

Автономная некоммерческая организация высшего образования "Медицинский институт им. Зернова М.С."



**Б.1.В.В.3.9 «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В РАБОТЕ
ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»**

для образовательной программы высшего образования -
программы специалитета
по специальности
31.05.01 Лечебное дело

Ессентуки, 2025 г.

Настоящая рабочая программа дисциплины Б.1.В.В.3.9 «Неотложные состояния в работе врача общей практики» (далее – рабочая программа дисциплины), является частью программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Направленность (профиль) образовательной программы – Лечебное дело.

Форма обучения: очная.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации рабочей программы дисциплины:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденный Приказом Министра образования и науки Российской Федерации от «12» августа 2020 г. № 988.
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.

1. Общие положения

1.1. Цель и задачи освоения дисциплины

- 1.1.1. Целью освоения дисциплины является формирование у студентов представления о патогенезе и дифференциальном диагнозе основных неотложных состояний, возникающих как осложнение и прогрессирование заболеваний внутренних органов; умения диагностировать эти синдромы и принимать экстренные меры к их купированию; умения прогнозировать высокий риск развития таких состояний у стабильных больных с заболеваниями внутренних органов.
- 1.1.2. Задачи, решаемые в ходе освоения программы дисциплины:

- формирование патогенетически обоснованного представления о клинической картине неотложных состояний при их манифестации;
- формирование алгоритмических схем быстрой постановки диагноза;
- формирование алгоритмических схем проведения неотложной терапии;
- формирование представлений о профилактике развития и оценке высокого риска возникновения обострений при заболеваниях внутренних органов.

1.2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Неотложные состояния в работе врача общей практики» изучается в 12 семестре и относится к вариативной части Блока Б1 Дисциплины(модули). Является дисциплиной по выбору.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 з.е.

Для успешного освоения настоящей дисциплины обучающиеся должны освоить следующие дисциплины:

Биоэтика

История медицины

Латинский язык

Правоведение

Психология и педагогика

Философия

Анатомия

Биология

Биохимия

Гистология, эмбриология, цитология

Иммунология

Микробиология, вирусология

Нормальная физиология

Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия

Патофизиология, клиническая патофизиология

Фармакология

Физика, математика

Химия

Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия

Клиническая фармакология

Лучевая диагностика

Психиатрия, медицинская психология

Инфекционные болезни

Клиническая фармакология

Пропедевтика внутренних болезней
Факультетская терапия, профессиональные болезни
Госпитальная терапия, эндокринология
Фтизиатрия

Знания, умения и опыт практической деятельности, приобретенные при освоении настоящей дисциплины, необходимы для успешного прохождения итоговой аттестации.

1.3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы:

12 семестр:

Планируемые результаты обучения по дисциплине: (знания, умения навыки)	Компетенции студента, на формирование которых направлены результаты обучения по дисциплине	Шифр компетенции
Общекультурные компетенции		
Знать: конкретные цели, задачи и пути их достижения; стандарты действия в определённых ситуациях основные этапы анализа полученной информации Уметь: логически верно, ясно и аргументированно строить устную и письменную речь; систематизировать и анализировать полученную информацию; Владеть навыками абстрактного мышления, способности к обобщению, анализу, восприятию цели и путей её достижения	способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	ОК-1
Знать: принципы оценки состояния пациента, клинические симптомы и данные обследований при заболеваниях внутренних органов, различные варианты течения одного заболевания, принципы лечения заболеваний Уметь: оценить состояние пациента при возникновении нестандартной ситуации, анализировать полученные данные, назначить лечение больного; принять решение, основываясь на теоретических и практических знаниях, а также правилах врачебной этики и деонтологии Владеть навыками создания точного диагностического алгоритма, принятия правильного решения после оценки состояния больного, установления диагноза, назначения адекватного лечения	способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	ОК-4
Знать: основные пути самообразования, пути использования основной и дополнительной учебной	готовность к саморазвитию,	ОК-5

литературы, электронных образовательных ресурсов. Уметь: самостоятельно осваивать учебный материал с использованием учебной медицинской литературы, учебных пособий, электронных образовательных ресурсов; объективно оценивать уровень своих знаний и своевременно ликвидировать пробелы в знаниях для саморазвития и самообразования; Владеть навыками сбора информации при изучении дисциплины	самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала	
Знать: приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций; Уметь: использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций; Владеть навыками приемов оказания первой помощи, методов защиты в условиях чрезвычайных ситуаций	готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций	ОК-7
Знать: основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами, так и с медицинским персоналом и коллегами по работе; принципы функционирования профессионального коллектива, понимать роль корпоративных норм и стандартов; социальные и культурные основы различного этноса; Уметь: работать в коллективе, находить эффективные пути взаимодействия в коллективе; эффективно выполнять задачи профессиональной деятельности; толерантно относиться к культурным и социальным традициям различного этноса; Владеть основами социальных и культурных различий; приемами взаимодействия с сотрудниками, выполняющими различные профессиональные задачи и обязанности	готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	ОК-8
Общепрофессиональные компетенции		
Знать: правила врачебной этики и деонтологии; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе; Уметь: соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста, выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; Владеть навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления,	способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ОПК-4

публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики		
Знать: основные профессиональные задачи, поставленные в ходе изучения дисциплины; Уметь: объективно оценивать уровень своих знаний и умений, анализировать результаты собственной деятельности; признавать ошибки и находить пути их исправления; Владеть навыками анализа результатов собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	ОПК-5
Знать: структуру клинической истории болезни стационарного больного, ее разделы, схему написания и правила заполнения; Уметь: оформлять историю болезни пациента согласно принятым стандартам и правилам; Владеть навыками грамотного, последовательного изложения содержания истории болезни пациента, которая должна содержать все необходимые сведения о болезни, дифференциальной диагностике ведущего синдрома и лечении пациента	готовность к ведению медицинской документации	ОПК-6
Знать: клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, принципы комбинирования лекарственных препаратов, применения иных веществ; рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у пациентов; доказательную базу применения лекарственных препаратов и иных веществ; Уметь: уметь сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, рациональную комбинацию лекарственных средств; оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Владеть навыками применения лекарственных средств и иных веществ для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний	готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	ОПК-8
Знать: основы морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека; причины,	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и	ОПК-9

происхождение и диагностическую значимость выявленных патологических изменений; Уметь: своевременно выявить патологические процессы в организме человека, провести правильную трактовку полученных данных для решения профессиональных задач; Владеть навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки патологических процессов в организме	патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	
Знать: медицинские изделия, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи, и особенности их применения; Уметь: применять на практике простейшие медицинские инструменты (фонендоскоп, шпатель, неврологический молоточек, скальпель, пинцет, зонд, зажим, расширитель, градуированный камертон и т.п.); Владеть навыками применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	ОПК-11
Профессиональные компетенции		
Знать: методологические подходы к проведению опроса, физикального осмотра, современные методы диагностики Уметь: самостоятельно провести опрос пациента и/или его родственников собрать анамнез жизни и болезни; выделить ведущие жалобы, провести опрос по системам; провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); оценить общее состояние пациента для принятия решения о необходимости дополнительных методов обследования; заполнить историю болезни. Владеть навыками общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов; алгоритмом лабораторного и инструментального обследования при подозрении на предполагаемую патологию внутренних органов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и морфологических методов диагностики при заболеваниях внутренних органов;	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	ПК-5
Знать: основные патологические состояния, синдромы при заболеваниях внутренних органов; знать основные принципы формирования Международной статистической классификацией	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов,	ПК-6

болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра Уметь: обобщить и анализировать результаты объективного обследования больного, данных лабораторных и инструментальных методов исследования; выделить основные клинические и лабораторные патологические синдромы; поставить предварительный диагноз; Владеть навыками оценки состояния здоровья пациента, методами общего клинического обследования пациентов, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением больного на дополнительное обследование	синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
Знать: особенности тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами; Уметь: определить правильную тактику ведения больного в зависимости от нозологической формы заболевания и наличия сопутствующей патологии Владеть навыками ведения пациентов с различными нозологическими формами	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	ПК-8
Знать: основы организации медицинской помощи, современные эффективные методы лечения при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; Уметь: подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией; назначить своевременное и правильное обследование и лечение при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; Владеть навыками основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; организации медицинской помощи	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ПК-11

2. Формы работы обучающихся, виды учебных занятий и их трудоёмкость

Формы работы обучающихся / Виды учебных занятий/ Формы промежуточной аттестации	Всего часов	Распределение часов по семестрам													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Учебные занятия															
<i>Контактная работа обучающихся с преподавателем в семестре (КР), в т.ч.:</i>	54												54		
Лекционное занятие (ЛЗ)	18												18		
Семинарское занятие (СЗ)															
Практическое занятие (ПЗ)															
Практикум (П)															

Лабораторно-практическое занятие (ЛПЗ)																			
Лабораторная работа (ЛР)																			
Клинико-практические занятия (КПЗ)	18																18		
Специализированное занятие (СПЗ)	16																16		
Комбинированное занятие (КЗ)																			
Коллоквиум (К)	2																2		
Контрольная работа (КР)																			
Итоговое занятие (ИЗ)																			
Групповая консультация (ГК)																			
Конференция (Конф.)																			
Иные виды занятий																			
Самостоятельная работа обучающихся в семестре (СРО), в т.ч.	54																54		
Подготовка к учебным аудиторным занятиям	54																54		
Подготовка истории болезни																			
Подготовка курсовой работы																			
Подготовка реферата																			
Иные виды самостоятельной работы (в т.ч. выполнение практических заданий проектного, творческого и др. типов)																			
Промежуточная аттестация																			
Контактная работа обучающихся в ходе промежуточной аттестации (КРПА), в т.ч.:																			
Зачёт (З)																			
Защита курсовой работы (ЗКР)																			
Экзамен (Э)**																			
Самостоятельная работа обучающихся при подготовке к промежуточной аттестации (СРПА), в т.ч.																			
Подготовка к экзамену**																			
Общая трудоемкость дисциплины (ОТД)	в часах: ОТД = КР+СРС+КРПА+СРПА	108															108		
	в зачетных единицах: ОТД (в часах):36	3															3		

