

Программа практик

Основная профессиональная образовательная программа по направлению «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение» предусматривает прохождение обучающимися производственной практикой включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы ординатуры «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

СТАЦИОНАРНАЯ ПРАКТИКА
Рабочая программа для специальности
31.08.62 «РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика «Стационарная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры		
		2	3	4
Сроки проведения практики: 44 недели	2376	756	378	1242
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет	-	зачет
Общая трудоемкость часы	2376	756	378	1242
зачетные единицы	66	21	10,5	34,5

2. Цели и задачи практики

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

Задачи стационарной практики:

1. Овладение общемедицинскими компетенциями применительно к врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, а также к основам фундаментальных дисциплин.
2. Овладение методами клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных.
3. Умение оформлять медицинскую документацию.
4. Овладение техническими средствами используемыми в рентгенэндоваскулярных диагностике и лечении; умение работать с рентгеновской аппаратурой с использованием средств защиты пациента и персонала от ионизирующего излучения.
5. Умение применять различные доступы в сосудистую систему, пункцией и катетеризацией сосудов различных анатомических зон.
6. Овладение методами проведения ангиографических и ангиокардиографических исследований различных анатомических систем.
7. Овладение методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения, включая возможности рентгенэндоваскулярного лечения конкретных больных.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и

высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
 - ✓ готовность 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, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
 - ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - ✓ готовность к применению рентгенэндоваскулярных методов диагностики (ПК-6);
- лечебная деятельность:
 - ✓ готовность к применению рентгенэндоваскулярных методов лечения (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);
- психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-10);
- организационно-управленческая деятельность:
 - ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);
 - ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

4. Базы практики

Практика проводится на базе организация (предприятий) различных организационно-правовых форм хозяйствования и форм собственности (клинические базы)

5. Содержание практики

План работы первого года обучения:

Осмотр пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
Дежурства по острому коронарному синдрому в качестве ассистента дежурного врача.

Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.

Выполнение оперативных вмешательств под руководством сотрудников кафедры: пункция, селективные ангиографии.

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
Первый год обучения (семестр №2)				
Стационар (П.О.01)				
1.	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	Отдел рентгенэндоскопических аскулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	756 21 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3
Второй год обучения (семестр №3)				
Стационар (П.О.01)				

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
1.	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	Отдел рентгенэндovasкулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	378 10,5 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3
Второй год обучения (семестр №4)				
	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	Отдел рентгенэндovasкулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	1242 34,5 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3

- Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;

- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить наружный массаж сердца;
- проводить искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- уметь проводить восстановление проходимости дыхательных путей;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой (антропометрический набор, аппарат для измерения артериального давления, аппарат Боброва, транспортные шины, аппаратура для ингаляций, электроотсос, дыхательный мешок «Амбу», системы для инфузионной терапии и т.д.;
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

Оказывает помощь при неотложных состояниях:

1. Остановка сердца.
2. Остановка дыхания.

3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
5. Острая надпочечниковая недостаточность.
6. Острая почечная недостаточность, анурия.
7. Острая печёночная недостаточность.
8. Острая дыхательная недостаточность.
9. Анафилактический шок.
10. Отёк Квинке.
11. Токсико-аллергический дерматит.
12. Крапивница.
13. Кома гипо- и гипергликемическая.
14. Кома анемическая.
15. Кома печёночная.
16. Кома мозговая, неясной этиологии.
17. Гипертермия, перегревание.
18. Обморожение, замерзание.
19. Нарушения ритма сердца.
20. Приступ бронхиальной астмы.
21. Острая бронхиальная обструкция
22. Острая обструкция верхних дыхательных путей.
23. Отёк легких.
24. Пневмо-, гидро-, гемоторакс.
25. Ингаляции дыма, горячего воздуха, отравление угарным газом.
26. Инородные тела дыхательных путей.
27. Нарушения сознания.
28. Острые отравления.
29. Синдром дегидратации.
30. Ацетонемическая рвота.
31. Открытый или закрытый, в том числе, напряженный пневмоторакс и гемоторакс;
32. Судороги.
33. Электротравма.
34. Ожоги (термические, химические).
35. Утопление.
36. Укусы насекомых.
37. Укусы змей, животных.
38. Переломы конечностей и другие травмы. Травматический шок.
39. Наружные кровотечения.
40. Внутренние кровотечения.

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;

- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
"Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.
Павлова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

Дневник утвержден на заседании кафедры

УТВЕРЖДАЮ

.....

Зав. кафедрой

.....

И.о. проректора по последипломному
образованию

Н.Л. Шапорова

«.....»20__ г..
(протокол заседаний кафедры № ____)

«.....».....20__ г.

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРА

Ф.И.О.

Кафедра

Специальность

Руководитель
ординатора _____

Руководитель практической
подготовки _____

Форма обучения:

договор / свободный конкурс / целевое направление

Начало обучения

Окончание обучения

«__» «_____» 20 г.

«__» «_____» 20 г.

Санкт-Петербург

20__

Основная цель практики – закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения, и формирование общекультурных и профессиональных компетенций врача-специалиста.

Срок обучения: _____ **учебных часов**

Трудоемкость: **71 зачетная единица**

Режим занятий: **9 учебных часов в день (из них 3 часа самостоятельной работы)**

Клинические базы: _____

ГРАФИК ПРАКТИКИ

Базовая часть			
Работа в стационаре			
№	База практической подготовки, отделение	Профиль курируемых больных	Даты
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
Работа в поликлинике			
№	База практической подготовки, отделение	Профиль курируемых больных	Даты
1			
2			
3			
Вариативная часть			

ПРАКТИКА БАЗОВАЯ ЧАСТЬ

РАБОТА В СТАЦИОНАРЕ:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика отделения

Профиль курируемых больных _____

Срок работы « ____ » « _____ » 20 ____ г. по « ____ » « _____ » 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

10.					
-----	--	--	--	--	--

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

--	--	--	--

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Самостоятельное закрепление и освоение практических навыков, предусмотренных в каждом разделе.

практический навык	План (самостоятельного выполнения)	Выполнил самостоятельно (количество)

Дежурства (дата, отделение, отчет)

РАБОТА В ПОЛИКЛИНИКЕ:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика
отделения _____

Срок работы «____» «_____» 20 ____ г. по «____» «_____» 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____/_____/

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____/_____/

(подпись)

(Ф.И.О.)

ИТОГО:

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Практика. Вариативная часть:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика отделения

Профиль курируемых больных _____

Срок работы « ____ » « _____ » 20 ____ г. по « ____ » « _____ » 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись) (Ф.И.О.)

Самостоятельное закрепление и освоение практических навыков, предусмотренных в каждом разделе.

практический навык	План (самостоятельного выполнения)	Выполнил самостоятельно (количество)

Дежурства (дата, отделение, отчет)

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА
ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ**

(характер выполняемой работы, ее оценка)

За период прохождения практики в качестве _____

был подготовлен учебно-методический проект на тему:

« _____ »,

а также реферат: « _____ »

(название выполненной работы)

Принимал(ла) участие в научно-практической конференции и выступил(ла) с докладом _____ на _____ тему:

« _____ »

Примечание: учебно-исследовательская работа оформляется в виде электронных материалов. Результаты фиксируются в портфолио обучающегося

**ОТЧЕТ О ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ**

№ п/п	Наименование мероприятий	Кол-во
1.	Проведено лекций (бесед) на санитарно-просветительные темы: 1. 2. 3.	
2.	Участие в выпусках санбюллетеней	
3.	Участие в собраниях	
4	Работа со средним медицинским персоналом	
5.	Другие виды работ	

Подпись базового руководителя
практики

(подпись)

М.П.
Непосредственный базовый
руководитель практики

(подпись)

Непосредственный
ассистент-руководитель практики

(подпись)

Перечень практических навыков, полученных в период обучения.

Освоение лечебно-диагностических методик.

№ п/п	ПЕРЕЧЕНЬ НАВЫКОВ	Степень Освоения количество		
		1 степень освоения	2 степень освоения	3 степень освоения

--	--	--	--	--

ХАРАКТЕРИСТИКА

Ф.И.О. ординатора _____
(Ф.И.О.)

Проходил (ла) практику в качестве помощника врача с «___»
_____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г. на базе

Общая характеристика прохождения практики:

—

Уровень теоретической подготовки ординатора:

—

Уровень практической подготовки ординатора:

Рекомендации и замечания:

Руководитель практики

(подпись)

Фамилия И.О.

Примечание: при написании характеристики должны быть отражены следующие данные:

- а) уровень теоретической подготовки;
- б) владение практическими навыками;
- в) выполнение УИР;
- г) соблюдение принципов медицинской этики;
- д) отношение к работе и участие в общественной жизни, санитарно-просветительной работе;

е) выполнение программы практики полностью.

9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.

