лет, страдает АГ много лет. Принимает клофелин. В последние 2-3 месяцапоявились головокружение, шум в ушах, снижение слуха. На РЭГ ГМ сосудов регистрируется спастический тип кривой. Спазм артерий мелкого и среднего калибра. Причина? Тактика?

**Задача 13**

Больная 28 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой (принимает 50 mgпреднизолона в день). В последние несколько месяцев стала отмечать повышение АД до180/120 мм рт. ст.

Ваша тактика? Причина повышения АД?

**Задача 14.**

Больной 18 лет, страдает АГ в течение Зх лет. Ежедневно отмечает повышение сАД до170-160 мм рт. ст. При исследовании внутренних органов патологии не выявлено. Состороны ССС - границы относительной сердечной тупости на 1 см расширены влево. ВТпальпируется в V м/р на 0,5 см кнутри от I. mediaclavicularessinistral. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 68 в 1', АД 160/100 мм рт. ст. из анамнеза жизни известно, что
больной занимался лёгкой атлетикой, из которой ушёл 3,5 года назад по семейным обстоятельствам.

Причина увеличения сердца? Тактика.

**Задача 15.**

Больная 56 лет, при поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, раздражительность, периодические повышения САД до 180-170 мм рт. ст., тахикардию, потливостьтремор пальцев рук, ощущение «внутренней дрожи», тревоги, снижение массы тела на 6кг за последние месяцы при повышенном аппетите, слабость. Считает себя больной около года, когда появились первые симптомы заболевания.

При обследовании: больная беспокойна, что-то постоянно «перебирает» руками. Кожныепокровы горячие, «бархатистые», тургор не снижен. Подкожно жировой слой понижено развит, распределён равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 в 1/
АД 170/100 мм рт. ст. Патологии со стороны органов ЖКТ и МВС нет.
Щитовидная железа при пальпации увеличена до II степени, хорошо заметна при осмотрево время глотания, мягко-эластической консистенции, без узловых образований, свободно смещается при глотании. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Симптом Мари и Розенбаха положительные.

Лабораторные исследования: св. Т4 - 36 (N 9-28), ТТГ - 0 (N 0,35-5,5).
Ваш предположительный диагноз? Лечение гипертонии?

**Задачи по теме "КФ антитромботических препаратов"**

**Задача 16.**

Пациент, 50 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии. На ЭКГ- постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут. Укажите какой препарат необходимо назначить для профилактики тромбоэмболических осложнений в какой дозе? Объясните ответ.

**Задача 17.**

Пациент, 60 лет, после подема на 5 этаж пешком внезапно почувствовал давящие боли за грудиной давящего характера. Укажите препараты, которые может принять больной в домашних условиях. Укажите дозировку антиагрегантов, объясните ответ.

**Задача 18**

Больной Б. 48 лет поступил c жалобами на давящие загрудинные боли, появляющиеся во время физической нагрузки, купируемы е нитроглицерином. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. B легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, частые экстрасистолы. ЧСС 92 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. На ЭКГ зарегистрированы признаки ишемии на прередне-перегородочной стенке. В качестве антикоагулянта был назначен гепарин в дозе 5 тыс. ЕД х 4 раза в сутки. Согласны ли Вы с назначением, чем необходимо контролировать введение гепарина.

**Задача 19.**

Больной 46 лет, находится на гемодиализе. Укажите антикоагулянтный препарат, который можно назначить данному пациенту. Какие побочные эффекты могут возникнуть при назначении антикоагулянтных препаратов.

**Задача 20.**

Пациент 54 лет, вызвал СМП с жалобами на жгучие боли за грудиной, которые появились 2 часа назад. На ЭКГ : признаки повреждения на передне-боковой стенке ЛЖ с подъемом сегмента ST. Укажите,какоеантитромботическое средство можно назначить в данной ситуации, объясните ответ.