3. Содержание дисциплины (модуля)

3.1. Содержание разделов (модулей), тем дисциплины (модуля)

№ п/п	Шифр компетенции	Наименование раздела (модуля), темы дисциплины (модуля)	Содержание раздела и темы в дидактических единицах
1	2	3	4
1.	ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-7 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11 ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Раздел 1 Неотложные состояния в пульмонологии. Тема 1. Острая дыхательная недостаточность Тема 2. Бронхообструктивный синдром	Острая дыхательная недостаточность Разбор больного с дыхательной недостаточностью Бронхообструктивный синдром. Астматический статус Респираторный дистресс-синдром взрослых Обсуждение вопросов диагностики неотложных состояний пульмонологии. Разбор рентгенограмм, томограмм

		Тема 3. Респираторный дистресс-синдром взрослых	
2.	ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-7 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11 ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Раздел 2 Неотложные состояния в кардиологии. Тема 4. Нарушения ритма и проводимости сердца Тема 5. Острая сердечная недостаточность Тема 6. Тромбоэмболия легочной артерии Тема 7. Острое легочное сердце Тема 8. Аневризма аорты Тема 9. Гипертонические кризы	Нарушения ритма и проводимости Разбор электрокардиограмм больных с нарушениями ритма и проводимости сердца Острая сердечная недостаточность Тромбоэмболия легочной артерии Диагностика тромбоэмболии легочной артерии. Разбор рентгенограмм, эхограмм, томограмм. Острое легочное сердце. Острая правожелудочковая недостаточность Аневризма аорты Гипертонические кризы
3.	ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-7 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11 ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Раздел 3 Неотложные состояния в нефрологии. Тема 10. Острое повреждение почек Тема 11. Лекарственное поражение почек	Острая почечная недостаточность. Клинический разбор больных с острым поражением почек Лекарственное поражение почек
4.	ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-7 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11 ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Раздел 4 Неотложные состояния в гематологии. Тема 12. Дифференциальный диагноз и лечение тяжелой анемии Тема 13. Синдром повышенной вязкости крови Тема 14. Осложнения анти тромботической терапии	Дифференциальный диагноз и лечение тяжелой анемии. Клинический разбор больного с тяжелой анемией Синдром повышенной вязкости крови Осложнения анти тромботической терапии Разбор анти тромботической терапии и её осложнений
5.	ОК-1, ОК-4, ОК-5, ОК-7 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-11 ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	Раздел 5 Неотложные состояния при других соматических заболеваниях	Синдром полиорганной недостаточности. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Клинический разбор больных с острым поражением печени

		Тема 15. Синдром полиорганной недостаточности Тема 16. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания Тема 17. Острое поражение печени	
--	--	--	--

3.2. Перечень разделов (модулей), тем дисциплины (модуля) для самостоятельного изучения обучающимися (при наличии)

Разделы и темы дисциплины для самостоятельного изучения обучающимися в программе не предусмотрены

4. Тематический план дисциплины

4.1. Тематический план контактной работы обучающихся с преподавателем

№ п/п	Виды учебных занятий/ форма промежуточной	Период обучения (семестр). Порядковые номера и наименование разделов (модулей) (при наличии). Порядковые номера и наименование тем (модулей) модулей. Темы учебных занятий.	Количество часов контактной работы	Виды текущего контроля успеваемости	Формы проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ***					
					КП	А	РЗ	ТЭ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		12 семестр								
		Раздел 1. Неотложные состояния в пульмонологии								
		<i>Тема 1. Острая дыхательная недостаточность</i>								
1	ЛЗ	Острая дыхательная недостаточность	2	Д	+					
2	СПЗ	Острая дыхательная недостаточность	2	Т	+		+			
3	КПЗ	Разбор больного с дыхательной недостаточностью	2	Т	+	+				
		<i>Тема 2. Бронхообструктивный синдром</i>								
4	ЛЗ	Бронхообструктивный синдром. Астматический статус	2	Д	+					
		<i>Тема 3. Респираторный дистресс-синдром взрослых</i>								
5	СПЗ	Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ)	2	Т	+		+			
6	КПЗ	Обсуждение вопросов диагностики неотложных состояний пульмонологии. Разбор рентгенограмм, томограмм	2	Т	+	+				
		Раздел 2. Неотложные состояния в кардиологии								
		<i>Тема 4. Нарушения ритма и проводимости сердца</i>								

№ п/п	Виды учебных занятий/ форма промежуточной	Период обучения (семестр). Порядковые номера и наименование разделов (модулей) (при наличии). Порядковые номера и наименование тем (модулей) модулей. Темы учебных занятий.	Количество часов контактной работы	Виды текущего контроля успеваемости	Формы проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ***					
					КП	А	РЗ	ТЭ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
7	ЛЗ	Нарушения ритма и проводимости	4	Д	+					
8	КПЗ	Разбор электрокардиограмм больных с нарушениями ритма и проводимости сердца	2	Т	+	+				
		<i>Тема 5. Острая сердечная недостаточность</i>								
9	КПЗ	Острая сердечная недостаточность	2	Т	+	+				
		<i>Тема 6. Тромбоэмболия легочной артерии</i>								
10	СПЗ	Тромбоэмболия легочной артерии	2	Т	+		+			
11	КПЗ	Диагностика тромбоэмболии легочной артерии. Разбор рентгенограмм, эхограмм, томограмм.	2	Т	+	+				
		<i>Тема 7. Острое легочное сердце</i>								
12	СПЗ	Острое легочное сердце. Острая правожелудочковая недостаточность	2	Т	+		+			
		<i>Тема 8. Аневризма аорты</i>								
13	ЛЗ	Аневризма аорты	2	Д	+					
		<i>Тема 9. Гипертонические кризы</i>								
14	ЛЗ	Гипертонические кризы	2	Д	+					
		Раздел 3. Неотложные состояния в нефрологии								
		<i>Тема 10. Острое повреждение почек</i>								
15	ЛЗ	Острая почечная недостаточность.	2	Д	+					
16	КПЗ	Клинический разбор больных с острым поражением почек	2	Т	+	+				
		<i>Тема 11. Лекарственное поражение почек</i>								
17	СПЗ	Лекарственное поражение почек	2	Т	+		+			
		Раздел 4. Неотложные состояния в гематологии								
		<i>Тема 12. Дифференциальный диагноз и лечение тяжелой анемии</i>								
18	ЛЗ	Дифференциальный диагноз и лечение тяжелой анемии.	2	Д	+					
19	КПЗ	Клинический разбор больного с тяжелой анемией	2	Т	+	+				
		<i>Тема 13. Синдром повышенной вязкости крови</i>								
20	СПЗ	Синдром повышенной вязкости крови	2	Т	+		+			
		<i>Тема 14. Осложнения антитромботической терапии</i>								
21	СПЗ	Осложнения антитромботической терапии	2	Т	+		+			
22	КПЗ	Разбор антитромботической терапии и её осложнений	2	Т	+	+				

№ п/п	Виды учебных занятий/ форма промежуточной	Период обучения (семестр). Порядковые номера и наименование разделов (модулей) (при наличии). Порядковые номера и наименование тем (модулей) модулей. Темы учебных занятий.	Количество часов контактной работы	Виды текущего контроля успеваемости**	Формы проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ***					
					КП	А	РЗ	ТЭ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Раздел 5. Неотложные состояния при других соматических заболеваниях								
		<i>Тема 15. Синдром полиорганной недостаточности</i>								
23	ЛЗ	Синдром полиорганной недостаточности	2	Д	+					
		<i>Тема 16. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания</i>								
24	СПЗ	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	2	Т	+		+			
		<i>Тема 17. Острое поражение печени</i>								
25	КПЗ	Клинический разбор больных с острым поражением печени	2	Т	+	+				
26	К	<i>Текущий рубежный (модульный) контроль</i>	2	Р	+			+		
		Всего часов	54							

Условные обозначения:

Виды учебных занятий и формы промежуточной аттестации *

Виды учебных занятий, формы промежуточной аттестации	Сокращённое наименование	
Лекционное занятие	Лекция	ЛЗ
Семинарское занятие	Семинар	СЗ
Практическое занятие	Практическое	ПЗ
Практикум	Практикум	П
Лабораторно-практическое занятие	Лабораторно- практическое	ЛПЗ
Лабораторная работа	Лабораторная работа	ЛР
Клинико-практические занятия	Клинико- практическое	КПЗ
Специализированное занятие	Специализированное	СЗ
Комбинированное занятие	Комбинированное	КЗ
Коллоквиум	Коллоквиум	К
Контрольная работа	Контр. работа	КР
Итоговое занятие	Итоговое	ИЗ
Групповая консультация	Групп. консультация	КС
Конференция	Конференция	Конф.
Защита курсовой работы	Защита курсовой работы	ЗКР
Экзамен	Экзамен	Э

Виды текущего контроля успеваемости (ВТК)**

Виды текущего контроля успеваемости (ВТК)**	Сокращённое наименование	Содержание
---	-----------------------------	------------

Текущий дисциплинирующий контроль	Дисциплинирующий	Д	Контроль посещаемости занятий обучающимся
Текущий тематический контроль	Тематический	Т	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности на занятиях по теме.
Текущий рубежный (модульный) контроль	Рубежный	Р	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности по теме (разделу, модулю) дисциплины
Текущий итоговый контроль	Итоговый	И	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности по темам (разделам, модулям) дисциплины