<p>Что входит в набор для селективной ангиографии?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Диагностический проводник2. Интродьюсер3. Диагностический катетер4. Проводниковый катетер <p>Верно 1-3</p>
<p>Какое покрытие проводников используется для уменьшения трения?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Гидрофильное2. Силиконовое3. Тефлоновое4. Гидрофобное <p>Верно 1, 3</p>
<p>Какие типы баллонных катетеров по способу доставки к месту поражения используются в современной практике:</p> <ol style="list-style-type: none">1. On-The-Wire2. Rapid Exchange3. Under-the-wire4. Over-the-wire <p>Верно 2, 4</p>
<p>Сколько мм в одном Френче?</p> <ol style="list-style-type: none">1. 12. 1,53. 0,554. 0,33 <p>Верно 4</p>
<p>Какие препараты используются в качестве антипролиферативного покрытия?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Таклитаксел2. Сиролимус3. Эверолимус4. Антитела к эндотелиальным клеткам предшественникам <p>Верно 1-4</p>
<p>К возможным осложнениям при пункции бедренной артерии относятся:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Забрюшинная гематома2. Ложная аневризма3. Артерио-венозная фистула4. Остеомиелит головки бедренной кости <p>Верно 1-3</p>

<p>В состав «коктейля» при выполнении пункции лучевой артерии входят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гепарин 2. В-блокатор 3. Нитроглицерин или Са-блокатор 4. Блокатор Ib/IIIa рецепторов <p>Верно 1, 3</p>
<p>К йодсодержащим контрастным препаратам, применяемым для ангиографии относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Парамагнитные контрастные препараты 2. Неионные контрастные препараты 3. Сульфат бария 4. Ионные контрастные препараты <p>Верно 2, 4</p>
<p>Что является критерием эффективности баллонной ангиопластики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие остаточного стеноза менее 70% 2. Наличие остаточного стеноза менее 30% 3. Наличие остаточного стеноза менее 10% 4. Наличие остаточного стеноза менее 50% <p>Верно 4</p>
<p>Выберите меры профилактики контрастной нефропатии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прегидратация 2. Постгидратация 3. Road-mapping 4. CO_2 ангиография <p>Верно 1-4</p>
<p>Выберите помещения, которые должны иметься в рентгенОПОперационном блоке согласно СанПиН 2.6.1.1192-03:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. РентгенОПОперационная 2. Комната управления 3. Комната временного пребывания больного 4. Кладовая запасных частей <p>Верно 1-3</p>
<p>Анестезиологическое пособие при рентгенохирургических вмешательствах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В большинстве случаев у взрослых пациентов заключается в в/в седации 2. Не требуется 3. В большинстве случаев у детей заключается в общем наркозе 4. В большинстве случаев заключается в общем наркозе <p>Верно 1, 3</p>
<p>Для защиты от рентгеновского излучения в рентгенОПОперационных применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медь 2. Свинец 3. Цинк 4. Барит <p>Верно 2, 4</p>

<p>Критерием эффективности селективной эмболизации артерии с целью остановки кровотечения является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Замедление кровотока в эмболизированной артерии 2. Коллатеральное заполнение эмболизированной артерии 3. Восстановление кровотока в эмболизированной артерии 4. Прекращение кровотока в эмболизированной артерии <p>Верно 4</p>
<p>Что из перечисленного ниже является компонентом ангиографической установки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгеновская трубка 2. Электронно-оптический преобразователь 3. Цифровая система обработки изображений 4. Рентгенопрозрачный стол <p>Верно 1-4</p>
<p>Выберите из списка ВПС бледного типа с артериовенозным сбросом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дефект межжелудочковой перегородки 2. Дефект межпредсердной перегородки 3. Открытый артериальный проток 4. Тетрада Фалло <p>Верно 1-3</p>
<p>Выберите из списка ВПС синего типа с веноартериальным сбросом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Транспозиция магистральных сосудов 2. Дефект межпредсердной перегородки 3. Тетрада Фалло 4. Открытый артериальный проток <p>Верно 1, 3</p>
<p>Выберите показания для транскатетерного закрытия ДМПП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Системная инфекция в срок до 1 мес. до операции 2. Клинические признаки объемной перегрузки правого желудочка 3. Расстояние менее 5 мм от края дефекта до устья коронарного синуса легочных вен, а также А-В клапанов 4. Шунтирование крови слева направо в отношении 1,5:1 <p>Верно 2, 4</p>
<p>Выберите показания для транскатетерного закрытия ДМЖП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расстояние менее 4 мм от края дефекта до устья легочного, аортального и также А-В клапанов 2. Высокое легочное сопротивление 3. Малые размеры пациента (вес менее 5,2 кг) 4. Большой объем Л-П сброса, легочная гипертензия и сердечная недостаточность <p>Верно 4</p>

<p>Выберите противопоказания для транскатетерного закрытия ДМПП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Противопоказания для назначения антитромбоцитарной терапии на срок до 6 мес. 2. Наличие внутрисердечного (внутрипредсердного) тромба 3. Малые размеры пациента (невозможность использования чреспищеводной ЭХОКГ и катетеров необходимого диаметра) 4. Расстояние менее 5 мм от края дефекта до устья коронарного синуса легочных вен, а также А-В клапанов <p>Верно 1-4</p>
<p>Выберите противопоказания для транскатетерного закрытия ДМЖП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Малые размеры пациента (вес менее 5,2 кг) 2. Сепсис или активная бактериальная инфекция 3. Противопоказания для назначения антитромбоцитарной терапии 4. Рецидив ДМЖП после хирургического закрытия <p>Верно 1-3</p>
<p>Выберите показания для баллонной атриосептостомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полная транспозиция магистральных сосудов; 2. Открытый артериальный проток 3. Тотальный аномальный дренаж легочных вен 4. Дефект межжелудочковой перегородки <p>Верно 1, 3</p>
<p>Выберите показания для баллонной ангиопластики коарктации аорты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Градиент систолического давления на сужении более 10 мм рт. ст. 2. Наличие градиента систолического давления между восходящей и нисходящей аортой более 20 мм рт. ст. 3. Систолическое давление в ПЖ более 50% от АД при отсутствии сброса крови слева направо 4. Коллатеральный или измененный магистральный кровоток на нижних конечностях. <p>Верно 2, 4</p>
<p>В каких случаях применяется катетер Park с ножевым лезвием?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для рассечения сращений по комиссурам митрального клапана 2. Для пересечения аномальных проводящих путей сердца 3. Для увеличения размера дефекта межжелудочковой перегородки 4. В случае ригидной межпредсердной перегородки и у больных старше 3-4 лет. <p>Верно 4</p>
<p>Показания к ангиопластике легочных артерий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие врожденного или приобретенного стеноза легочной артерии; 2. Градиент систолического давления на сужении более 10 мм рт. ст.; 3. Систолическое давление в ПЖ более 50% от АД при отсутствии сброса крови слева направо; 4. Значительное снижение кровотока в заинтересованном легком <p>Верно 1-4</p>

Выберите показания для баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза аорты:

1. Пиковый градиент систолического давления между ЛЖ и Ао более 50 мм рт. ст.
2. Недостаточность на аортальном клапане не более 1+ для клапанного стеноза.
3. Недостаточность на аортальном клапане не более 2+ для подклапанного мембранозного стеноза.
4. Инфекционный эндокардит в активной фазе

Верно 1-3

Для эмболизации ОАП применяются:

1. Спирали Gianturco
2. Окклюзионные баллоны
3. DuctOccluder
4. Частицы PVA

Верно 1, 3

При выполнении баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза аорты:

1. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм больше диаметра клапанного кольца
2. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм меньше диаметра клапанного кольца
3. Время раздувания баллона должно быть не менее 10 сек.
4. Время раздувания баллона должно быть не более 10 сек.

Верно 2, 4

При выполнении баллонной ангиопластики врожденного клапанного стеноза легочной артерии:

1. Должна применяться двойная антитромбоцитарная терапия
2. Нужно стремиться к выполнению вмешательства под местной анестезией
3. Диаметр баллона должен быть на 1-2 мм меньше диаметра клапанного кольца
4. Диаметр баллона должен превышать диаметр клапанного кольца в 1.2-1.4 раза.

Верно 4

Тетрада Фалло включает в себя следующие признаки:

1. Стеноз выходного отдела правого желудочка
2. Дефект межжелудочковой перегородки
3. Декстропозицию аорты
4. Гипертрофию левого желудочка.

Верно 1-4

Выберите противопоказания для эндоваскулярного лечения хронических окклюзий вен нижних конечностей:

1. Асимптомные пациенты
2. Окклюзия общей бедренной вены или бедренной вены
3. Окклюзия нижней поллой вены
4. Окклюзия верхней поллой вены

Верно 1-3

Выберите показания для эндоваскулярного лечения хронических окклюзий вен нижних конечностей:

1. Симптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен.
2. Асимптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен.
3. Наличие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента.
4. Отсутствие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента.

Верно 1, 3

Выберите абсолютные противопоказания для селективного венозного тромболиза:

1. Почечная недостаточность
2. Продолжающееся внутреннее кровотечение или диссеминированное внутрисосудистое свертывание
3. Беременность или лактация
4. Недавно перенесенный инсульт, ТИА, нейрохирургическое вмешательство или черепно-мозговая травма

Верно 2, 4

Что из перечисленного не может являться источником ТЭЛА?

1. Система нижней полой вены
2. Правые отделы сердца
3. Система верхней полой вены
4. Система воротной вены

Верно 4

Что из перечисленного ниже является показанием для имплантации кава-фильтра?

1. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей с наличием неокклюзивных (флотирующих) тромбов.
2. Венозный тромбоз нижних конечностей с наличием эпизодов тромбоэмболии легочной артерии.
3. Венозный тромбоз нижних конечностей у беременных и рожениц
4. Проведение операций на венах, лапароскопических вмешательств при тромбозе вен таза.

Верно 1-4

Что из перечисленного является диагностическим минимум при подозрении на ТЭЛА?

1. ЭКГ
2. Обзорная Rg грудной клетки.
3. УЗИ вен нижних конечностей и илеокавального сегмента.
4. ЭХОКГ
5. МСКТ печени с усилением Rg-контрастным препаратом.