**Задачи по теме «КФ ХСН»**

**Задача №** 21.

 Больная, 67 лет, поступила с жалобами на периодические боли в области сердца жгучегохарактера, возникающие при незначительной физической нагрузке, иногда в покое, купирующиеся приёмом нитроглицерина, одышку при незначительной физическойнагрузке и в покое, приступы «удушья» по ночам, вынуждающие больную спать ввозвышенном положении тела, нарушение ритма сердца, отёки голеностопных суставов, слабость, кашель в течение дня. Из анамнеза - год назад перенесла трансмуральный ИМпереднеперегородочно-верхушечной области, осложнившийся «застойной»
гипостатической пневмонией. В течение 7 лет - на учёте у фтизиатра.

Об-но: состояниетяжёлое, положение возвышенное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, акроцианоз. Грудная клетка - астеническая, втяжение м/р промежутков при дыхании. Расширена капиллярная сеть на коже лица и груди. При перкуссии - притупление всредних отделах справа, здесь же единичные влажные хрипы, сухие рассеянные хрипы повсем лёгочным полям, ЧДД 25 в 1/. ВТ пальпируется в V м/р по 1. Mediaclavicularessinistralлокализованный, ослабленный. Границы относительной сердечной тупости расширенывправо на 1 см, влево на 1,5 см. тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС - 88-93'.
Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +5 см из-под края рёберной дуги, гладкая, плотноватая, болезненная. Селезёнка не пальпируется. Отёки голеней, голеностопных суставов.

OAK, ОАМ без патологии.

БАК - снижена сулемовая проба.

ЭКГ - мерцание предсердий с ЧСС 92-99'. Гипертрофия левого желудочка, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной области.

ЭхоКГ - расширение левых и правых отделов сердца, гипоакинезияпередне-перегородочноверхушечной области, ФВ **левого** желудочка 25%, Е/А =1,5.
R графия: лёгочный рисунок обогащен инфильтрацией в средних отделах справа.Кардиомегалия.
Ваш диагноз? Тактика.

Ответ:

Диагноз: ИБС. ПИКС. Стенокардия напряжения III ФК. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСНпб (ШФК) с приступами сердечной астмы. Инфильтративный ТВ лёгких?

Лечение: дигоксин+ furosemidi +verospironi +нитросорбид +ингибиторы АПФ + непрямые антикоагулянты + антибиотики

**Задача №** 22.

Больной 56 лет поступил с жалобами на одышку при обычной физической нагрузкепериодически возникающие нарушения ритма сердца, отёки к вечеру в областиголеностопных суставов, повышение АД до 170-180 мм рт. ст. из анамнеза страдаетартериальной гипертензией в течение нескольких лет. Нарушение ритма сердца впервыевозникло 3 мес. назад, срыв ритма провоцируется эмоциональным напряжением, физической нагрузкой. Одышка, отёки стали возникать преимущественно в это же время.
Об-но: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижнихотделах «застойные» хрипы, ЧДД 20 в Г. Границы относительной сердечной тупостирасширены влево на 1 см. ВТ пальпируется в V м/р по 1. Mediaclavicularessinistral. Toны сердца звучные, аритмичные, ЧСС 92 в Г. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю
рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

OAK, ОАМ без патологии.
БАК без патологии.

ЭКГ - мерцание предсердий с ЧСС 88-96 в 1/. ЭОС смещена влево. Гипертрофия левогожелудочка.

ЭхоКГ - масса миокарда левого желудочка 200 гр (N до 180), ФВ 38%.
Окулист: ангиопатия сетчатки.
Диагноз? Тактика?

Ответ:

Диагноз: ИБС. Пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.
Гипертоническая болезнь, 2 стадия. ХСН па(Н ФК).

Лечение: ингибиторы АПФ **+**дигоксин +тиазидный диуретик +непрямой коагулянт.