**Формы проведения текущего контроля успеваемости
и промежуточной аттестации обучающихся /виды работы обучающихся/ *****

№	Формы проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся (ФТКУ) ***	Техническое и сокращённое наименование		Виды работы обучающихся (ВРО) ***	Типы контроля
1	Контроль присутствия (КП)	Присутствие	КП	Присутствие	Присутствие
2	Учет активности (А)	Активность	А	Работа на занятии по теме	Участие
3	Опрос устный (ОУ)	Опрос устный	ОУ	Выполнение задания в устной форме	Выполнение обязательно
4	Опрос письменный (ОП)	Опрос письменный	ОП	Выполнение задания в письменной форме	Выполнение обязательно
5	Опрос комбинированный (ОК)	Опрос комбинированный	ОК	Выполнение заданий в устной и письменной форме	Выполнение обязательно
6	Тестирование в электронной форме (ТЭ)	Тестирование	ТЭ	Выполнение тестового задания в электронной форме	Выполнение обязательно
7	Проверка реферата (ПР)	Реферат	ПР	Написание (защита) реферата	Выполнение обязательно
8	Проверка лабораторной работы (ЛР)	Лабораторная работа	ЛР	Выполнение (защита) лабораторной работы	Выполнение обязательно
9	Подготовка учебной истории болезни (ИБ)	История болезни	ИБ	Написание (защита) учебной истории болезни	Выполнение обязательно
10	Решение практической (ситуационной) задачи (РЗ)	Практическая задача	РЗ	Решение практической (ситуационной) задачи	Выполнение обязательно
11	Подготовка курсовой работы (ПКР)	Курсовая работа	ПКР	Выполнение (защита) курсовой работы	Выполнение обязательно
12	Клинико-практическая работа (КПР)	Клинико-практическая работа	КПР	Выполнение клинико-практической работы	Выполнение обязательно
13	Проверка конспекта (ПК)	Конспект	ПК	Подготовка конспекта	Выполнение обязательно
14	Проверка контрольных нормативов (ПKN)	Проверка нормативов	ПKN	Сдача контрольных нормативов	Выполнение обязательно
15	Проверка отчета (ПО)	Отчет	ПО	Подготовка отчета	Выполнение обязательно

16	Контроль выполнения домашнего задания (ДЗ)	Контроль самостоятельной работы	ДЗ	Выполнение домашнего задания	Выполнение обязательно, Участие
17	Контроль изучения электронных образовательных ресурсов (ИЭОР)	Контроль ИЭОР	ИЭОР	Изучения электронных образовательных ресурсов	Изучение ЭОР

4.2. Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Период обучения (семестр). Наименование раздела (модуля), тема дисциплины (модуля).	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Всего часов
1	2	3	4
12 семестр			
	Раздел 1. Неотложные состояния в пульмонологии		
1	Тема 1. Острая дыхательная недостаточность	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
2	Тема 2. Бронхообструктивный синдром	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
3	Тема 3. Респираторный дистресс-синдром взрослых	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
	Раздел 2. Неотложные состояния в кардиологии		
4	Тема 4. Нарушения ритма и проводимости сердца	Решение ситуационных обучающих задач, электрокардиограмм. Подготовка к занятию.	3
5	Тема 5. Острая сердечная недостаточность	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
6	Тема 6. Тромбоэмболия легочной артерии	Решение ситуационных обучающих задач, электрокардиограмм, томограмм, эхограмм. Подготовка к занятию.	3
7	Тема 7. Острое легочное сердце	Решение ситуационных обучающих задач, эхограмм. Подготовка к занятию.	2
8	Тема 8. Аневризма аорты	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
9	Тема 9. Гипертонические кризы	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
	Раздел 3. Неотложные состояния в нефрологии		
10	Тема 10. Острое повреждение почек	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
11	Тема 11. Лекарственное поражение почек	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
	Раздел 4. Неотложные состояния в гематологии		
12	Тема 12. Дифференциальный диагноз и лечение тяжелой анемии	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
13	Тема 13. Синдром повышенной вязкости крови	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
14	Тема 14. Осложнения антитромботической терапии	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	3
	Раздел 5. Неотложные состояния при других соматических заболеваниях		

15	Тема 15. Синдром полиорганной недостаточности	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
16	Тема 16. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
17	Тема 17. Острое поражение печени	Решение ситуационных обучающих задач. Подготовка к занятию.	2
18	Разделы 1-5	Подготовка к текущему контролю	10
		Итого:	54

5. Организация текущего контроля успеваемости обучающихся

5.1. Оценочные средства текущего контроля успеваемости обучающихся

5.1.1. Условные обозначения:

Типы контроля (ТК)*

Типы контроля		Тип оценки
Присутствие	П	наличие события
Участие (дополнительный контроль)	У	дифференцированный
Изучение электронных образовательных ресурсов (ЭОР)	И	наличие события
Выполнение (обязательный контроль)	В	дифференцированный

Виды текущего контроля успеваемости (ВТК)**

Виды текущего контроля успеваемости (ВТК)**	Сокращённое наименование		Содержание
Текущий дисциплинирующий контроль	Дисциплинирующий	Д	Контроль посещаемости занятий обучающимся
Текущий тематический контроль	Тематический	Т	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности на занятиях по теме.
Текущий рубежный (модульный) контроль	Рубежный	Р	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности по теме (разделу, модулю) дисциплины
Текущий итоговый контроль	Итоговый	И	Оценка усвоения обучающимся знаний, умений и опыта практической деятельности по темам (разделам, модулям) дисциплины

5.1.2. Структура текущего контроля успеваемости по дисциплине

12 семестр

Виды занятий		Формы текущего контроля успеваемости/виды работы		ТК*				
				ТК*	ВТК**	Max.	Min.	Шаг
Лекционное занятие	ЛЗ	Контроль присутствия	КП	П	Д	1	0	1
Специализированное занятие	СПЗ	Контроль присутствия	КП	П	Д	1	0	1
		Решение практической (ситуационной задачи)	РЗ	В	Т	10	0	1
Клинико-практическое занятие	КПЗ	Контроль присутствия	КП	П	Д	1	0	1
		Учет активности	А	У	Т	10	0	1
Коллоквиум	К	Контроль присутствия	КП	П	Д	1	0	1

(рубежный (модульный) контроль)		Тестирование в электронной форме	ТЭ	В	Р	30	0	1
---------------------------------	--	----------------------------------	----	---	---	----	---	---

5.1.3. Весовые коэффициенты текущего контроля успеваемости обучающихся (по видам контроля и видам работы)

12 семестр

Вид контроля	План %	Исходно		ФТКУ / Вид работы	ТК	План %	Исходно		Коэф
		Баллы	%				Баллы	%	
Текущий дисциплинирующий контроль	40	26	22,4	Контроль присутствия	П	40	26	22,4	1,54
Текущий тематический контроль	30	60	51,7	Учет активности	У	10	30	25,9	0,33
				Решение практической (ситуационной) задачи	В	20	30	25,9	0,67
Текущий рубежный (модульный) контроль	30	30	25,9	Тестирование в электронной форме	В	30	30	25,9	1
Мах кол. баллов	100	116							

5.2. Порядок текущего контроля успеваемости обучающихся (критерии, показатели и порядок текущего контроля успеваемости обучающихся)

Критерии, показатели и порядок балльно-рейтинговой системы текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю) устанавливается Положением о балльно-рейтинговой системе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по программам высшего образования – программам специалитета с изменениями и дополнениями (при наличии).

6. Организация промежуточной аттестации обучающихся

12 семестр.

- 1) Форма промежуточной аттестации согласно учебному плану – зачет.
- 2) Форма организации промежуточной аттестации:
– на основании семестрового рейтинга обучающихся.

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

7.1. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы (по периодам освоения образовательной программы) – согласно п. 1.3. настоящей рабочей программы дисциплины.

7.2. Критерии, показатели и порядок промежуточной аттестации обучающихся с использованием балльно-рейтинговой системы. Порядок перевода рейтинговой оценки обучающегося в традиционную систему оценок.

12 семестр

Порядок промежуточной аттестации обучающегося по дисциплине (модулю) в форме зачёта

Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) в форме зачёта проводится на основании результатов текущего контроля успеваемости обучающегося в семестре, в соответствии с расписанием занятий по дисциплине, как правило на последнем занятии.

Время на подготовку к промежуточной аттестации не выделяется.

Критерии, показатели и порядок балльно-рейтинговой системы промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) в форме зачёта, а также порядок перевода рейтинговой оценки обучающегося в традиционную систему оценок устанавливается Положением о балльно-рейтинговой системе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по программам высшего образования – программам специалитета с изменениями и дополнениями (при наличии).

7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для проведения промежуточной аттестации

Не предусмотрены, так как форма организации промежуточной аттестации – на основании семестрового рейтинга.

8. Методические указания обучающимся по освоению дисциплины

Обучение по дисциплине «Неотложные состояния в работе врача общей практики» складывается из контактной работы, включающей лекционные занятия, клиничко-практические занятия, специализированные занятия, коллоквиум, и самостоятельной работы.

Лекционные занятия проводятся с использованием демонстрационного материала в виде слайдов и учебных фильмов.

При изучении дисциплины необходимо использовать инструментальное оборудование, учебные комнаты и освоить практические умения для самостоятельной работы в учреждениях амбулаторно-поликлинической помощи. Аудиторные занятия проводятся в виде собеседования по ситуационным задачам, демонстрации больных и использования наглядных пособий, клинических разборов, в том числе, у постели больного. В учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий. Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку к занятию, решение ситуационных задач, подготовку к тестовому контролю.