Верно 1-4

<p>Что относится к показаниям для TIPS (ТИПС)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Портальная гипертензия. 2. Острое кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. 3. Повторное пищеводно-желудочное кровотечение. 4. Рефрактерный асцит (асцит неподдающийся медикаментозной терапии). <p>Верно 1-4</p>
<p>Этиологическим фактором внутричерепной аневризмы могут быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Травма 2. Инфекция 3. Наследственные дефекты соединительной ткани 4. Гемодинамические факторы <p>Верно 1-4</p>
<p>Клиническими проявлениями внутричерепной аневризмы могут быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровоизлияние 2. Судорожные приступы 3. Парезы черепных нервов 4. Амнезия <p>Верно 1, 3</p>
<p>Для внутрисосудистого лечения аневризм используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Баллоны 2. Спирали 3. Стенты 4. Микрочастицы <p>Верно 1-3</p>
<p>Использование стентов при лечении внутричерепных аневризм показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наличии стеноза 2. При наличии вазоспазма 3. При широкой шейке аневризмы 4. В острый период кровоизлияния <p>Верно 3</p>
<p>Артериовенозная мальформация головного мозга - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одно из последствий травмы 2. Врожденное заболевание 3. Последствие лучевой терапии 4. Результат тромбоза церебральных синусов <p>Верно 2</p>
<p>Каротидно-кавернозное соустье - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Последствие травмы 2. Врожденное заболевание 3. Последствие лучевой терапии 4. Результат тромбоза церебральных синусов <p>Верно 1</p>

<p>Клинически церебральная артериовенозная мальформация может проявляться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Судорожными приступами или их эквивалентами 2. Внутричерепными кровоизлияниями 3. Очаговым неврологическим дефицитом 4. Ощущением пульсирующего шума в голове <p>Верно 1-4</p>
<p>Для излечения церебральных артериовенозных мальформаций могут применяться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хирургическое удаление 2. Лучевая терапия 3. Эндоваскулярная эмболизация 4. Методы консервативной терапии <p>Верно 1-3</p>
<p>Доля радикальных эндоваскулярных эмболизаций внутричерепных артериовенозных мальформаций составляет около:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 10% 2. 40% 3. 70% 4. 99% <p>Верно 2</p>
<p>Для лечения внутричерепных артериовенозных мальформаций могут применяться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стенты 2. Микроспираль 3. Клеевые композиции 4. Микрочастицы <p>Верно 3</p>
<p>Эндоваскулярные методы лечения церебральных аневризм имеют преимущество перед открытым хирургическим лечением в случае:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Широкой шейки аневризмы 2. Локализации аневризмы в вертебробазиллярном бассейне 3. Наличии внутричерепной гематомы, нуждающейся в удалении 4. Если пациент предпочитает эндоваскулярное лечение <p>Верно 2</p>
<p>Какие из нижеследующих утверждений справедливы для диагностической церебральной ангиографии при подозрении на церебральную аневризму?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выполняется из дуги аорты 2. Исследование носит полипроекционный характер 3. Выполняется селективная катетеризация церебральных сосудов 4. Выполняются компрессионные пробы <p>Верно 2-4</p>
<p>Показанием к перкутанной нефролитотомии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Крупный и коралловидный камень 2. Любой конкремент, не поддающийся дистанционной литотрипсии 3. Небольшой конкремент в отшнурованной чашечке 4. Камень в верхней трети мочеточника <p>Верно 1, 2</p>

<p>Пункция полостной системы почки целесообразна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Через лоханку 2. Через переднюю группу чашечек 3. Через заднюю группу чашечек 4. Максимально приближенно к конкременту <p>Верно 3</p>
<p>Самым частым осложнением перкутанной нефролитотомии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение 2. Ранение соседних органов 3. Утеря нефростомического канала 4. Перфорация полостной системы почки <p>Верно 1</p>
<p>Транскутанная пульпдекомпрессия показана:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как альтернатива открытого вмешательства 2. При выраженном болевом синдроме без двигательных нарушений 3. При пролапсе диска до 6 мм 4. При наличии секвестра без неврологических выпадений <p>Верно 3</p>
<p>Абсолютным противопоказанием для выполнения транскутанной цементной вертебропластики является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Компрессионный перелом при остеопорозе 2. Метастатическое поражение двух и более позвонков 3. Остеомиелит 4. Гемангиома <p>Верно 3</p>
<p>Оптимальным местом для пункции тела поясничного позвонка является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Остистый отросток 2. Непосредственно тело позвонка 3. Нижний суставной отросток 4. Корень дужки <p>Верно 4</p>
<p>Оптимальным местом для пункции тела шейного позвонка является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Остистый отросток 2. Непосредственно тело позвонка 3. Нижний суставной отросток 4. Корень дужки <p>Верно 2</p>
<p>Относительным противопоказанием к выполнению чрескожного холангидренирования является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Асцит 2. Коагулопатия 3. Деформация грудного отдела позвоночника 4. Все вышеперечисленное <p>Верно 4</p>

<p>Причиной тяжелой гемобилии после выполнения чрескожного холангидренирования является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждение воротной вены 2. Повреждение печеночной артерии 3. Повреждение печеночной вены 4. Прохождение катетера через паренхиму печени <p>Верно 2</p>
<p>Наиболее частым показанием к выполнению чрескожного холангидренирования является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Холедохолитиаз 2. Механическая желтуха 3. Хронический панкреатит 4. Острый холецистит <p>Верно 2</p>
<p>Для чрескожного дренирования патологических жидкостных образований печени может использоваться следующий метод навигации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгеноскопия 2. Компьютерная томография 3. УЗИ 4. Все вышеперечисленное <p>Верно 4</p>
<p>Наиболее частой причиной механических желтух, требующих выполнения чрескожного холангидренирования являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоли печени и поджелудочной железы 2. Хронический панкреатит 3. Холедохолитиаз 4. Рубцовые стриктуры холедоха <p>Верно 1</p>
<p>Методом выбора при лечении механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чрескожное холангидренирование 2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция 3. Чрескожная холестистомия 4. Холедохолитотомия <p>Верно 2</p>
<p>К типичным осложнениям чрескожного холангидренирования не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гемобилия 2. Острый панкреатит 3. Повреждение полых органов брюшной полости 4. Подтекание желчи мимо дренажа <p>Верно 3</p>

Выберите клинические формы острого коронарного синдрома (ОКС):

1. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).
2. Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ОИМбST).
3. Ранняя постинфарктная стенокардия.
4. Постинфарктный кардиосклероз (ПИК).
5. Впервые возникшая стенокардия.
6. Нестабильная стенокардия.

Верно 1, 2, 3, 5, 6

Выберите из приведенного способы восстановления коронарного кровотока при остром коронарном синдроме (ОКС):

1. Фармакологическая реперфузия (тромболизис).
2. Хирургическая реваскуляризация (АКШ).
3. Эндоваскулярные вмешательства (ЧТКА).
4. Внутриаортальная баллонная контрпульсация.

Верно 1, 2, 3

Выберите клинические формы острого коронарного синдрома, которые протекают без подъема сегмента ST:

1. Нестабильная стенокардия.
2. Стабильная стенокардия.
3. Острый инфаркт миокарда с формированием зубца Q.
4. Острый инфаркт миокарда без формирования зубца Q.
5. Впервые возникшая стенокардия.
6. Ранняя постинфарктная стенокардия.
7. Постинфарктный кардиосклероз.

Верно 1, 4, 5, 6

Выберите факторы риска развития ишемической болезни сердца из приведенного:

1. Сахарный диабет.
2. Курение.
3. Перемежающаяся хромота.
4. Гипертоническая болезнь.
5. Дислипидемия.
6. Хроническая почечная недостаточность.
7. Ожирение.

Верно 1, 2, 4, 5, 7

Выберите два заболевания, которые клинически протекают схоже с ОКС и с которыми наиболее часто приходится дифференцировать острый коронарный синдром:

1. Перфоративная язва.
2. Острая кишечная непроходимость.
3. Расслоение грудного отдела аорты.
4. Расслоение брюшного отдела аорты.
5. Тромбоэмболия легочной артерии.

Верно 3, 5

Какой основной отличительный признак инфарктных и не инфарктных форм острого коронарного синдрома:

1. Подъем сегмента ST на ЭКГ.
2. Гипокинезия стенки левого желудочка по данным ЭХО-кардиографии.
3. Изменение уровня тропонина.
4. Нарастание уровня мочевины и креатинина.

Верно 3

Какова нагрузочная доза аспирина при развитии острого коронарного синдрома:

1. 125 мг
2. 250 мг
3. 300 мг
4. 500 мг
5. 600 мг

Верно 4

Какова нагрузочная доза клопидогреля перед выполнением ЧТКА у пациентов с острым коронарным синдромом:

1. 125 мг
2. 250 мг
3. 300 мг
4. 500 мг
5. 600 мг

Верно 5

Оптимальный срок выполнения реваскуляризации миокарда при развитии острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST:

1. До 2 часов.
2. До 6 часов
3. До 24 часов
4. До 72 часов.

Верно 1

Какая форма дезагрегантной терапии применяется при чрескожных коронарных вмешательствах:

1. Дезагрегантная монотерапия.
2. Двойная дезагрегантная терапия.
3. Тройная дезагрегантная терапия.

Верно 2

Выберите все типы кровоснабжения миокарда выделяемые в рентгенохирургии:

1. Левый тип.
2. Правый тип.
3. Передний тип.
4. Задний тип.
5. Сбалансированный тип.