**Задача №** 23.

Больной 48 лет, поступил с жалобами на одышку, возникающую при обычной физическойнагрузке, сухой кашель в течение дня, отёки голеностопных суставов. Из анамнеза -хронический тонзиллит. Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровывидимые слизистые бледные, акроцианоз. В лёгких дыхание везикулярное, сухие застойные
хрипы в нижних отделах, ЧДД 20 в Г. Набухшие шейные вены. Область сердца неизменена. В эпигастрии и в III-IV м/р слева от грудины отмечается пульсация. Приперкуссии границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Приаускультации тоны сердца ритмичные, звучные, на верхушке усилен I тон, выслушивается ритм перепела, над a. pulmonalis акцент II тона. Пресистолический шум на верхушкесердца, диастолический шум вдоль левого края грудины. При пальпации диастолическоедрожание на верхушке сердца, положительный симптом 2х молоточков, ЧСС 78 в Г, *АД*130/80. живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги, мягкая, гладкая, чувствительная. Пастозность голеней.

OAK, ОАМ без патологии.

БАК: АСЛ-0 200 ед., АСК 300 ед., СРБ + (12 mg/ml).
Диагноз? Тактика?

Ответ:

Диагноз: Ревматическая болезнь сердца: митральный стеноз, минимальная степень активностиСНIIб (ФК II),.

Сопутствующий: Хронический тонзиллит.
Тактика: ингибиторы АПФ + тиазидный диуретик.

**3.ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ, ДОКЛАДОВ**

по дисциплине «Клиническая фармакология в кардиологии»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

**1. Темы рефератов**

1. «Взаимодействие лекарственных средств»
2. «КФ антиангинальных средств»
3. «КФ препаратов для лечения ХСН»
4. «Этапы гемостаза»

**2. Темы докладов**

1. «Гипотензивные лекарственные средства»
2. «КФ гиполипидемических и метаболических лекарственных средств»
3. «Классификация, клиническая фармакология антиаритмических лекарственных средств»

**Тесты**

1. Фармакокинетика - это:

\*а) изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств

б) изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств

в) изучение токсичности и побочных эффектов

г) методология клинического испытания лекарств

д) изучение взаимодействий лекарственных средств

1. Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ:

а) фильтрация

б) диффузия

в) активный транспорт

г) пиноцитоз

\*д) все виды

1. Какие препараты больше подвергаются метаболизму в печени:

\*а) липофильные

б) гидрофильные

в) липофобные

г) имеющие кислую реакцию

д) имеющие щелочную реакцию

1. Фармакодинамика включает в себя изучение следующего:

\*а) эффекты лекарственных средств и механизмы их действия

б) абсорбцию и распределение лекарств

в) метаболизм лекарств

г) выведение лекарств

д) всё перечисленное

1. Какие факторы влияют на период полувыведения:

\*а) почечный и печёночный клиренс

б) биодоступность

в) скорость распределения

г) связь с белком

д) экскреция почками

1. Величина биодоступности важна для определения:

\*а) пути введения лекарственных средств

б) кратности приема

в) скорости выведения

г) эффективности препарата

д) продолжительности лечения

1. Биодоступность - это:

а) процент вещества, выделенного из организма

 \* б) процент вещества, достигшего системного кровотока

в) эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект

г) процент препарата, связанного с белком

д) ничего из перечисленного

1. При каком способе введения лекарств биодоступность будет максимальной:

а) пероральном

б) сублингвальном

в) внутримышечном

\*г) внутривенном

д) ректальном

1. Что такое синдром отмены:

а) положительное действие лекарственного средства

б) снижение эффекта препарата при его отмене

\*в) ответная реакция организма на отмену препарата

г) усиление эффекта препарата при его отмене

д) все перечисленное

1. Какой диуретик может вызвать развитие гирсутизма и гинекомастии:

а) гипотиазид

\*б) спиронолактон

в) фуросемид

г) диакарб

д) индапамид

1. Выберите гемодинамические эффекты нифедипина:

а) отрицательное инотропное действие, уменьшение ЧСС

б) повышение сердечного выброса, снижение ЧСС

в) увеличение ЧСС, дилатация венул

\*г) увеличение ЧСС, дилатация артериол

1. Какой препарат вызывает синдром отмены:

а) нифедипин

\*б) пропранолол

в) каптоприл

г) гипотиазид

д) лозартан

1. Какой из препаратов даст наименьшие колебания артериального давления в течение суток:

а) нифедипин

\*б) амлодипин

в) верапамил

г) нифедипин-ретард SR

д) фелодипин

1. Приёмом какого препарата под язык можно купировать эпизоды подъёма АД:

\*а) каптоприл

б) гипотиазид

в) атенолол

г) рамиприл

д) фуросемид

1. Выберите вазодилататор, не вызывающий тахикардии:

\*а) эналаприл

б) празозин

в) нифедипин

г) пропранолол

д) нитропруссид натрия

1. Гипотензивное действие нифедипина при приёме рег оs развивается через:

\*а) 10 минут

б) 30 минут

в) 1 час

г) 3 часа

д) 5 часов

1. Что является абсолютным противопоказанием для назначения в - блокаторов:

а) пожилой возраст

б) хроническая сердечная недостаточность

\*в) бронхиальная астма

г) импотенция

д) язвенная болезнь

1. Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:

а) клофелин

б) каптоприл

\*в) нифедипин

г) энап Р

д) верапамил

1. Механизм гипотензивного действия периндоприла обусловлен:

а) блокадой α1-рецепторов

б) блокадой в1 - адренорецепторов

в) блокадой синтеза ренина

\*г) блокадой АПФ

д) блокадой ангиотензиновых рецепторов

1. Выберите диуретик для купирования гипертонического криза:

а) гипотиазид

\*б) фуросемид

в) спиронолактон

г) триамтерен

д) маннит

1. Выберите препарат для приема под язык при неосложненном гипертоническом кризе:

 \* а) каптоприл

 б) рамиприл

 в) бисопролол

 г) фуросемид

 д) лозартан

1. Отметьте диуретик для длительного контроля артериального давления:

 а) фуросемид

 б) диакарб

 \*в) индапамид

 г) триамтерен

д) верошпирон

1. Выберите рациональную комбинацию гипотензивных:

а) нифедипины+в-адреноблокаторы

б) в-адреноблокаторы+ верапамил

\*в) ИАПФ+нифедипины

г) ИАПФ+ блокаторы рецепторов к ангиотензину II

д) все перечисленные

1. Выберите гидрофильный гликозид:

\*а) строфантин

б) целанид

в) дигоксин

г) дигитоксин

д) все ответы верны

1. Отметьте эффекты сердечных гликозидов:

а) отрицательный хронотропный

б) отрицательный дромотропный

в) отрицательный батмотропный

г) вазодилатация

 \*д) все перечисленные

1. Какая из аритмий чаще возникает при интоксикации сердечными гликозидами?

а) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

б) предсердная экстрасистолия

в) мерцание предсердий

\*г) желудочковая экстрасистолия

д) любая из перечисленных

1. Какой из диуретиков действует в восходящем отделе петли Генле?

а) гипотиазид

б) верошпирон

\*в) фуросемид

г) триамтерен

д) индапамид

1. Отметьте показание для назначения мочегонных при ХСН:

а) гипотония

б) выраженная тахикардия

\*в) признаки задержки жидкости в организме на фоне ингибиторов АПФ

г) нарушение почечной функции

д) аритмия

1. При развитии рефрактерности к мочегонным при ХСН какова максимальная доза фуросемида:

А) 40 мг

Б) 80 мг

В) 200 мг

\*Г) 500 мг

Д) ограничений доз нет

1. Основным в механизме антиангинального действия нитроглицерина является:

а) прямое коронаролитическое действие

 б) уменьшение работы сердца за счёт снижения постнагрузки

\*в) уменьшение работы сердца за счёт снижения преднагрузки

г) изменение метаболизма в сердечной мышце

д) уменьшение ЧСС

1. После приёма таблетки нитроглицерина концентрация его в крови достигает максимума через:

а) 0,5 минуты

\*б) 1,5-5 минут

в) 10-15 минут

г)25- 30 минут

д) 1 час

1. При назначении каких препаратов может возникнуть ортостатическая гипотония:

\*а) нитратов

б) в – адреноблокаторов

в) нифедипинов

г) антагонистов рецепторов к ангиотензину II

д) недигидроперидинов

1. Для профилактики стенокардии напряжения наиболее показан:

а) нифедипин

\*б) метопролол

в) каптоприл

г) верапамил

д) кораксан

1. Какой из метаболических препаратов в настоящее время рекомендован при ИБС:

а) рибоксин

б) АТФ

в) кокарбоксилаза

\*г) триметазидин

д) пирацетам

1. Выберите препарат для купирования приступа стенокардии:

а) нитронг

б) молсидомин

в) нифедипин

г) каптоприл

\*д) нитроспрей

1. Какая группа препаратов является средством выбора после перенесенного инфаркта миокарда:

а) статины

б) ИАПФ

в) в-блокаторы

г) антиагреганты

\*д) все перечисленные

1. Укажите цель назначения статинов в увеличенной дозе в первые дни инфаркта миокарда:

а) снижение общего холестерина

б) снижение холестерина липопротеидов низкой плотности

\*в) стабилизация атеросклеротических бляшек

г) снижение преднагрузки

д) снижение постнагрузки

1. Укажите лекарственное средство, относящееся к группе прямых антикоагулянтов:

а) альтеплаза

б) варфарин

в) клопидогрель

\*г) фраксипарин

д) аспирин

1. Укажите лекарственное средство, относящееся к группе антиагрегантов:

а) фраксипарин

\*б) ацетилсалициловая кислота

в) урокиназа

г) гирудин

д) варфарин

1. Какой показатель следует контролировать при лечении варфарином:

а) АЧТВ

б) время кровотечения

\*в) МНО

г) время свертывания

д) количество лейкоцитов

1. Для растворения фибринового тромба используют:

а) гепарин

б) аспирин

в) клопидогрель

\*г) альтеплазу

д) клексан

1. Укажите состояние, при котором необходима медикаментозная терапия:

\*А. Желудочковая экстрасистолия (более 30 экстрасистол за час)

Б. Ускоренный идиовентрикулярный ритм или ритм атриовентрикулярного соединения с нормальной ЧСС

В. Предсердная экстрасистолия без признаков органического заболевания сердца

Г. АV блокада 1 степени

Д. SА –блокада

1. Выберите препарат, замедляющий проведение в AV- узле:

А. Верапамил

Б. Пропранолол

В. Дигоксин

Г. Аллопенин

\*Д. Все перечисленное

1. Выберите правильное утверждение:

А. Аритмогенное действие наиболее характерно для препаратов 1 класса

Б. Аритмогенное действие наиболее характерно для препаратов 3 класса

В. Аритмогенный эффект наиболее характерен для пропафенона

Г. Аритмогенный эффект наиболее характерен для амиодарона

\*Д. Любой антиаритмический препарат может проявить аритмогенный эффект

1. Укажите препарат выбора для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:

А. Амиодарон

\*Б. Лидокаин

В. Хинидин

Г. Верапамил

Д. Дилтиазем

1. Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной тахикардии:

\*А. Верапамил

Б. Аймалин

В. Мекситил

Г. Лидокаин

Д. Ничего из перечисленного

1. При AV-блокаде применяют:

\*А. Атропин

Б. Хинидин

В. Верапамил

Г. Соталол

Д. Новокаинамид

**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 по выбору**

**«Ультразвуковая и функциональная диагностика в кардиологии»**

**Вопросы для собеседования к зачету по дисциплине**

**«Клиническая фармакология в кардиологии»**

1. Предмет и задачи клинической фармакологии. Содержание терминов и понятий. Разделы клинической фармакологии и их значение для медицинской науки и практики.
2. Клиническая фармакология диуретиков.
3. Фармакодинамика лекарственных средств (механизм действия и эффекты). Значение фармакодинамики лекарств для индивидуализации фармакотерапии.
4. Клиническая фармакология антигипертензивных средств центрального действия.
5. Сочетанное применение антигипертензивных средств.
6. Клиническая фармакокинетика. Содержание и информативность терминов и понятий.
7. Лечение гипертонического криза
8. Клиническая фармакология нитросодержащих и кардиопротективных препаратов.
9. Сочетание применение антиангинальных средств.
10. Клиническая фармакология антиаритмических средств.
11. Взаимодействие лекарственных средств. Виды взаимодействий, значение.
12. Клиническая фармакология антикоагулянтов.
13. Клиническая фармакология средств, тормозящих адгезию и агрегацию тромбоцитов.
14. Клиническая фармакология гемостатических средств.
15. Клиническая фармакология фибринолитических средств.
16. Нежелательные эффекты действия лекарственных средств (побочные и токсические), их классификация, механизмы и значение в фармакотерапии.
17. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых у беременных, кормящих.
18. Клиническая фармакология средств, влияющих на ренин-ангиотензиновную систему.
19. Клиническая фармакология альфа-адреноблокирующих и бета-адреноблокирующих средств.
20. Клиническая фармакология блокаторов кальциевого канала.
21. Клиническая фармакология гиполипидемических средств.

**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. Предмет и задачи клинической фармакологии. Содержание терминов и понятий. Разделы клинической фармакологии и их значение для медицинской науки и практики.
2. Клиническая фармакология нитросодержащих и кардиопротективных препаратов.
3. Нежелательные эффекты действия лекарственных средств (побочные и токсические), их классификация, механизмы и значение в фармакотерапии.

**III. Ситуационная задача**

Больная, 67 лет, поступила с жалобами на периодические боли в области сердца жгучегохарактера, возникающие при незначительной физической нагрузке, иногда в покое, купирующиеся приёмом нитроглицерина, одышку при незначительной физическойнагрузке и в покое, приступы «удушья» по ночам, вынуждающие больную спать ввозвышенном положении тела, нарушение ритма сердца, отёки голеностопных суставов, слабость, кашель в течение дня. Из анамнеза - год назад перенесла трансмуральный ИМпереднеперегородочно-верхушечной области, осложнившийся «застойной»
гипостатической пневмонией. В течение 7 лет - на учёте у фтизиатра.

Об-но: состояниетяжёлое, положение возвышенное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, акроцианоз. Грудная клетка - астеническая, втяжение м/р промежутков при дыхании. Расширена капиллярная сеть на коже лица и груди. При перкуссии - притупление всредних отделах справа, здесь же единичные влажные хрипы, сухие рассеянные хрипы повсем лёгочным полям, ЧДД 25 в 1/. ВТ пальпируется в V м/р по 1. Mediaclavicularessinistralлокализованный, ослабленный. Границы относительной сердечной тупости расширенывправо на 1 см, влево на 1,5 см. тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС - 88-93'.
Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +5 см из-под края рёберной дуги, гладкая, плотноватая, болезненная. Селезёнка не пальпируется. Отёки голеней, голеностопных суставов.

OAK, ОАМ без патологии.

БАК - снижена сулемовая проба.

ЭКГ - мерцание предсердий с ЧСС 92-99'. Гипертрофия левого желудочка, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной области.

ЭхоКГ - расширение левых и правых отделов сердца, гипоакинезияпередне-перегородочноверхушечной области, ФВ **левого** желудочка 25%, Е/А =1,5.
R графия: лёгочный рисунок обогащен инфильтрацией в средних отделах справа.Кардиомегалия.
Ваш диагноз? Тактика.

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 №1-21 |
| Уметь- выявлять факторы риска, проводить раннюю диагностику, определить объём лечения, реабилитационных и профилактических мероприятийкардиологических заболеваний, проводить диспансеризацию в сроки и должном объеме. | ситуационные задачи №1-23 |
| Владеть- Навыками выявления факторов риска, проведения ранней диагностики, определения объёма лечения, реабилитационных и профилактических мероприятийкардиологических заболеваний, формирования диспансерных групп, навыками диспансерного наблюдения .. | ситуационные задачи № 1-23, тесты 1-47 |