9. Учебно-методическое, информационное и материально-техническое обеспечение дисциплины

9.1. Основная и дополнительная литература по дисциплине:

9.1.1. Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Используется при изучении разделов	Семестр	Наличие литературы в библиотеке	
						Кол. экз.	Электронный адрес ресурсов
1	2	3	4	5	6	7	1
1.	Внутренние болезни. В 2-х томах.	Под редакцией В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина.	ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2013	1,2,3,4,5	12	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .
2.	Внутренние болезни [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. /– 2-е изд., испр. и доп. – Т. 1. .	Р. А. Абдулхаков, В. Г. Авдеев, В. А. Алмазов и др. ; под ред. Н. А. Мухина и др.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012	1,2,3,4,5	12	118	-
3.	Внутренние болезни [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. /– 2-е изд., испр. и доп. – Т. 2.	Р. А. Абдулхаков, В. Г. Авдеев, В. А. Алмазов и др. ; под ред. Н. А. Мухина и др.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.	1,2,3,4,5	12	118	-
4.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. Образования] : в 2 т. Т. 2 /– 3-е изд., испр. и доп. – 896 с. : ил..	Р. А. Абдулхаков и др.; под ред. В. С. Моисеева и др.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	1,2,3,4,5	12	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp
5.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. Образования] – 6-е изд., перераб. и доп– 765 с. : ил.	В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	1,2,3,4,5	12	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .
6.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : тесты и ситуац. задачи : [учеб. пособие для высш. проф. Образования].– 294 с. : ил.	В. И. Маколкин [и др.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.	1,2,3,4,5	12	удаленный доступ	http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp

9.1.2. Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Используется при изучении разделов	Семестр	Наличие доп. литературы			
						В библиотеке		На кафедре	
						Кол. экз.	Электр. адрес ресурса	Кол. экз.	В т.ч. в электр. виде
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Интенсивная терапия	Б. Р. Гельфа	ГЭОТАР-Медиа,	1,2,3,4,5	12	-	Удаленный доступ:	-	-

	[Электронный ресурс] : нац. рук. 1744 с.	нд, А. И. Салтанов	Москва, 2011.				http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .		
2.	Неотложная помощь : справ. Практ. врача : пер. с нем. / 2-е изд., перераб. и доп. ; – 528 с. Ориг.: Memorix Notfallmedizin / S. Muller.	Мюллер, Зёнке.	Москва : МЕДпресс-информ, 2009.	1,2,3,4,5	12	-	-	-	-
3.	Неотложная помощь в терапии и кардиологии: учебное пособие для системы послевуз. Проф. Образования ; под ред. Ю. И.Гринштейн– 213 с. : табл. – (Библиотека непрерывного медицинского образования).	Ю. И. Гринштейн и др.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008	1,2,3,4,5	12	-	-	-	-
4.	Клиническая медицина [Электронный ресурс] : цв. Атлас и учеб.– 528 с. : ил.	Ч. Д. Форбс, У. Ф. Джексон	Москва, Логосфера, 2009.	1,2,3,4,5	12	-	удаленный доступ URL : http://books-up.ru .	-	-
5.	Атлас гематологии [Электронный ресурс]. — 608 с.	Шона К. Андерсон, Кейла Б. Поулсен.	Москва : Логосфера, 2007.	1,2,3,4,5	12	-	удаленный доступ URL: http://books-up.ru	-	-
6.	Острая абдоминальная патология [Электронный ресурс] / пер. с англ. Д. Клайн. – 2-е изд. —, – 293 с.(Неотложная медицина).	Клайн Д.	Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012	1,2,3,4,5	12	-	удаленный доступ URL : http://e.lanbook.com	-	-

9.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе профессиональных баз данных, необходимых для освоения дисциплины:

<http://www.rnmot.ru/> - Российское научное медицинское общество терапевтов

<http://www.scardio.ru/> - Российское кардиологическое общество

<http://www.pulmonology.ru/> - Российское респираторное общество

<http://www.gastro.ru/> - Российская гастроэнтерологическая ассоциация
<http://nonr.ru/> - Научное общество нефрологов России
<http://rheumatolog.ru/> - Ассоциация ревматологов России
<http://npngo.ru/> - Национальное гематологическое общество
<http://www.vidal.ru/> - Справочник лекарственных средств
<http://cardiodrug.ru/> - Национальное общество доказательной фармакотерапии
<http://www.who.int/ru/> - Всемирная организация здравоохранения
<http://internist.ru/> - Национальное Интернет Общество специалистов по внутренним болезням
<http://vak.ed.gov.ru/vak> - Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованный Высшей аттестационной комиссией при Минобрнауки России
<http://elibrary.ru/> - Научная электронная библиотека
www.webofknowledge.com – База данных научного цитирования
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> - PubMed - электронная медицинская библиотека

9.3. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при наличии);

1. Автоматизированная образовательная среда АНО ВО «МИ им.Зернова М.С.».
- 2.Балльно-рейтинговая система контроля качества освоения образовательной программы в автоматизированной образовательной системе АНО ВО «МИ им.Зернова М.С.»

9.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде университета из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»), как на территории

Электронная информационно-образовательная среда АНО ВО «МИ им.Зернова М.С.» обеспечивает:

- доступ к учебному плану, рабочей программе дисциплины, электронным учебным изданиям и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочей программе дисциплины;
- формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение его работ и оценок за эти работы.

Помещения представляют собой учебные аудитории для проведения учебных занятий, предусмотренные программой специалитета, оснащенные оборудованием и техническими средствами обучения (ноутбуки, мультимедийный проектор, проекционный экран, телевизор, конференц-микрофон, блок управления оборудованием)

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет», обеспечивающим доступ в электронную информационно-образовательную среду

АНО ВО «МИ им.Зернова М.С.»обеспечен необходимым комплектом лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения (состав определяется в рабочей программе дисциплины и подлежит обновлению при необходимости).

Библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 0,25 экземпляра каждого из изданий, указанных в рабочей программе дисциплины, на одного обучающегося из числа лиц, одновременно осваивающих соответствующую дисциплину.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным

профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочей программе дисциплины и подлежит обновлению (при необходимости).

Обучающиеся из числа инвалидов и лиц с ОВЗ обеспечены печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

**Тестирование для подготовки к промежуточной аттестации
по дисциплине Неотложные состояния в работе врача общей практики**

1. Первичная острая дыхательная недостаточность развивается при:

Аспирации

Острой сердечной недостаточности

Паралитической непроходимости кишечника

Анемическом синдроме

2. Дыхательная недостаточность является гиперкапнической при:

$PCO_2 > 55$ мм рт.ст.

$PO_2 > 60$ мм рт.ст.

$PCO_2 < 45$ мм рт.ст.

$PO_2 < 60$ мм рт.ст.

3. Вторичная острая дыхательная недостаточность развивается при:

Острой сердечной недостаточности с отеком легких

ЗМЧТ

Двусторонней пневмонии

Инородном теле верхних дыхательных путей

4. К вентилиционной острой дыхательной недостаточности приводит

Уменьшение дыхательных экскурсий вследствие травмы грудной клетки:

Локальные нарушения бронхиальной проводимости

Изменение легочного кровообращения при эмболии

Нарушение диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану

5. К паренхиматозной острой дыхательной недостаточности приводит:

Нарушение диффузии O_2 через альвеолярно-капиллярную мембрану

Угнетение центров, регулирующих дыхание

Уменьшение дыхательных экскурсий при травме грудной клетки

Различные виды асфиксий

6. В стадии субкомпенсации острой дыхательной недостаточности развиваются следующие изменения:

Тахипноэ до 35 в минуту, PO_2 60-80 мм рт.ст., PCO_2 – 46-60 мм рт.ст.

Тахипноэ 35-40 в минуту, PO_2 40-60 мм рт.ст., PCO_2 – 60-80 мм рт.ст.

Тахипноэ 30 в минуту, PO_2 80-100 мм рт.ст., PCO_2

7. В стадии декомпенсации острой дыхательной недостаточности развиваются следующие изменения:

Тахипноэ 35-40 в минуту, PO_2 40-60 мм рт.ст., PCO_2 – 60-80 мм рт.ст.

Тахипноэ до 35 в минуту, PO_2 60-80 мм рт.ст., PCO_2 – 46-60 мм рт.ст.

Тахипноэ 30 в минуту, PO_2 80-100 мм рт.ст., PCO_2

Тахипноэ > 40 в минуту, $PO_2 < 40$ мм рт.ст., $PCO_2 > 80$ мм рт.ст.

8. Ведущим клиническим симптомом при острой дыхательной недостаточности является

Диспноэ

Угнетение сознания

Гипотензия

Цианоз

9. При аускультации сердца при тромбоэмболии легочной артерии выслушивается:

Акцент и раздвоение II тона над легочной артерией

Систолический шум во всех точках аускультации

Акцент II тона в точке Боткина-Эрба

Систолический шум на верхушке

Пневмония

Острый коронарный синдром

Острая левожелудочковая недостаточность

Мерцательная аритмия

11. Начальный период респираторного дистресс-синдрома характеризуется:

Умеренно выраженной одышкой, усилением легочного рисунка на рентгенограмме

Наличием двусторонних инфильтративных теней в легких

Формированием острого легочного сердца

Развитием выраженной артериальной гипоксемии

12. Развернутый период респираторного дистресс-синдрома характеризуется:

Выраженным интерстициальным отеком легких, наличием двусторонних инфильтратов в легких

Усилением легочного рисунка, преимущественно в периферических отделах

Развитием выраженной гиперкапнии

Развитием острого легочного сердца

13. Важнейшим методом диагностики острой дыхательной недостаточности является

Анализ газового состава крови

ЭХО-кг

Катетеризация правых отделов сердца

Ультразвуковое исследование плевральных полостей

14. Нормальный уровень парциального давления кислорода и углекислого газа в артериальной крови:

PO₂- 80-100 мм рт.ст., PCO₂- 35-45 мм рт.ст.