Верно 1, 2, 5

<p>Выберите все возможные показания для внутриаортальной баллонной контрпульсации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кардиогенный шок. 2. Инфекционно-токсический шок. 3. Геморрагический шок. 4. Гипотония при расслаивающейся аневризме. 5. Нарастающая недостаточность аортального клапана. 6. Острая левожелудочковая недостаточность. <p>Верно 1, 2, 6</p>
<p>Сколько синусов в норме имеет аортальный клапан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1. 2. 2. 3. 3. 4. 4. <p>Верно 3</p>
<p>От каких синусов отходят коронарные артерии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. От переднего. 2. От заднего. 3. От левого. 4. От правого. <p>Верно 3, 4</p>
<p>Выберите три главные коронарные артерии, выделяемые в рентгенохирургии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Передняя нисходящая (передняя межжелудочковая) артерия. 2. Задняя нисходящая (задняя межжелудочковая) артерия. 3. Правая коронарная артерия. 4. Артерия острого края. 5. Артерия тупого края. 6. Огибающая артерия. 7. Промежуточная артерия. <p>Верно 1, 3, 6</p>
<p>Компонентами нормальной проводящей системы сердца является все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пучок Гиса. 2. Пучок Кента. 3. Пучок Бахмана. 4. Волокна Гиса – Пуркинье. <p>Верно 2</p>
<p>Синдром слабости синусового узла включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синусовая брадикардия 2. Синдром тахи – брадикардии 3. Sinus arrest 4. Сочетанное нарушение SA и AV проведения. <p>Верно 1-4</p>

<p>Дифференциальный диагноз тахикардии с широкими комплексами включает все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Желудочковая тахикардия. 2. Наджелудочковая тахикардия с аберрантным комплексом QRS 3. Ортодромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути. 4. Антидромная атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути. <p>Верно 3</p>
<p>Внутривенное введение АТФ может купировать пароксизм, все кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Реципрокная тахикардия с участием дополнительного пути. 2. Узловая атриовентрикулярная реципрокная тахикардия. 3. Трепетание предсердий. 4. Фибрилляция предсердий. <p>Верно 4</p>
<p>Синдром тахи-брадикардии является показанием к:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Радиочастотная абляция АВ соединения. 2. Имплантации ПЭКС VVIR. 3. Имплантации ПЭКС DDDR. 4. Имплантации ПЭКС AAIR. <p>Верно 1, 3</p>
<p>Наиболее часто триггерной зоной фибрилляции предсердий является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Устье легочной вены. 2. Ушко правого предсердия 3. Зона isthmus. 4. Ушко левого предсердия <p>Верно 1</p>
<p>Ресинхронизирующая терапия подразумевает восстановление синхронности сокращения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Правого и левого желудочков. 2. Верхушки и базальных отделов желудочков 3. Правого предсердия и верхушки желудочков 4. Межжелудочковой перегородки и свободной стенки <p>Верно 4</p>
<p>Инструментальные показатели, позволяющие диагностировать хроническую критическую ишемию нижних конечностей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лодыжечное систолическое давление менее 50 mmHg 2. Пальцевое систолическое давление менее 30 mmHg 3. Транскутанное напряжение кислорода менее 30 mmHg 4. Все вышеперечисленное <p>Верно 4</p>

<p>К хронической критической ишемии не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тяжелая перемежающаяся хромота 2. Ишемические боли покоя длительностью более двух недель 3. Ишемические язвы стопы 4. Гангрена части или всей стопы <p>Верно 1</p>
<p>Эндоваскулярное лечение считается методом выбора для поражений типа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. А по TASC 2. В по TASC 3. С по TASC 4. D по TASC <p>Верно 1</p>
<p>Специфическим осложнением эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты с помощью стент-графта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый инфаркт миокарда 2. Кровотечение 3. Протечки в полость аневризмы 4. Инсульт <p>Верно 3</p>
<p>Ретроградное попадание крови в полость аневризмы после установки стент-графта через ветви, отходящие от аорты - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Протечка типа 1 2. Протечка типа 2 3. Протечка типа 3 4. Протечка типа 4 <p>Верно 2</p>
<p>Расчет стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) как отношение разницы диаметра ВСА дистальнее стеноза и диаметра стеноза к диаметру ВСА отвечает критериям исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фремингемского исследования 2. ECST 3. NASCET 4. ACAS <p>Верно 3</p>
<p>Наиболее надежная защита от эмболии при выполнении стентирования внутренних сонных артерий достигается с помощью:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дистальных окклюдизирующих устройств 2. Фильтрующих устройств 3. Проксимального окклюдизирующего устройства (МОМА) 4. Временного шунта <p>Верно 3</p>

<p>Выберите сосудистый бассейн, редко вовлекаемый симптоматическим атеросклерозом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Артерии нижних конечностей 2. Артерии верхних конечностей 3. Коронарные артерии 4. Сонные артерии <p>Верно 2</p>
<p>Модифицируемым фактором риска атеросклероза является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст 2. Мужской пол (мало эстрогенов) 3. Повышение липопротеидов низкой плотности 4. Гомоцистинурия <p>Верно 3</p>
<p>Для аневризм брюшного отдела аорты диаметром более 7см ежегодный риск разрыва составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15% в год 2. 35% в год 3. 55% в год 4. 75% в год <p>Верно 4</p>
<p>Юкстаренальные аневризмы брюшной аорты – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аневризмы, заканчивающиеся выше почечных артерий 2. Почечные артерии отходят от аневризмы 3. Аневризма начинается не далее 1см от почечных артерий 4. Аневризма начинается далее 1 см от почечных артерий <p>Верно 3</p>
<p>В настоящее время основным показанием к стентированию сонных артерий является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стенозы менее 70% 2. Бессимптомные стенозы более 70% 3. Симптоматические стенозы более 70% у пациентов высокого риска 4. Симптоматические стенозы более 70% <p>Верно 3</p>
<p>Наиболее редкая причина окклюзионно-стенотического поражения подколенной артерии – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атеросклероз 2. Кистозная адвентициальная болезнь 3. Синдром подколенного защемления 4. Эмболия <p>Верно 2</p>
<p>Противопоказанием к стентированию чревной артерии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая висцеральная ишемия 2. Атеросклеротический стеноз 3. Синдром срединной дуговой связки 4. Острая висцеральная ишемия <p>Верно 3</p>

Фибромускулярная дисплазия наиболее часто вовлекает:

1. Артерии конечностей
2. Церебральные артерии
3. Висцеральные артерии
4. Почечные артерии

Верно 4

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

Основная литература:

1. Национальное руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии // том 1-4 / под редакцией академика РАН Б.А. Алекяна – Авторский тираж, 2017 год, 2250 страниц
2. Павлов, В. Н. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в урологии / Павлов В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с.
3. Голощапов-Аксенов Р.С. Организационные и клинические основы рентгенохирургических методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний — Москва: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019. — 368 с. — ISBN 978-5- 907098-30-5. — Текст: электронный. — URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/36870>
4. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение) : руководство для врачей / М. С. Кушаковский, Ю. Н. Гришкин. — 4-е изд. — Санкт-Петербург : Фолиант, 2017. — 720 с. — ISBN 978-5-93929-245-0.
5. Сосудистая хирургия: нац. руководство. Краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с. : ил. - 464 с.
6. Оптическая когерентная томография коронарных артерий. Атлас для клинического применения. Под ред. Бабунашвили А.М., Созыкин А.В.. – М.: Издво АСВ, 2019.
7. Neumann F. J., Sousa-Uva M., Ahlsson A., Alfonso F., Banning A. P., Benedetto U. et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European heart journal. 2018; 00: 1–96. DOI:10.1093/eurheartj/ehy394
8. Морозова Т.Е. Политаблетка в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: доказательная база, ограничения и перспективы (по материалам доклада Европейского общества по артериальной гипертензии): передавая //Consilium medicum (кардиология). – 2017.- N10.- С.8-12
9. Сыркин А.Л. Неотложная кардиология: Руководство для врачей — Москва: ООО"Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019. — 448 с. — ISBN 978-5-9986-0208-5.
10. Д.Г.Иоселиани, Д.А.Асадов, А.М.Бабунашвили. Коронарное стентирование и стенты - 2019. - 256с.
11. Протопопов А.В., Шнякин П.Г., Литвинюк Н.В. и соавт. Транскатетерные вмешательства при патологии клапанов сердца - 2021. - 528с.

Периодические издания:

1. «Consilium medicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>
2. Ангиология и сосудистая хирургия.
3. Кардиология
4. Вестник Российской академии медицинских наук

5. Вестник аритмологии
6. Диагностическая и интервенционная радиология

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Специализированный кабинет отдела РХМДЛ НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.	Стол – 2 шт., стулья – 10шт. Ноутбук Dell inspiron 5423. Мультимедийный проектор BENQ MX505 DLP. Экран Digis Optimal-C DSOC-1101.
1. Операционная №2 отдела РХМДЛ	противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф облучатель бактерицидный аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат,отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, дефибриллятор с функцией синхронизации, расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации
2. Операционная № 8	стол операционный хирургический, многофункциональный универсальный хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу
3. Смотровая №1	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный.

<p>4. Эндоскопический кабинет №1</p>	<p>гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для</p>
<p>5 Кабинет электрофизиологии</p>	<p>электроэнцефалограф</p>

Разработчик:

Капутин М.Ю., д.м.н., проф.

Рецензент:

Седов В.М., д.м.н., проф.

Эксперт:

Кандыба Д.В., к.м.н., руководиель отдела эндоваскулярной хирургии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе.

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС,
ПАТОЛОГИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ**

**Рабочая программа для специальности
31.08.62 «РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»**

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика «Первичный осмотр и консультация пациентов с ИБС, патологией магистральных сосудов» относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 4 недели	108	108
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

1. Цели и задачи практики

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

Задачи амбулаторной практики:

1. Владеть комплексом вопросов, связанных с конкретным использованием рентгенэндоваскулярных диагностических и лечебных процедур в различных областях их применения.
2. Уметь правильно собирать диагноз у пациента с ИБС и патологией магистральных сосудов.
3. Уметь интерпретировать результаты проведенных диагностических исследований: проб с физической нагрузкой, ЭКГ, ЭХОКГ, ангиографических исследований.
4. Уметь измерять ЛПНП у пациентов поражениями артерий нижних конечностей
5. Владеть методикой разрешения вопросов стратегического планирования и использования рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения в прогнозах оценки качества жизни пациента.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
 - ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-

статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:
 - ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

4. Базы практики

Практика проводится на базе организация (предприятий) различных организационно-правовых форм хозяйствования и форм собственности (клинические базы)

5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
Амбулаторный прием				
1.	Первичный осмотр пациентов с ИБС и патологией магистральных артерий.	Отдел рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова смотровая №2	108 3 ЗЕ	ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 УК-1

План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в государственных центрах рентгенэндоваскулярных диагностик и лечений (являющихся клиническими базами кафедры) в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
4. Ассистенция и выполнение консультаций под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской и фотодокументации.

- ✓ Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- ✓ Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой.

✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. Основная задача практики - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях будущей работы. Особенно это важно для будущих врачей общей практики.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы на амбулаторном приеме врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
"Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П.
Павлова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

Дневник утвержден на заседании кафедры

УТВЕРЖДАЮ

.....
Зав. кафедрой
«.....»20__ г..
(протокол заседаний кафедры № _____)

.....
И.о. проректора по последипломному
образованию
Н.Л. Шапорова
«.....»20__ г.