PO₂- 60 мм рт.ст., PCO₂- 40 мм рт.ст.

PO₂- 70-80 мм рт.ст., PCO₂- 40-50 мм рт.ст.

15. Причиной развития вентиляционной дыхательной недостаточности является:

Тяжелая черепно-мозговая травма

Респираторный дистресс-синдром

Пневмония

Сердечная недостаточность

16. Причиной развития паренхиматозной дыхательной недостаточности является:

Респираторный дистресс-синдром

Переломы ребер

Ларингоспазм

Пневмоторакс

17. Состояние, при котором развивается смешанный тип острой дыхательной недостаточности

ХОБЛ

Черепно-мозговая травма

Рассеянный склероз

Миастения

18. Легочное кровотечение представляет собой:

откашливание крови, поступающей в нижние дыхательные пути

откашливание крови, поступающей в верхние дыхательные пути

откашливание крови, поступающей в плевральную полость

19. Легочное кровотечение диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

>10 мл/сут.

>30 мл/сут.

>50 мл/сут.

>100 мл/сут

20. Массивное легочное кровотечение диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

>100 мл/сут.

>200 мл/сутки.

>30 мл/час.

21. I степень кровотечения диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

□ 300 мл/сут.

□ 400 мл/сут.

□ 500 мл/сут.

22. III степень кровотечения диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

>500 мл/сут.

>600 мл/сут.

>700 мл/сут.

23. В положении на пораженной стороне кашель и выделение крови:

не изменяются

уменьшаются

увеличиваются

24. При впервые возникшем кровохарканье больной:

должен быть госпитализирован

должен оставаться дома, пока кровохарканье не усилится

должен принять аскорутин

должен принять аспирин

25. Часто встречающаяся ошибка при легком кровохарканье:

назначение кровоостанавливающих средств

назначение антибиотиков

назначение муколитиков

26. Диагностический алгоритм при легочном кровотечении обязательно включает:
оценка объема кровопотери, объективный статус, МСКТ легких, коагулограмма
оценка объема кровопотери, объективный статус, позитронно-эмиссионная томография легких, коагулограмма
объективный статус, ультразвуковое исследование легких, рентгенография легких, гастроскопия

27. Ангиопульмонография легких позволяет:
оценить объем кровопотери
оценить функцию правого желудочка
найти источник кровотечения

28. К прямому признаку легочного кровотечения при ангиопульмонографии относится:
выход контрастного вещества за пределы сосудистой стенки
локальное расширение сети бронхиальных артерий
аневризматическое расширение легочных артерий
аневризматическое расширение легочных вен

29. Артерио-венозные аневризмы встречаются:
при болезни Рандю-Ослера
при гранулематозе Вегенера
при туберкулезе
при пневмокониозе

30. Для снижения давления в бронхиальных сосудах при легочном кровотечении используют:
ганглиоблокаторы
антагонисты кальция
сердечные гликозиды

31. Продолжительность медикаментозной гипотонии при легочном кровотечении составляет не менее:
24 часов
48 часов
72 часов

32. При дефиците плазменных факторов свертывания используют:
переливание свежезамороженной плазмы
переливание эритроцитарной массы
переливание тромбоцитарной массы
переливание цельной крови

33. При повышенной активности фибринолитической системы назначают:
гепарин
аспирин
дабигатран
аминокапроновую кислоту

34. При кровотечении I степени необходимо провести:
лечебную бронхоскопию
диагностическую бронхоскопию
резекцию части легкого, являющейся источником кровотечения

35. Назовите нормальное систолическое давление в лёгочной артерии:
8-9 мм рт. ст.
25-30 мм рт. ст.
110-120 мм рт. ст.

36. Характеристика одышки при лёгочном сердце
Без ортопноэ, уменьшается при использовании бронхолитиков, кислорода; на одышку не влияют сердечные гликозиды.
Одышка носит инспираторный характер, с ортопноэ, уменьшается при приёме мочегонных препаратов, сердечных гликозидов.

37. Лечение хронического лёгочного сердца должно быть
Ранним, комплексным, лечение должно влиять на различные звенья патогенеза;
Лечение можно отсрочить,
Назначение препаратов без учёта патогенеза;

38. ЭКГ-признаки лёгочного сердца
V1 – расщепленный уширенный комплекс QRS типа rSR, зубец S в отведении I, наличие зубца Q в отведении III;
Элевация сегмента ST, депрессия сегмента ST в противоположных отведениях, наличие патологического зубца Q;
В отведении V1, V2: комплекс QRS уширен по типу QS, элевация сегмента ST.
В отведениях V5, V6: комплекс QRS типа rSR, депрессия сегмента ST, высокий зубец R

39. Ингибиторы АПФ при лёгочном сердце назначаются
При стабильной ЛГ без НК,
С декомпенсированным ХЛС
При стабильной ЛГ без НК, и с декомпенсированным ЛС

40. Критерием астматического статуса является
появление непродуктивного кашля
свистящие хрипы
увеличение в 2-3 раза применения бета2-агонистов короткого действия

41. для 1 стадии астматического статуса характерно
«немое легкое»
в нижних отделах легких дыхание ослаблено у 75% больных
метаболический ацидоз

42. для 2 стадии астматического статуса характерно
«немое легкое»
в нижних отделах легких дыхание ослаблено у 75% больных
метаболический ацидоз

43. стартовая доза преднизолона при 2 стадии астматического статуса составляет:
30мг
60мг
90 мг

44. Для купирования астматического статуса больному потребовалось введение 1000 мг преднизолона. Какова ваша дальнейшая тактика?
отменить преднизолон сразу
продолжить введение 1000 мг преднизолона в течение 48 часов с последующим снижением дозы
уменьшить дозу преднизолона до 500 мг и продолжить введение этой дозы в течение 48 часов с последующим снижением

45. В развитии астматического статуса лежит:
блокада альфа-адренорецепторов
блокада бета-адренорецепторов

46. При астматическом статусе чаще развивается :
гиповолемия
гиперволемия

47. Гиперволемия при астматическом статусе – признак:
благоприятного прогноза
неблагоприятного прогноза

48. При I стадии астматического статуса развивается:
психомоторное возбуждение
заторможенность, психическая подавленность

49. Гипотензия характерна для:
I стадии астматического статуса
II стадии астматического статуса

50. Брадикардия характерна для :
I стадии астматического статуса
II стадии астматического статуса
III астматического статуса

51. Увеличение в 2-3 раза применения бета2-агонистов короткого действия является:
критерием астматического статуса
предвестником развития астматического статуса

52. Применяется ли в терапии астматического статуса гепарин?
да
нет

53. Основным и обязательным компонентом терапии астматического статуса являются:
кортикостероиды
B2-агонисты

54. Критерием прекращения инфузионной терапии астматического статуса является почасовой диурез:
60 мл
80 мл

55. Наиболее частый источник ТЭЛА:
Илиокавальный или илюфеморальный сегмент
Правое предсердие или правый желудочек
Система верхней поллой вены

56. Смертность от ТЭЛА без лечения составляет:
15-30%
1-2 %
80-90%

57. Наиболее часто встречающийся симптом при ТЭЛА
Одышка
Боль в груди
Потеря сознания

58. Наиболее характерное положение больного с ТЭЛА:

Чаще горизонтальное, без стремления занять более возвышенное положение или сесть.

Положение ортопноэ

На боку

59. К основным задачам при обследовании больного с подозрением на ТЭЛА не относится:

Оценка продолжительности госпитализации

Оценка клинической вероятности наличия у больного ТЭЛА

Оценка риска (риск смерти связанной с ТЭЛА во время госпитализации или первые 30 дней)

60. К признакам ТЭЛА на ЭКГ не относится:

Патологический Q в V2-V3

S I Q III

Блокада ПНПГ

61. Золотой стандарт неинвазивной диагностики ТЭЛА:

Мультиспиральная компьютерная томография

Ангиопульмонография

Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких

62. Шкала оценки риска смерти больных с ТЭЛА в ближайшие 30 дней:

Индекс PESI

Модифицированный индекс Geneva

Индекс Wells

63. Основа лечения ТЭЛА:

Антикоагулянты

Бета-блокаторы

Ингибиторы АПФ

64. Какой антикоагулянт преимущественно назначается при высоком риске ранней смерти при ТЭЛА?

Нефракционированный гепарин

Низкомолекулярный гепарин

Ривароксабан

65. Тромболитическая терапия показана:

При массивной ТЭЛА с шоком, стойкой гипотонией

При ТЭЛА со стабильной гемодинамикой

66. С учетом эффективности и безопасности предпочтительным режимом тромболитической терапии при ТЭЛА является:

Алтеплаза в/в болюс 10 мг, затем инфузия 90 мг за 2 часа

Стрептокиназа в/в 250 000 ЕД за 30 минут, затем инфузия 100 000 ЕД в час 12-24 часа

Урокиназа в/в 4400 ЕД/кг за 10 минут, затем инфузия 4400 ЕД/кг в час 12-24 часа

67. Продолжительность лечения НМГ, НФГ, фондапаринукса острого эпизода ТЭЛА:

Как минимум 5 суток

Как минимум 2 суток

Как минимум 3 суток

68. К пероральным антикоагулянтам относятся:

Варфарин, апиксабан, дабигатран, ривароксабан

Надропарин, далтепарин

Фондапаринукс

69. Острая сердечная недостаточность - это

Заболевание, характеризующееся нарастанием клинической картины сердечной недостаточности, связанных с нарушением функции сердца

Состояние, которое характеризуется быстрым возникновением и нарастанием клинической картины декомпенсации сердечной недостаточности

Клинический синдром, характеризующийся быстрым возникновением или нарастанием симптомов сердечной недостаточности, связанных с нарушением сердечно-сосудистой системы и требующий экстренного вмешательства

70. Наиболее часто острая сердечная недостаточность является проявлением

Декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Впервые развившейся острой сердечной недостаточности

Все вышеперечисленное неверно

71. Какое заболевание чаще всего осложняется острой сердечной недостаточностью

Острый коронарный синдром

Пороки сердца

ТЭЛА

Артериальная гипертензия

Все вышеперечисленное верно

72. Назовите гемодинамические параметры кардиогенного шока

САД<90 мм рт.ст.; СИ<2,2 л/мин/м²; ДЗЛА=16 мм рт.ст

САД<90 мм рт.ст.; СИ<1,8 л/мин/м²; ДЗЛА=18 мм рт.ст

САД<100 мм рт.ст.; СИ<1,8 л/мин/м²; ДЗЛА=14 мм рт.ст

73. Набухание яремных вен в рамках острой сердечной недостаточности характерно для ТЭЛА

Артериальной гипертензии (гипертонический криз)

Декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Все вышеперечисленное верно

74. Выраженная систолическая дисфункция левого желудочка по данным эхокардиографии характерна для

Острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Острой сердечной недостаточности с артериальной гипертензией (гипертонический криз)

Острой сердечной недостаточности с отеком легких

Кардиогенного шока

Все вышеперечисленное неверно

75. Какой из нижеперечисленных предикторов не входит в оценку острой сердечной недостаточности согласно Канадской классификации

Повышенный уровень NT-proBNP

Повышенный уровень креатинина

Возраст>75 лет

76. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, сохранной фракцией выброса принято считать

ФВ>60%

ФВ>50%

ФВ>55%

77. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, промежуточной фракцией выброса принято считать

ФВ=40%-50%

ФВ=35%-45%

ФВ=40%-60%

78. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, сниженной фракцией выброса принято считать

ФВ<35%

ФВ<40%

ФВ<45%

79. Назовите первичные критерии высокого риска для инвазивного ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью

Почечная недостаточность, ФВ<40%

Сахарный диабет, АКШ в анамнезе

Повышение тропонина, динамическое изменение ST и T

80. В каком случае при острой сердечной недостаточности необходима интубация

Респираторный дистресс-синдром

Персистирующий респираторный дистресс-синдром

Все вышеперечисленное верно

Все вышеперечисленное неверно

81. Назовите противопоказание для назначения вазодилататоров при острой сердечной недостаточности

САД<100 мм рт.ст.

Калий плазмы<3,5 мг/дл

ЧСС<50 в мин

82. Назовите противопоказание для назначения антагониста ангиотензин рецепторов при острой сердечной недостаточности

Калий плазмы<3,5мг/дл

САД<90 мм рт.ст

ЧСС<50 уд.мин

Все вышеперечисленное верно

83. Абсолютным противопоказанием для назначения диуретиков при острой сердечной недостаточности является

САД < 85 мм рт.ст

Калий плазмы < 3,5 мг/дл

СКФ < 30 мл/мин/1.73 кв.м

САД < 100 мм рт.ст

Все вышеперечисленное неверно

84. Острая сердечная недостаточность по классификации Killip Class III - это

Кардиогенный шок

Диастолический ритм галопа

Умеренная картина застоя в легких

Все вышеперечисленное неверно

85. Острая сердечная недостаточность по классификации Killip Class II - это

Кардиогенный шок

Картина тяжелого отека легких

Диастолический ритм галопа и умеренная картина застоя в легких

86. Гипертонический криз - это

Состояние с повышением артериального давления выше 140/90 мм рт.ст., сопровождающееся усугублением клинических симптомов, требующее быстрого, контролируемого снижения артериального давления

Состояние с выраженным повышением артериального давления, которое сопровождается усугублением клинических симптомов и требует быстрого, контролируемого снижения артериального давления

Состояние с выраженным повышением артериального давления, которое сопровождается проявлением или усугублением клинических симптомов, связанных с поражением органов-мишеней и требует быстрого, контролируемого снижения артериального давления

87. Что из перечисленного ухудшает прогноз у пациентов с гипертоническим кризом

Молодой возраст

Мочевина сыворотки выше 10 ммоль/л

Наличие гипертензивной ретинопатии 3 степени

Все вышеперечисленное неверно

88. Неосложненный гипертонический криз - это

Состояние с повышенным артериальным давлением при выраженной субъективной и объективной симптоматике

Состояние с повышенным артериальным давлением при минимальной субъективной симптоматике и при наличии поражения органов-мишеней

Состояние с выраженным повышением артериального давления при минимальной субъективной и объективной симптоматике

89. Что является триггерным фактором для развития гипертонического криза

Острый гломерулонефрит

Черепно-мозговая травма

Гипертоническая болезнь

Психогенная гипервентиляция

90. К какому фактору риска развития гипертонического криза относится преэклампсия и эклампсия

Предрасполагающий

Триггерный

Предрасполагающий и триггерный

Все вышеперечисленное неверно

91. К триггерным факторам развития гипертонического криза относится

Рефлекторный

Гемодинамический

Ишемический

Все вышеперечисленное верно

92. По классификации Н.А. Ратнера гипертонический криз делится на

Гиперкинетический, гипокинетический, эукинетический

Адреналовый и норадреналовый

Церебральный и кардиальный

93. Как называется гипертонический криз, который характеризуется сниженным сердечным выбросом, повышенным ДАД и склонностью к брадикардии

Гипокинетический

Адреналовый

Гиперкинетический

94. Чем характеризуется норадреналовый тип гипертонического криза

Удовлетворительным самочувствием, отсутствием причин для развития, быстрым и непродолжительным течением (от нескольких минут до 2-6 часов)

Потерями сознания, судорогами вследствие отека мозга, амнезией, развитием кровоизлияния в головной мозг

Постепенным развитием, тяжелым и продолжительным течением (от нескольких часов до нескольких дней)

Увеличенным сердечным выбросом, увеличенным САД, склонностью к тахикардии

95. Чем характеризуется адреналовый тип гипертонического криза

Удовлетворительным самочувствием, отсутствием причин для развития, быстрым и непродолжительным течением (от нескольких минут до 2-6 часов)

Потерями сознания, судорогами вследствие отека мозга, амнезией, развитием кровоизлияния в головной мозг

Постепенным развитием, тяжелым и продолжительным течением (от нескольких часов до нескольких дней)

96. Гиперкинетический тип гипертонического криза - это

Повышенный показатель ДАД, склонность к брадикардии с сочетанием сниженного уровня сердечного выброса

Повышенные показатели САД и ДАД с сочетанием нормального уровня сердечного выброса

Повышенный уровень САД, склонность к тахикардии с сочетанием увеличенного показателя сердечного выброса

97. Основой выбора тактики ведения пациента с гипертоническим кризом является

Наличие поражения органов-мишени

Первичный контроль артериального давления

Тип гипертонического криза

Все вышеперечисленное верно

98. Контроль артериального давления при неосложненном гипертоническом кризе включает в себя

Постепенное снижение артериального давления в течение

2-6 часов

Снижение артериального давления на 15%-25% от исходного в течение 30-120 мин

Быстрое снижение артериального давления в течение 2-6 часов

99. Контроль артериального давления при осложненном гипертоническом кризе включает в себя

Быстрое достижение целевого уровня артериального давления 160/100 мм рт.ст.

Быстрое снижение артериального давления в течение 30-120 мин на 15%-25% от исходного

Постепенное снижение артериального давления на 15%-25% от исходного

100. Назовите целевые цифры систолического артериального давления при гипертоническом кризе

вследствие субарахноидального кровотечения

САД<150 мм рт.ст.

САД<160 мм рт.ст.

САД<170 мм рт.ст.

101. Какая комбинация препаратов рекомендуется при гипертоническом кризе вследствие

феохромоцитомы

Фентоламин+Б-адреноблокатор

Фентоламин+Урапидил

Урапидил+Б-адреноблокатор

102. При гипертоническом кризе вследствие острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза рекомендуется назначение

Урапидил/Нитропруссид

Эсмолол/Урапидил

Эналаприлат/Урапидил

103. Наиболее частой причиной расслоения аорты является:

Пожилый возраст

Артериальная гипертония

Врожденные дефекты развития соединительной ткани

104. В развитии расслоения аорты главную роль играют изменения:

Интимы

Медии

Адвентиции

105. К первому типу расслоения аорты по Дебейки относится:

Расслоение восходящей аорты, распространяющееся на дугу и часто на грудной и брюшной отделы аорты

Расслоение только восходящей аорты, достигающее только иногда устьев сосудов

Расслоение нисходящей, грудной аорты, распространяющееся дистально до диафрагмы или на брюшную аорту

106. Боль при расслоении аорты характеризуется:

Максимальной выраженностью в самом начале расслоения аорты

Волнообразностью

Максимальной выраженностью через 4-6 часов от начала расслоения аорты

107. При физикальном обследовании больного с расслоением аорты можно выявить:

Диастолический шум на аорте

Диастолический шум на верхушке

Диастолический шум над трикуспидальным клапаном

108. При перкуссии легких у пациента с расслоением аорты отмечается:

Притупление перкуторного звука и ослабление дыхания (справа или слева)

Крепитация

Бронхиальное дыхание

109. Какие типы расслоения аорты по Дебейки в настоящее время относят к проксимальному типу (типу Б) по Стенфордской классификации?