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРА

Ф.И.О.

Кафедра

Специальность

Руководитель
ординатора

Руководитель практической
подготовки

Форма обучения:

договор / свободный конкурс / целевое направление

Начало обучения

Окончание обучения

«__» «_____» 20 г.

«__» «_____» 20 г.

Санкт-Петербург

20__

Основная цель практики – закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения, и формирование общекультурных и профессиональных компетенций врача-специалиста.

Срок обучения: _____ учебных часов

Трудоемкость: **71 зачетная единица**

Режим занятий: **9 учебных часов в день (из них 3 часа самостоятельной работы)**

Клинические базы: _____

ГРАФИК ПРАКТИКИ

Базовая часть			
Работа в стационаре			
№	База практической подготовки, отделение	Профиль курируемых больных	Даты
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
Работа в поликлинике			
№	База практической подготовки, отделение	Профиль курируемых больных	Даты
1			

2			
3			
Вариативная часть			

ПРАКТИКА БАЗОВАЯ ЧАСТЬ

РАБОТА В СТАЦИОНАРЕ:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика отделения

Профиль курируемых больных _____

Срок работы « ____ » « _____ » 20 ____ г. по « ____ » « _____ » 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					

20.					
-----	--	--	--	--	--

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

--	--	--	--

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

**Самостоятельное закрепление и освоение практических навыков,
предусмотренных в каждом разделе.**

практический навык	План (самостоятель ного выполнения)	Выполнил самостоятельн о (количество)

Дежурства (дата, отделение, отчет)

РАБОТА В ПОЛИКЛИНИКЕ:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика
отделения _____

Срок работы «____» «_____» 20 ____ г. по «____» «_____» 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____/_____/

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____/_____/

(подпись)

(Ф.И.О.)

ИТОГО:

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Практика. Вариативная часть:

Лечебное учреждение, отделение _____

Характеристика отделения

Профиль курируемых больных _____

Срок работы « ____ » « _____ » 20 ____ г. по « ____ » « _____ » 20 ____ г.

Количество учебных часов _____

	Профиль курируемых больных				Уровень освоения
	Количество	Уровень освоения	Количество	Уровень освоения	
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе			Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе		
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой

Клинические разборы больных профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)

Общее количество курированных больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Кол-во больных	Нозологические формы	Кол-во больных

Руководитель практической подготовки _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Самостоятельное закрепление и освоение практических навыков, предусмотренных в каждом разделе.

практический навык	План (самостоятельного выполнения)	Выполнил самостоятельно (количество)

Дежурства (дата, отделение, отчет)

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА
ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ**

(характер выполняемой работы, ее оценка)

За период прохождения практики в качестве _____

был подготовлен учебно-методический проект на тему:

«_____»,

а также реферат: «_____»

(название выполненной работы)

Принимал(ла) участие в научно-практической конференции и выступил(ла) с докладом _____ на _____ тему:

«_____»

Примечание: учебно-исследовательская работа оформляется в виде электронных материалов. Результаты фиксируются в портфолио обучающегося

**ОТЧЕТ О ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ**

№ п/п	Наименование мероприятий	Кол-во
1.	Проведено лекций (бесед) на санитарно-просветительные темы: 1. 2. 3.	
2.	Участие в выпусках санбюллетеней	
3.	Участие в собраниях	
4	Работа со средним медицинским персоналом	
5.	Другие виды работ	

Подпись базового руководителя
практики

(подпись)

М.П.
Непосредственный базовый
руководитель практики

(подпись)

Непосредственный
ассистент-руководитель практики

(подпись)

Перечень практических навыков, полученных в период обучения.

Освоение лечебно-диагностических методик.

№ п/п	ПЕРЕЧЕНЬ НАВЫКОВ	Степень Освоения количество		
		1 степень освоения	2 степень освоения	3 степень освоения

--	--	--	--	--

ХАРАКТЕРИСТИКА

Ф.И.О. ординатора _____
(Ф.И.О.)

Проходил (ла) практику в качестве помощника врача с «___»
_____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г. на базе

Общая характеристика прохождения практики:

—

Уровень теоретической подготовки ординатора:

—

Уровень практической подготовки ординатора:

Рекомендации и замечания:

Руководитель практики

(подпись)

Фамилия И.О.

Примечание: при написании характеристики должны быть отражены следующие данные:

- а) уровень теоретической подготовки;
- б) владение практическими навыками;
- в) выполнение УИР;
- г) соблюдение принципов медицинской этики;
- д) отношение к работе и участие в общественной жизни, санитарно-просветительной работе;

е) выполнение программы практики полностью.

10. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.

Экзаменационные тесты :

1. Выберите признак, характерный для мерцательной аритмии:
 - A) На ЭКГ зубец P отрицательный перед желудочковым комплексом
 - B) Разные интервалы R-R
 - C) Двугорбый зубец P
 - D) Разный интервал PQ
 - E) Зубец P +/-

2. Выберите наиболее типичное изменение ЭКГ для мерцательной аритмии:
 - A) Отсутствует зубец P
 - B) Отрицательный зубец P перед QRS комплексом
 - C) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
 - D) Разный интервал PQ
 - E) Отмечается одинаковая продолжительность интервалов R-R

3. Один из основных признаков мерцательной аритмии по данным ЭКГ:
 - A) имеются волны f разной амплитуды и длительности
 - B) Отрицательный зубец P перед QRS комплексом
 - C) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
 - D) Разный интервал PQ
 - E) Интервалы R-R одинаковые

4. Что из перечисленного более всего относится к мерцательной аритмии по данным ЭКГ?
 - A) Удлинение интервала PQ
 - B) Отрицательный зубец P перед QRS комплексом
 - C) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
 - D) Интервал PQ не меняется
 - E) Интервалы R-R разные

5. Что наиболее характерно для мерцательной аритмии по данным ЭКГ?
 - A) Вместо зубца P волны мерцания разной амплитуды и длительности
 - B) Отрицательный зубец P перед QRS комплексом
 - C) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
 - D) Интервал PQ не меняется
 - E) Длительность интервалов R-R не изменяется

6. В пользу мерцательной аритмии по данным ЭКГ наиболее значимым является:
 - A) Имеются волны мерцания разной величины, амплитуды и длительности
 - B) Зубец P наслаивается на QRS комплекс
 - C) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
 - D) Интервал PQ не меняется
 - E) Интервалы R-R не меняются

7. На ЭКГ – отсутствуют зубцы P, вместо них волны f разной амплитуды и длительности, лучше видны в отведениях II, III, avF, V1-V2. Какое нарушение ритма наиболее вероятно у больного?
 - A) Мерцательная аритмия
 - B) Трепетание предсердий

- С) Атриовентрикулярная блокада I степени
- D) Синусовая аритмия
- E) Атриовентрикулярная блокада II степени

8. Для трепетания предсердий по данным ЭКГ наиболее характерно следующее:

- A) Зубца P нет
- B) Зубец P наслаивается на QRS комплекс
- C) Зубец P отрицательный позади QRS комплекса
- D) Зубец P +/-
- E) Зубец P двугорбый

9. НАИБОЛЕЕ верным для трепетания предсердий по данным ЭКГ будет:

- A) Вместо зубца P определяются волны F одинаковые по длине, форме, высоте
- B) Зубец P наслаивается на QRS комплекс
- C) Зубец P отрицательный позади QRS комплекса
- D) Зубец P +/-
- E) Разные интервалы PQ

10. Что из указанного по данным ЭКГ НАИБОЛЕЕ характерно для трепетания предсердий?

- A) Вместо зубца P определяются предсердные волны F напоминающие по форме зубцы пилы
- B) Частота предсердных волн 700-750 в минуту
- C) Зубец P отрицательный позади QRS комплекса
- D) Зубец P +/-
- E) Зубец P уширен, расщеплен

11. НАИБОЛЕЕ типичным для трепетания предсердий по данным ЭКГ будет

- A) Зубца P нет, имеются волны F одинаковые по длине, форме, высоте, напоминающие зубцы пилы
- B) Частота предсердных волн 60-80 в минуту
- C) Зубец P отрицательный позади QRS комплекса
- D) Зубец P уширен, расщеплен
- E) QRS комплекс деформирован, уширен

12. Какой признак наиболее характерен для трепетания предсердий?

- A) Определяются волны F одинаковые по длине, форме, высоте, зубец P отсутствует
- B) Частота предсердных волн 1200-1500 в минуту
- C) Зубец P отрицательный позади QRS комплекса
- D) Зубец P отрицательный перед QRS комплексом
- E) QRS комплекс уширен

13. Поступил мужчина 55 лет с жалобами на сердцебиение, одышку, общую слабость. Больным себя считает около 3-х дней, в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. На ЭКГ зубец P не регистрируется. Имеются предсердные волны F с частотой 250 в минуту, одинаковые по длине, форме и высоте, состоят из крутого восходящего и пологого нисходящего колена (зубцы пилы), хорошо видны в отведениях II, III, aVF, V1. Интервалы R-R одинаковы. Комплекс QRS не изменен. Какое нарушение ритма у больного?

- A) Фибрилляция предсердий
- B) Трепетание предсердий, правильная форма
- C) Синусовая аритмия
- D) Атриовентрикулярная блокада I степени

Е) Атриовентрикулярная блокада II степени

14. Мужчина 75 лет поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, общую слабость. Данные жалобы беспокоят около месяца, в анамнезе хроническая ишемическая болезнь сердца около 10 лет. На ЭКГ зубец Р не регистрируется. Имеются предсердные волны F с частотой 270 в минуту, одинаковые по длине, форме и высоте, состоят из крутого восходящего и пологого нисходящего колена (зубцы пилы), хорошо видны в отведениях II, III, avF, V1. Интервалы R-R разные. Комплекс QRS не изменен. Какое нарушение ритма у больного?