Тип I

Тип II

Тип III

110. Острым расслоение аорты считается при:

Расслоении аорты в течение 6 часов

Расслоении аорты в течение одной недели

Расслоении аорты в течение двух недель

111. Ведущим и самым частым начальным признаком острого расслоения аорты является:

Потеря сознания

Боль в грудной клетке

Отек легких

112. АД при расслоении аорты чаще всего:

Сохраняется нормальным

Снижается

Повышается

113. Наличие данных за острый инфаркт миокарда:

Исключает расслоение аорты

Может быть осложнением расслоения аорты

Не встречается при расслоении аорты

114. Летальный исход при расслоении аорты обусловлен

Разрывом интимы

Образованием интрамуральной расслаивающей гематомы с распространением расслоения и разрывом аорты

Сосудистыми осложнениями

115. Начальным терапевтическим мероприятием при расслоении аорты являются:

Профилактика жизнеугрожающих аритмий

Снижение АД

Увеличение диуреза

116. Препаратами первой линии для снижения АД являются:

Антагонисты кальциевых каналов

Ингибиторы АПФ

Бета-блокаторы

117. При неэффективности бета-блокаторов показаны:

Антагонисты кальциевых каналов

Ингибиторы АПФ

Нитропруссид натрия

118. При подозрении на расслоение аорты оптимальным методом визуализации является:

Аортография

МРТ

МСКТ с контрастированием

119. Причиной болей спереди за грудиной при расслоении аорты могут быть:

Компрессия коронарных артерий при распространении расслоения аорты на корень аорты

Развитие гемоторакса

Развитие гемоперикарда

120. Для лечения предсердной экстрасистолии препаратом выбора является:

Лидокаин

Пропранолол

Хинидин

121. Для лечения тахисистолической формы фибрилляции предсердий препаратом выбора является:

Амиодарон

Дигоксин

Атенолол

Все правильно

122. Для лечения реципрокной атрио-вентрикулярной тахикардии препаратом выбора является:

АТФ

Мексилетин

Аспирин

123. Для лечения желудочковой экстрасистолии препаратом выбора является:

Бисопролол

Верапамил

Лидокаин

124. Для лечения желудочковой тахикардии препаратом выбора является:

Мексилитин

Дилтиазем

Соталол

125. Для лечения желудочковой тахикардии типа «пируэт» препаратом выбора является:

Сернокислая магнезия

Пропафенон

Флекаинид

126. Для лечения желудочковой тахикардии типа «пируэт» препаратом выбора является:

Метопролол в/в

Хинидин внутрь

Пропафенон в/в

127. Для предсердной тахикардии характерно:

Наличие измененного зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Наличие измененного зубца Р, регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

128. Для атриовентрикулярной тахикардии характерно:

Наличие зубца Р перед желудочковым комплексом, блокада левой ножки пучка Гиса

Отсутствие зубца Р перед желудочковым комплексом, нормальный комплекс QRS

Наличие зубца Р перед желудочковым комплексом, блокада правой ножки пучка Гиса

129. Для желудочковой тахикардии характерно:

Нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Регулярный ритм желудочков, широкий комплекс QRS

130. Как называется классификация желудочковой экстрасистолии?

по Лауну

по Дебейки

по Дюрозье

по Бокерии

131. Какая желудочковая экстрасистолия называется ранней:

Желудочковый комплекс экстрасистолы наслаивается на зубец Т предшествующего синусового сокращения

Есть интервал между желудочковым комплексом экстрасистолы и зубцом Т предшествующего синусового сокращения

Желудочковый комплекс экстрасистолы наслаивается на зубец R предшествующего синусового сокращения

132. Для пароксизма фибрилляции предсердий, развившегося на фоне синдрома WPW характерно:

Наличие зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Отсутствие зубца Р, регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Наличие волн f, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

Наличие волн f, нерегулярный ритм желудочков, широкий комплекс QRS

133. К осложнениям постоянной формы фибрилляции предсердий относятся:

Развитие хронической сердечной недостаточности

Развитие инфекционного эндокардита

Развитие аортального стеноза

134. К осложнениям постоянной формы фибрилляции предсердий относятся:

Развитие ОНМК

Развитие перикардита

Развитие митрального стеноза

135. К немедикаментозным методам лечения пароксизмальной фибрилляции предсердий относятся:

Электроимпульсная терапия

Имплантация электрокардиостимулятора

Магнитолазерная терапия

136. Показанием к проведению электроимпульсной терапии при суправентрикулярных тахикардиям является:

Дискомфорт в области сердца

острая левожелудочковая недостаточность

чувство страха у пациента

137. Анальгетическая нефропатия - это

хронический лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит

острый лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит

хронический гломерулонефрит

138. Основными клиническими признаками анальгетической нефропатии являются все, кроме:

полиурия

повышение относительной плотности мочи

умеренный мочево́й синдром

артериальная гипертензия

139. Основным скрининговым обследованием при подозрении на анальгетическую нефропатию является:

анализ мочи по Нечипоренко

анализ мочи по Зимницкому

проба Реберга

140. Мочево́й синдром при анальгетической нефропатии включает:

умеренную протеинурию, микрогематурию, «стерильную» лейкоцитурию

массивную протеинурию, макрогематурию, «стерильную» лейкоцитурию

умеренную протеинурию, лейкоцитурию, бактериурию

141. При КТ почек характерным признаком анальгетической нефропатии является:

нарушение дифференциации коркового и мозгового вещества

кисты почек

кальцификация почечных сосочков

142. Для анальгетической нефропатии характерен следующий вид протеинурии:

преренальная (протеинурия переполнения)

канальцевая

клубочковая

постренальная

143. Наиболее частыми причинами лекарственных поражений почек являются

лечение аминогликозидными антибиотиками

назначение осмотических диуретиков

применение антагонистов медленных кальциевых каналов

144. К острым лекарственным поражениям почек не относятся:
острый интерстициальный нефрит (ОИН) - неолигурическая ОПН
острый канальцевый некроз - олигурическая ОПН;
острый пиелонефрит

145. Основной механизм нефропатии при лечении НПВС
Угнетение синтеза простагландинов из арахидоновой кислоты
Интерстициальное воспаление
Отложение иммунных депозитов в базальной мембране

146. Самой частой причиной медикаментозного поражения почек с ОПН и летальным исходом является применение
аминогликозидов
НПВС
Рентгеноконтрастных средств

147. Развитие острого медикаментозного канальцевого некроза чаще всего связано с применением таких антибиотиков как
цефалоспорины
макролиды
аминогликозиды

148. Способом профилактики рентгеноконтрастной нефропатии является
Назначение осмотических диуретиков перед исследованием
Введение антагонистов кальциевых каналов
Введение низкомолекулярных растворов перед исследованием

149. Основным механизмом развития нефропатии при использовании сульфаниламидных НПВС является
Кристаллизация препарата в канальцах
Интерстициальное воспаление
Спазм приносящей артериолы клубочка

150. Чем вызвана постренальная ОПН
Обструкцией мочевых путей
Воспалением в почечной паренхиме
Заболеваниями печени

151. Что не приводит к внепочечной обструкции ?
Окклюзия мочеиспускательного канала
Опухоли мочевого пузыря , предстательной железы , органов таза
Внутрипочечная обструкция кристаллами мочевой кислоты
Закупорка мочеточника камнем

152. Стадии ОПН все, кроме:
Начальная
Терминальная
Олигурическая
Полиурическая
Восстановления

153. Какая длительность стадии олигурии
От 5-11 суток
От 16-12 месяцев

154. Какая длительность стадии полиурии
От 5-11 суток
От 16-12 месяцев

155. Лабораторным признаком ОПН не является
Азотемия
Ацидоз
Алкалоз
Гиперкалиемия

156. Основной метод лечения больных с ОПН
Пересадка почек
Гемодиализ
Перитонеальный диализ

157. Диализирующий раствор подбирается индивидуально, в зависимости от содержания в крови ?
Стандартных бикарбонатов крови
Электролитов крови
pH-крови

158. Показание к гемодиализу
Скорость клубочковой фильтрации менее 5 мл/мин.
Метаболический алкалоз
Начинающийся отек легких

159. Осложнения гемодиализа все, кроме

Метаболический ацидоз

Инфицирование вирусным гепатитом

Знагноение в области шунта

Эпизоды гипотензии

160. Перитонеальный диализ, в отличие от гемодиализа, способствует уменьшению в крови

Содержания стандартных бикарбонатов

Буферных оснований

Среднемолекулярных пептидов

161. ЭКГ-признак гиперкалиемии

высокий положительный зубец «Т»

отрицательный зубец «Т»

162. Повышение какого уровня К в плазме крови опасно для жизни?

8 мкЭв/л

6 мкЭв/л

163. ЭКГ-признак гипокалиемии

снижение сегмента ST

высокий положительный зубец «Т»

164. Назовите продолжительность периода восстановления диуреза

в среднем 7 дней

в среднем 20 дней

165. Основной причиной В12-дефицитной анемии является:

Атрофический гастрит

Рак желудка

Субтотальная резекция желудка

166. При какой гемолитической анемии можно переливать эритромассу?

Приобретенной аутоиммунной анемии с тепловыми гемолизинами

Наследственной микросфероцитарной анемии

Приобретенной аутоиммунной анемии с холодовыми гемолизинами

167. При какой анемии характерным клиническим симптомом может быть гепатоспленомегалия?

Апластическая анемия

Железодефицитная анемия

Мегалобластная анемия

168. При острой кровопотере снижение гемоглобина отмечается:

В первые 24 часа

В первые 6 часов

В первые 12 часов

169. Наиболее ранним показателем дефицита железа в организме является

Снижение сывороточного железа

Снижение ферритина

Снижение насыщения трансферрина железом

170. Характерными синдромами при железодефицитной анемии являются

Погофагия, геофагия

Выраженная сонливость

Появление синяков на коже

171. Какой этап диагностики анемии у пожилых людей может оказаться трудным?

Установление факта наличия анемии

Определение патогенетического типа

Установление причины анемии

172. У кого реже встречается железодефицитная анемия?