- А) Фибрилляция предсердий
- В) Трепетание предсердий, неправильная форма
- С) Синусовая аритмия
- Д) Атриовентрикулярная блокада I степени
- Е) Атриовентрикулярная блокада II степени

15. Признаком CCCY – синдрома слабости синусового узла является:

- А) Выраженная стойкая брадикардия
- В) Умеренная брадикардия
- С) Синусовая аритмия
- Д) Желудочковая экстрасистолия
- Е) Атриовентрикулярная блокада I степени

16. Выберите наиболее характерный признак для CCCY – синдрома слабости синусового узла

- А) Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма
- В) Внезапное периодическое исчезновение синусового ритма
- С) Суправентрикулярная экстрасистолия
- Д) Желудочковая экстрасистолия
- Е) Атриовентрикулярной блокаде I степени

17. CCCY – синдром слабости синусового узла это:

- А) Тахикардия
- В) Перегрузка левого предсердия
- С) Стойкая выраженная брадисистолическая форма мерцательной аритмии
- Д) Желудочковая экстрасистолия
- Е) Атриовентрикулярная блокада I степени

18. Что наиболее характерно для CCCY – синдрома слабости синусового узла?

- А) Синусовый ритм
- В) Синусовая аритмия
- С) Синдром «тахикардия-брадикардия»
- Д) Желудочковая экстрасистолия
- Е) Атриовентрикулярная блокада I степени

19. Поступил мужчина 60 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – 2 года назад перенес инфаркт миокарда. При аускультации: тоны сердца глухие, брадикардия, пульс 40-42 удара в минуту, АД – 160/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – резко выраженная синусовая брадикардия 40 ударов в минуту. Брадикардия сохраняется и после введения раствора атропина. При ортостатической пробе также отсутствует учащение ритма. Какое осложнение вероятнее всего развилось у пациента?

- А) Синусовая аритмия

- В) Атриовентрикулярная блокада 1 степени
- С) Атриовентрикулярная блокада 2 степени
- Д) СССУ
- Е) Экстрасистолия

20. Поступил мужчина 40 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе: 6 месяцев назад перенес респираторную вирусную инфекцию. При аускультации: тоны сердца глухие, ритм неправильный, АД – 110/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с числом сокращений желудочков примерно 185 в минуту сменилась остановкой синусового узла. Какое нарушение ритма у больного?

- А) Синусовая аритмия
- В) Атриовентрикулярная блокада 1 степени
- С) Атриовентрикулярная блокада 2 степени
- Д) Синдром слабости синусового узла – (СССУ)
- Е) Экстрасистолия

21. У женщины 70 лет жалобы на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – дважды перенесла инфаркт миокарда. При аускультации: тоны сердца глухие, АД – 140/80 мм.рт.ст. На ЭКГ – ЧСС 35-40 в минуту. Проба с атропином – отрицательная. Что вероятнее всего развилось у больной?

- А) Синусовая аритмия
- В) Атриовентрикулярная блокада I степени
- С) Атриовентрикулярная блокада II степени
- Д) Синдром слабости синусового узла
- Е) Экстрасистолия

22. Поступил мужчина 30 лет с жалобами на сердцебиение, чувство «замирания» сердца, одышку, головокружение, слабость. В анамнезе – 2 года назад перенес миокардит. При аускультации: тоны сердца глухие, ритм неправильный, АД – 100/60 мм.рт.ст. На ЭКГ – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с числом сокращений желудочков примерно 175 в минуту сменилась остановкой синусового узла. Какое нарушение ритма вероятнее всего развилось у больного?

- А) Синусовая аритмия
- В) Атриовентрикулярная блокада I степени
- С) Атриовентрикулярная блокада II степени
- Д) СССУ - синдром слабости синусового узла
- Е) Экстрасистолия

23. НАИБОЛЕЕ характерным ЭКГ- признаком трепетания предсердий является

- А) Наличие предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (II, III, aVF, V1, V2)
- В) Отрицательный зубец P в отведениях V1- V2
- С) Отрицательный зубец P позади QRS комплекса
- Д) QRS комплекс в виде QS
- Е) Наличие цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду (II, III, aVF, V1, V2)

24. Для тахисистолической формы мерцательной аритмии наиболее характерная частота сокращения желудочков в 1 минуту:

- А) свыше 100
- В) ниже 60

- C) 60 - 90
- D) 40 -50
- E) ниже 40

25. Для брадисистолической формы мерцательной аритмии характерная частота сокращения желудочков в 1 минуту:

- A) 100
- B) 85
- C) 65
- D) 70
- E) ниже 40

26. Мужчина 65 лет поступил с жалобами на сжимающие боли за грудиной иррадирующие в левую руку, купировались нитроглицерином, появлялись при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. В анамнезе артериальная гипертония в течение 20 лет с максимальным подъемом до 200/100 мм.рт.ст. Последний год принимал верапамил 240 мг в сутки. На ЭКГ увеличение интервала PQ более 0,24 сек. Что вероятнее всего у больного развилось?

- A) Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- B) Атриовентрикулярная блокада I степени
- C) Неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- D) Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- E) Синоатриальная блокада

27. При атриовентрикулярной блокаде I степени интервал P – Q равен:

- A) 0,12"
- B) 0,14"
- C) 0,16"
- D) 0,08"
- E) 0,26"

28. Удлинение интервала P – Q наблюдается при:

- A) Атрио-вентрикулярной блокаде I степени
- B) При полной атрио-вентрикулярной блокаде
- C) Предсердной экстрасистолии
- D) Желудочковой экстрасистолии
- E) Гипертрофии предсердий

29. Редкий ритм (ЧСС 40 ударов в минуту и меньше) с приступом Морганьи - Эдемса - Стокса наиболее характерен при:

- A) Полной атрио-вентрикулярной блокаде
- B) Атриовентрикулярной блокаде I степени
- C) При блокаде левой ножки пучка Гиса
- D) Желудочковой экстрасистолии
- E) Межпредсердной блокаде

30. ЭКГ признаком атрио-вентрикулярной блокады I степени является:

- A) Интервал PQ менее 0,20 секунд
- B) Увеличение интервала PQ более 0,20 секунд
- C) Деформация или изменение полярности зубца P
- D) Резкое отклонение электрической оси сердца влево
- E) Преждевременное появление измененного комплекса QRS

31. ЭКГ признаками атриовентрикулярной блокады III степени являются:

- A) Полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов
- B) Число сокращений желудочков 70 ударов в минуту
- C) Число сокращений желудочков 180-220 ударов в минуту
- D) Число сокращений желудочков 90-130 ударов в минуту
- E) Число сокращений желудочков 140-250 ударов в минуту

32. В клинику поступил мужчина 70 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, головные боли, давящие боли за грудиной, купирующиеся нитроглицерином. В анамнезе инфаркт миокарда 2 года назад. На ЭКГ постепенное нарастающее удлинение интервала P-Q до выпадения желудочкового комплекса, после чего возникает длинная пауза. Эти изменения наиболее характерны для следующей патологии:

- A) Атриовентрикулярная блокада I степени
- B) Атриовентрикулярная блокада II степени
- C) Атриовентрикулярная блокада III степени
- D) Мерцательная аритмия
- E) Трепетание предсердий

33. Периоды Венкебаха-Самойлова наиболее характерны для:

- A) Атриовентрикулярной блокады I степени
- B) Атриовентрикулярной блокады II степени
- C) Синусовой аритмии
- D) Полной атриовентрикулярной блокады
- E) Полной блокады левой ножки пучка Гиса

34. Под влиянием импульсов из какого узла сокращаются предсердия при полной АВ-блокаде:

- A) Синусового узла
- B) Верхнего отдела атриовентрикулярного узла
- C) Среднего отдела атриовентрикулярного узла
- D) Нижнего отдела атриовентрикулярного узла
- E) Волокон Пуркинью

35. Показанием для проведения постоянной электрокардиостимуляции является:

- A) Синусовая брадикардия 44-42 удара в 1 мин
- B) Приступы Морганьи-Адамс-Стокса
- C) Атриовентрикулярная блокада I степени
- D) Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- E) Полная блокада правой ножки пучка Гиса

36. Мужчина 60 лет с диагнозом: ИБС Постинфарктный кардиосклероз внезапно потерял сознание. Состояние сопровождалось эпилептиформными судорогами, произвольным актом мочеиспускания и дефекации. На ЭКГ зарегистрирована атриовентрикулярная блокада II степени, Мобитц I. Какие изменения выявляются на ЭКГ при данной патологии?

- A) уширение комплекса QRS в отведениях V₅-V₆
- B) удлинение интервала P-Q более 0,20"
- C) постепенное от комплекса к комплексу удлинение интервала P-Q с последующим выпадением одного и более комплексов QRS

- D) равномерно удлиненный интервал P- Q с выпадением каждого 2 комплекса QRS
E) Зубец P более 0,20 с.

37. У мужчины 60 лет, находящегося в реанимационном отделении по поводу крупноочагового задне-диафрагмального инфаркта миокарда развилась кратковременная потеря сознания с судорожным синдромом, непроизвольным мочеиспусканием. Тоны сердца приглушены, ЧСС 34 в 1 минуту. АД – 130/70 мм рт ст. На ЭКГ атриовентрикулярная диссоциация. Число QRS – 34 в 1 минуту. Число P – 80 в 1 минуту. Ширина QRS комплекса – 0,14 сек. Какое осложнение развилось у больного:

- A) синоаурикулярная блокада – II степени
B) АВ-блокада II степени Мобитц I
C) АВ-блокада II степени Мобитц II
D) полная АВ-блокада
E) блокада ножек пучка Гиса

38. У женщины 34 лет, страдающей диффузным токсическим зобом, появилась одышка, усилилось сердцебиение. Тоны сердца громкие, ритм неправильный. Короткий систолический шум на верхушке. ЧСС – 128 в 1 мин, PS – 78 в 1 мин, аритмичный. На ЭКГ: R-R- разные, волны f во II, III av F, V₁; зубец P отсутствует. Какое нарушение ритма вероятнее всего у больной?