У женщин репродуктивного возраста

У лиц пожилого возраста

У беременных женщин

173. Какой патогенетический тип анемии наиболее часто встречается в клинической практике?

Железодефицитная анемия

Мегалобластная анемия

Гемолитическая анемия

174. У лиц пожилого возраста анемии могут протекать:

Бессимптомно

Сопровождаться желтушностью кожных покровов

Проявляться симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, стенокардия напряжения и т.д.)

175. Эффективность лечения витамином В12 отражает:

Цветной показатель

Сывороточное железо

Ретикулоциты крови

176. Повышение ретикулоцитов характерно для:

Гемолитической анемии

Мегалобластной анемии

Апластической анемии

177. Фуникулярный миелоз (парестезии, боли в ногах, онемение) являются специфическим проявлением анемии:

Наследственных и приобретенных гемолитических

Фолиево-дефицитной

В12-дефицитной

178. Септицемия может быть проявлением:

Наследственной микросфероцитарной анемии

Железодефицитной анемии

Апластической анемии

179. Геморрагический синдром может быть специфическим проявлением анемии:

В12-дефицитной

Апластической

Железодефицитной

180. Положительная проба Кумбса характерна для анемии:

Наследственной микросфероцитарной

Приобретенной аутоиммунной гемолитической анемии

Анемии хронических заболеваний

181. Какая причина часто приводит к развитию железодефицитной анемии у взрослых?

Недостаточное поступление железа с пищей

Нарушение всасывания железа

Повышение потери железа (кровотечения из ЖКТ и т.д.)

182. Гепарин-индуцированная тромбоцитопения...

... связана со стрептококковой инфекцией

... приводит к тромбозам

... может развиться спустя полгода после применения гепарина

... развивается при повторном введении гепарина в течение 3 месяцев

183. При неэффективности гепарина нужно

ввести препарат плазмы крови

измерить концентрацию антитромбина

измерить размер тромбоцитов (MPV)

184. Какой препарат останавливает кровотечение?

Транексам

Интегрилин

Фрамон

185. Какой препарат способствует стабилизации тромба?

Кардура

Эзетимиб

Транексам

Прадакса

186. Для чего используется шкала CHA2DS2-Vasc?

Расчёт дозы варфарина

Расчёт риска кровотечения при приёме антикоагулянтов

Расчёт риска ТЭЛА при тромбозе глубоких вен нижних конечностей

Расчёт риска инсульта при фибрилляции предсердий

187. Для чего используется шкала HAS-BLED?

Расчёт риска ТЭЛА при тромбозе глубоких вен нижних конечностей

Расчёт риска кровотечения при приёме антикоагулянтов

Расчёт риска инсульта при фибрилляции предсердий

Расчёт дозы варфарина

188. Почему атеротромбоз и венозный тромбоз называют патологическими?

Они приводят к патологическим состояниям

Они обусловлены патологией гемостаза

189. Какие геморрагии характерны для патологии тромбоцитов?

Мелкие, подкожные, петехии

Внутрисуставные

Лёгочные

190. Чем отличается кровотечение от кровоизлияния?

Локализацией относительно черепной коробки

Интенсивностью

Отношением к внешней среде

Участием тромбоцитарного или плазменного путей гемостаза

191. Что делать при не останавливаемом кровотечении на фоне терапии варфарином, МНО 7,5

Трансфузия плазмы крови

Введение протамина

Введение гепарина

Оксигенотерапия

192. О чём свидетельствует МНО 1,0 на фоне терапии варфарином?

Об эффективности терапии

О неэффективности терапии

МНО не имеет отношения к варфарину

О риске кровотечения

193. Существует ли антидот препаратов блокаторов фактора Ха?

Нет, находится в разработке

Да

Его создание невозможно

194. Какова причина тромбоэмболии на фоне терапии аспирином?

Недостаточная доза аспирина

Недостаточный контроль МНО

Недостаточный контроль АЧТВ

Неправильный патогенетический подход к назначению

195. Выберите кровоостанавливающий препарат

Транексам

Актилизе

Антифомсилан

Лепирудин

Эликвис

196. Выберите антидот гепарина

Протамин

Викасол

Аценокумарол

Ремикейд

197. Печеночная энцефалопатия формируется вследствие

Печеночно-клеточной недостаточности

Синдрома холестаза

Гепато-ренального синдрома

Гепато-пульмонального синдрома

198. Основными пусковыми агентами патогенеза печеночной энцефалопатии являются

Мочевина

Креатинин

Билирубин

Аммиак, ГАМК, ароматические аминокислоты

199. Основными клиническими проявлениями энцефалопатии являются

Нарушение сознания, личности, интеллекта, речи

Маниакально-депрессивные состояния

Делириозные состояния

Полная арефлексия

200. Что противопоказано при лечении печеночной энцефалопатии?

Фенобарбитал

Гепамерц

Лактулоза

Рифаксимин

Соталол

Материально-техническое оснащение

Для реализации программы учебной дисциплины предусмотрен:

Кабинет первой помощи

(Учебная аудитория для проведения учебных занятий лекционного, семинарского типа, лабораторных и практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, подтверждающая наличие материально-технического обеспечения с перечнем основного оборудования)

Многофункциональный комплекс преподавателя (стол учительский-1шт., стул учительский -1шт., стол ученический – 12 шт., стул ученический – 24 шт., доска – 1 шт., шкаф для оборудования – 1 шт.,

портреты ученых-медиков – 10 шт.;

-шкаф медицинский – 1 шт.;

- перчатки латексные - 100 шт;

- маска трехслойная на резинке – 100 шт;

- шапочка – 5 шт;

- весы напольные медицинские – 1 шт;

- коробка стерилизационная с фильтром – 1 шт;

- коробка стерилизационная с фильтром КСКФ (-12) – 1 шт;

- коробка стерилизационная с фильтром КСКФ (-7) – 1 шт;

- тонометр – 1 шт;

- стетоскоп – 1 шт;

- часы песочные – 1 шт;

- пробирка с крышечкой – 3 шт;

- чашки Петри – 10 шт;

- медицинский контейнер – 6 шт;

- емкость – контейнер – 2 шт;

- пакет для сбора, хранения и утилизации отходов кл. А – 10 шт;

- пакет для сбора, хранения и утилизации отходов кл. В – 10 шт;

- пакет бумажный №1 ПБСП – 6 шт;

- пакет бумажный №2 - 10 шт;

- пакет бумажный №3 - 100 шт;

- Штатив ШДВ -02 для переливания растворов – 6 шт;

- Столик медицинский инструментальный – 6 шт;

- маска трубкой АЕРО кислородн. – 5 шт;

- канюля назальная -5 шт;

- катетер – 2-х ходовой – 2 шт;

- стекло предметное – 1 шт;

- зонд – тампон – 10 шт;

- шприцы одноразовые – 10 шт;

- система одноразовая для вливания инфузион. раствора с иглой и филь-тром – 4 шт;

- корнцанг прямой – 1 шт;

- ножницы остроконечные – 1 шт;

- ножницы тупоконечные – 1 шт;

- пинцет анатомич. – 4 шт;

- шпатель медицинский деревянный – 10 шт;

- лоток малярный почкообразный – 10 шт;

- пипетка офтальмологическая – 4 шт;

- лопатка глазная – 6 шт;

- баллон Политцера для промываний – 1 шт;

- грелка – 1 шт;

- пузырь для льда – 1 шт;

- кружка Эсмарха – 2 шт;

- наконечник для кружки Эсмарха – 3 шт;

- катетер Нелатона – 4 шт;

- зонд питательный – 2 шт;

- бумага фильтрованная- 1 шт;

- термометр мед. – 6 шт;

- термометр бытовой – 2 шт;

- спринцовки резиновые – 1 шт;

- мочеприемник – 1 шт;

- судно медицинское – 1 шт.

Емкости для удаления медицинских отходов

Помещение для самостоятельной работы обучающихся, подтверждающее наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования

оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду образовательной Института

Кабинет сестринского дела (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения ставропольского края «Ессентукская городская клиническая больница»)

Шкаф для хранения лекарственных препаратов-1шт., Шкаф для хранения медицинских инструментов, стерильных расходных материалов –1шт., Шкаф для хранения медицинских изделий –1шт., Термометры –1шт., Холодильник фармацевтический –1шт., Ширма медицинская –1шт., Кушетка медицинская –1шт., Аппарат для измерения артериального давления – 1шт., Стетофонендоскоп –1шт., Глюкометр с тест полосками –5шт., Пикфлоуметр –2 шт., Ростомер-1 шт., Весы медицинские -2 шт., Облучатель бактерицидный –1шт., Емкости для сбора медицинских отходов –5 шт., Диспенсер с антисептическим мылом и антисептиком –2 шт., Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико – санитарной помощи и паллиативной помощи –1 шт., Изделия медицинского назначения для выполнения простых медицинских услуг (мензурки, пипетки, зонды, шприцы, катетеры, поильники) – 10 комплектов, Предметы ухода за пациентами, в том числе за маломобильными пациентами (судно подкладное, мочеприемники, калоприемники, пузыри для льда, грелки) – 10 комплектов, Медицинские инструменты, перевязочный материал, иммобилизационные средства для отработки навыков выполнения перевязок, транспортной иммобилизации, пункций, малых операций и других инвазивных вмешательств (хирургические инструменты, бинты, марля, шины.) - 10 комплектов, Оснащение, необходимое для промывания желудка (зонды желудочные, кружка Эсмарха) – 2 комплекта, Дезинфицирующие средства – 10 комплектов, Емкости для дезинфекций инструментария и расходных материалов – 3 шт., Стол медицинской сестры, оборудованный компьютерной техникой с лицензионным программным обеспечением и возможностью подключения к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» - 1 шт.