- A) мерцание предсердий
B) трепетание предсердий
C) предсердная экстрасистолия
D) желудочковая экстрасистолия
E) пароксизмальная тахикардия из AV-узла

39. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса наблюдается при:

- A) синусовой тахикардии**
B) полной атрио-вентрикулярной блокаде
C) синусовой аритмии
D) синусовой брадикардии
E) полной блокаде левой ножки пучка Гиса

40. Периоды Самойлова-Венкебаха наблюдаются при:

- A) атриовентрикулярная блокада 1 степени**
B) атриовентрикулярная блокада Мобитц I
C) внутрипредсердная блокада
D) полная атрио-вентрикулярная блокада
E) блокада правой ножки пучка Гиса

41. Выпадение комплекса QRS без постепенного удлинения интервала PQ наблюдается при:

- A) атриовентрикулярная блокада 1 степени**
B) атриовентрикулярная блокада Мобитц I
C) атрио-вентрикулярная блокада Мобитц II
D) полная атрио-вентрикулярная блокада
E) блокада правой ножки пучка Гиса

42. На ЭКГ постепенное удлинение интервала PQ с периодическим выпадением комплекса QRS после чего продолжительность интервала PQ нормализуется. Какое это нарушение ритма?
- A) **синусовая тахикардия**
 - B) атриовентрикулярная блокада I степени
 - C) атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц I
 - D) полная поперечная блокада
 - E) синоаурикулярная блокада
43. На ЭКГ: ритм предсердий правильный ЧСС-80 в минуту. Ритм желудочков независим от предсердий с частотой 40 в минуту. Какое нарушение ритма?
- A) **трепетание предсердий**
 - B) полная блокада левой ножки пучка Гиса
 - C) полная атрио-вентрикулярная блокада
 - D) мерцание предсердий
 - E) полная блокада правой ножки пучка Гиса
44. После приема кордарона у больного на ЭКГ появилось удлинение интервала PQ при неизменном желудочковом комплексе. Какое нарушение ритма вероятнее всего развилось у пациента?
- A) блокада левой ножки пучка Гиса
 - B) атриовентрикулярная блокада I степени
 - C) межпредсердная блокада
 - D) блокада правой ножки пучка Гиса
 - E) атриовентрикулярная блокада II степени
45. Стандартными отведениями называют
- A) V1, V2, V3
 - B) I, II, III
 - C) aVR, aVL, aVF
 - D) отведения по Нэбу
 - E) V4, V5, V6
46. Во II стандартном отведении ЭКГ регистрируется разность потенциалов:
- A) с левой руки - правой ноги
 - B) с правой руки - левой ноги
 - C) с левой руки - левой ноги
 - D) с правой руки - правой ноги
 - E) с верхушки сердца - левой руки
47. Разность потенциалов с левой руки и левой ноги регистрирует:
- A) I отведение
 - B) II отведение
 - C) III отведение
 - D) aVL
 - E) aVF
48. Деполяризацию предсердий на ЭКГ отражает:
- A) зубец T
 - B) зубец P
 - C) интервал PQ
 - D) сегмент PQ
 - E) зубец S

49. Продолжительность комплекса QRS:
- A) 0,06-0,09 с
 - B) 0,10-0,15 с
 - C) 0,12-0,17 с
 - D) 0,02 - 0,05с
 - E) больше 0,20 с
50. Деполяризацию миокарда желудочков отражает:
- A) комплекс ST-T
 - B) интервал QT
 - C) комплекс QRS
 - D) зубец T
 - E) зубец Q
51. Электрическую систолу желудочков на ЭКГ отражает:
- A) комплекс QRS
 - B) комплекс ST-T
 - C) интервал QT
 - D) зубец R
 - E) зубец T
52. Выберите правильное утверждение:
- A) продолжительность зубца P составляет 0,14 с
 - B) продолжительность комплекса QRS равна 0.06-0,09 с
 - C) продолжительность интервала PQ > 0,22 с
 - D) $R_{V6} > R_{V5} > R_{V4} > R_{V3} > R_{V2} > R_{V1}$
 - E) интервал QT \geq 0,56 с
53. В норме переходной зоне ЭКГ соответствуют отведения:
- A) V1-2
 - B) V3-4
 - C) aVR
 - D) V5-V6
 - E) aVL
54. Физиологическая задержка импульсов происходит:
- A) в атриовентрикулярном узле
 - B) в пучке Гиса
 - C) в межпредсердных трактах
 - D) в предсердиях
 - E) в волокнах Пуркинье
55. Зубец Q в норме должен быть в отведениях:
- A) V1-V2
 - B) V5 -V6
 - C) aVR
 - D) aVF
 - E) V2-V3
56. Для митрального стеноза характерно:
- A) расширение зубца P во II и III отведениях

- В) расширение (расщепление) зубца Р в I и II отведениях
 - С) блокада левой ножки пучка Гиса
 - Д) высокие зубцы Р в стандартных отведениях
 - Е) индекс Макруза < 1,0
57. При выраженной митральной недостаточности выявляется:
- А) отклонение электрической оси сердца вправо
 - В) увеличение амплитуды зубца Р в III отведении
 - С) вертикальная ось сердца
 - Д) индекс Макруза < 1,0
 - Е) индекс Макруза > 1,6
58. Р-pulmonale на ЭКГ отражает:
- А) нагрузку на правое предсердие
 - В) нагрузку на левое предсердие
 - С) нагрузку на оба предсердия
 - Д) инфаркт правого предсердия
 - Е) нагрузку на левые отделы сердца
59. ЭКГ-признаками острого легочного сердца является:
- А) глубокий зубец S в I отведении и зубец Q в III отведении
 - В) зубец Q в I отведении
 - С) высокие зубцы Т в V1-V2
 - Д) зубец Q в отведении aVL
 - Е) широкие зубцы Р в I, II отведениях
60. На перегрузку левого желудочка указывает:
- А) отклонение электрической оси сердца влево и $RV5 - V6 > RV4$
 - В) сдвиг переходной зоны влево
 - С) S в V5-V6 > 17 мм
 - Д) $RV1 > 10$ мм
 - Е) высокий R aVF
61. О нагрузке на правый желудочек свидетельствует:
- А) высокий R в отведении aVL
 - В) высокие зубцы R в V5-V6
 - С) глубокие зубцы S в V1-V2
 - Д) $RV5 - V6 > RV4$
 - Е) отклонение электрической оси сердца вправо и глубокие зубцы S в V5-V6
62. Ранними ЭКГ-признаками острого перикардита являются
- А) подъем выпуклого сегмента ST без реципрокных изменений на противоположной стенке
 - В) подъем вогнутого сегмента ST
 - С) депрессия сегмента ST
 - Д) высокий заостренный зубец Т
 - Е) негативизация зубца Т
63. Наиболее характерным изменением на ЭКГ во время болевого ангинозного приступа стенокардии является:
- А) инверсия зубца Т
 - В) снижение сегмента ST на ≥ 1 мм

- С) подъем сегмента ST на ≥ 1 мм
 Д) снижение амплитуды зубца R
 Е) удлинение интервала QT
64. Для прогрессирующей стенокардии наиболее характерно
 А) появление отрицательных зубцов Т в нескольких отведениях
 В) ЭКГ в норме
 С) депрессия сегмента ST в грудных отведениях
 Д) появление патологических зубцов Q в грудных отведениях
 Е) сглаживание зубца Т
65. Зону повреждения на ЭКГ отражают
 А) изменения зубца Т
 В) изменения сегмента ST
 С) изменения комплекса QRS
 Д) изменения зубца R
 Е) уширение зубца Q
66. На некроз миокарда указывает:
 А) $Q \geq 0,04$ с, при этом глубина $Q \geq 40\%$ R
 В) $Q = 25\%$ R
 С) положительный зубец Т
 Д) появление S в V5- V6
 Е) снижение сегмента ST
67. Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда характеризуется:
 А) появлением патологического зубца Q и трансформацией комплекса ST-T в монофазную кривую
 В) уширением желудочкового комплекса
 С) депрессией сегмента ST
 Д) конкордантными изменениями сегмента ST в противоположной стенке
 Е) отрицательным зубцом Т
68. ЭКГ-изменениями, характерными для острой стадии инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка, являются:
 А) подъем сегмента ST в III, aVF, V1 отведениях; депрессия ST в I, II, aVL отведениях; патологический зубец Q во II, III, aVF отведениях
 В) подъем сегмента ST в I, II, aVL отведениях; отрицательный зубец Т в III, aVF, V5, V6 отведениях
 С) патологический зубец Q и подъем сегмента ST в I, aVL, V3, V4 отведениях; депрессия ST в II, III, aVF отведениях;
 Д) депрессия сегмента ST во всех грудных отведениях
 Е) негативизация зубца Т во всех грудных отведениях
69. Для ЭКГ в острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда задней стенки характерно:
 А) подъем сегмента ST в II, III, aVF отведениях; депрессия ST в I, aVL, V2- V4 отведениях; патологический зубец Q в III, aVF отведениях
 В) депрессия сегмента ST в II, III отведениях; отрицательный зубец Т в I, II, aVL отведениях; патологический зубец Q в III, aVF отведениях
 С) депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях; подъем сегмента ST в I, II, aVL отведениях; отрицательный зубец Т в III, aVF отведениях

- D) подъем сегмента ST в I, aVR, в грудных отведениях
E) патологический зубец Q в V1-3 отведениях
70. При изолированных изменениях ЭКГ в aVL для уточнения очаговых поражений миокарда целесообразно регистрировать:
- A) V3-V4 справа
 - B) отведение Inferior по Небу
 - C) отведение Dorsalis по Небу
 - D) отведение Anterior по Небу
 - E) высокие грудные отведения
71. Подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях I, aVL, V3-V6 с уменьшением амплитуды зубца R является характерным:
- A) для мелкоочагового переднего инфаркта
 - B) для интрамурального переднебокового инфаркта
 - C) для крупноочагового бокового инфаркта
 - D) для мелкоочагового бокового инфаркта
 - E) для интрамурального заднебокового инфаркта
72. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно
- A) сегмент ST на изолинии
 - B) исчезновение патологического зубца Q
 - C) положительный (всегда) зубец T
 - D) сужение зубца Q до 0,02 с
 - E) подъем сегмента ST выше изолинии
73. Наличие повторного инфаркта миокарда в зоне рубцов отражает:
- A) подъем сегмента ST в зоне рубца и углубление зубца Q в зоне рубца
 - B) снижение сегмента ST в отведениях ЭКГ противоположной стенки
 - C) углубление отрицательного зубца T
 - D) исчезновение рубцовых изменений
 - E) сужение зубца Q в зоне рубца
74. Для ЭКГ в момент разрыва сердца характерно:
- A) трепетание предсердий
 - B) тахикардия
 - C) фибрилляция предсердий
 - D) ритм не меняется
 - E) брадикардия
75. При мерцательной аритмии наблюдается:
- A) отрицательный зубец P после комплекса QRS
 - B) положительный зубец P перед комплексом QRS
 - C) уширение желудочкового комплекса
 - D) равное расстояние между R-R
 - E) разное расстояние между R-R и волны F в отведениях V1-V2
76. ЭКГ-картина при пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии имеет вид
- A) форма QRS не изменена, зубец P отсутствует, ЧСС более 160 в минуту
 - B) форма QRS деформирована, зубец P отсутствует, ЧСС менее 160 в минуту
 - C) форма QRS деформирована, зубец P отсутствует, ЧСС 120-160 в минуту
 - D) характерна двухфазность зубца P и разные расстояния между R-R

- Е) форма QRS не изменена, ЧСС 100-120 в минуту
77. При суправентрикулярной тахикардии с аберрантными желудочковыми комплексами отмечается:
- А) отсутствие зубца Р
 - В) отрицательный зубец Р
 - С) уширение комплекса QRS
 - Д) удлинение интервала QT
 - Е) укорочение интервала PQ
78. При внутрисердечной блокаде наблюдается:
- А) удлинение интервала PQ
 - В) уширение и деформация зубцов Р
 - С) отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS
 - Д) высокие зубцы Р
 - Е) появление зубца Р после комплекса QRS
79. Для синдрома WPW характерно:
- А) уширение зубца Р
 - В) дельта-волна на зубце R и укорочение интервала PQ
 - С) удлинение интервала PQ
 - Д) укорочение интервала QT
 - Е) двухфазность зубца Р
80. При трепетании предсердий частота сокращений предсердий достигает:
- А) 120-180 в минуту
 - В) 200-350 в минуту
 - С) 360-400 в минуту
 - Д) 450-500 в минуту
 - Е) 600-700 в минуту
81. ЭКГ-признаками синдрома WPW являются:
- А) комплекс QRS не изменен, удлинение интервала PQ
 - В) комплекс QRS не изменен, интервал PQ - обычный
 - С) укорочение интервала PQ, неправильная конфигурация восходящего колена зубца R
 - Д) укорочение интервала PQ, неправильная конфигурация нисходящего колена зубца R
 - Е) миграция водителя ритма
82. При синдроме слабости синусового узла возможны следующие ЭКГ-изменения:
- А) мерцательная аритмия: тахи-брадиформы
 - В) синусовая тахикардия
 - С) атриовентрикулярная блокада
 - Д) синоаурикулярная блокада
 - Е) внутрисердечная блокада
83. При неполной синоаурикулярной блокаде наблюдается
- А) выпадение комплекса QRST
 - В) выпадение отдельных комплексов PQRST
 - С) удлинение интервала PQ
 - Д) удлинение интервала QT

- Е) уширение комплекса QRS
84. При полной синоаурикулярной блокаде наблюдается:
- А) отсутствие зубцов Р и появление эктопического ритма
 - В) выпадение отдельных комплексов PQRS
 - С) отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS
 - Д) зубец Р после комплекса QRS
 - Е) удлинение интервала QT
85. При атриовентрикулярной блокаде I степени наблюдается
- А) уширение и деформация зубца Р
 - В) удлинение интервала PQ
 - С) выпадение отдельных комплексов QRST
 - Д) интервал QT всегда больше 0.40 с
 - Е) двухфазный зубец Р
86. При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц 1:
- А) правильный ритм
 - В) неправильный ритм и непостоянный интервал PQ
 - С) постоянный интервал PQ
 - Д) уширенный зубец Р
 - Е) деформация QRS
87. При атриовентрикулярной блокаде II степени типа 2:1 наблюдается:
- А) правильный ритм и постоянный интервал PQ
 - В) неправильный ритм
 - С) уширенный зубец Р
 - Д) изменчивый интервал PQ
 - Е) узкий QRS
88. Для ЭКГ при атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц I характерно:
- А) неодинаковые интервалы RR, меняющийся интервал PQ, постоянное наличие зубца Р
 - В) постоянный интервал RR, меняющийся интервал PQ, периодическое выпадение зубца Р
 - С) неодинаковый интервал RR, одинаковый интервал PQ, периодическое отсутствие зубца Р
 - Д) уширение зубца Р
 - Е) уширение комплекса QRS
89. Для ЭКГ при атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц II характерно:
- А) постоянство интервалов PQ
 - В) постепенное удлинение интервала PQ
 - С) эпизодическое выпадение комплекса QRS
 - Д) всегда удлинение интервала QT
 - Е) уширение комплекса QRS
90. Для полной атриовентрикулярной блокады характерно:
- А) комплекс QRS всегда уширен
 - В) интервал QT удлинен
 - С) постепенное укорочение интервала PQ
 - Д) ЧСС < 60 в минуту

- Е) постепенное удлинение интервала PQ
91. Водителем ритма желудочков при полной атриовентрикулярной блокаде может быть:
- А) синусовый узел
 - В) атриовентрикулярный узел, пучок Гиса, ветви пучка Гиса
 - С) синусовый узел, пучок Гиса
 - Д) синусовый узел, ветви пучка Гиса
 - Е) синусовый узел, волокна Пуркинье
92. При ЧСС 40 в минуту, PQ – 0,20 с, на три зубца Р приходится один комплекс QRS. Такая ЭКГ-картина характерна для:
- А) атриовентрикулярной блокады II степени, Мобитц II
 - В) атриовентрикулярной блокады III степени
 - С) синоаурикулярной блокады III степени
 - Д) мерцательной аритмии, брадиформы
 - Е) синдрома Фредерика
93. Идиовентрикулярный ритм характеризуется следующими признаками:
- А) ЧСС менее 40 в минуту, уширением и деформацией QRS
 - В) узким QRS
 - С) наличием дельта-волны на восходящем колене зубца R
 - Д) положительным зубцом Р после комплекса QRS
 - Е) наличием положительного Р перед каждым комплексом QRS
94. В волокнах Пуркинье частота импульсов составляет:
- А) 60-80 в минуту
 - В) 40-60 в минуту
 - С) 20-40 в минуту
 - Д) 80-100 в минуту
 - Е) 300-400 в минуту
95. При полной атриовентрикулярной блокаде отмечается:
- А) выпадение отдельных комплексов QRST
 - В) увеличение интервала PQ
 - С) отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRST
 - Д) удлинение интервала QT
 - Е) укорочение интервала PQ
96. Для идиовентрикулярного ритма характерно:
- А) $QRS \geq 0,12$ с
 - В) одинаковое расстояние P-P
 - С) атриовентрикулярная диссоциация
 - Д) различное расстояние P-P
 - Е) $QRS = 0,08$ с
97. Признак левожелудочкового идиовентрикулярного ритма:
- А) напоминает блокаду левой задней ветви пучка Гиса
 - В) напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
 - С) $QRS = 0,08$ с
 - Д) выражен зубец S в V1- V2
 - Е) напоминает блокаду левой передней ветви пучка Гиса

98. Синдром Фредерика характеризуется:
- А) мерцательной аритмией с полной атриовентрикулярной блокадой
 - В) мерцательной аритмией с полной блокадой ножки пучка Гиса
 - С) мерцательной аритмией с экстрасистолией типа бигеминии
 - Д) синоаурикулярной блокадой
 - Е) наслаиванием зубца Р на комплекс QRS
99. При полной блокаде ножки пучка Гиса наблюдается:
- А) деформация и уширение зубца R в отведении V6 и зубца S в отведении V1
 - В) деформация зубца R в III отведении и зубца S в I отведении
 - С) деформация и уширение зубца R в отведении V1 и зубца S в отведении V6
 - Д) уширение комплекса QRS во всех отведениях
 - Е) наличие зубца Q в I, V5, V6 отведениях
100. При атриовентрикулярной блокаде III степени наблюдается:
- А) выскальзывающие эктопические ритмы
 - В) удлинение интервала PQ
 - С) расстояние между P-P разное
 - Д) удлинение интервала QT
 - Е) зубец Р всегда после комплекса QRS
101. ЭКГ при полной атриовентрикулярной блокаде имеет вид:
- А) одинаковый интервал RR, меняющийся интервал зубцов P
 - В) одинаковый интервал RR, постоянное расстояние между зубцами P
 - С) неодинаковый интервал RR, меняющийся интервал PP
 - Д) зубец Р всегда после комплекса QRS
 - Е) зубец Р всегда перед комплексом QRS
102. Ранним ЭКГ-признаком гиперкалиемии является:
- А) отрицательный зубец Т
 - В) уширение комплекса QRS
 - С) высокий остроконечный зубец Т
 - Д) сглаженный зубец Т
 - Е) укорочение интервала PQ
103. Для гликозидной интоксикации характерно:
- А) инверсия зубца Т
 - В) высокий остроконечный зубец Т
 - С) корытообразное снижение сегмента ST
 - Д) подъем сегмента ST
 - Е) ЭКГ не меняется
104. Ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:
- А) изменение комплекса QRS
 - В) инверсия зубца Т
 - С) нарушение сердечного ритма
 - Д) подъем сегмента ST
 - Е) появление зубца Q

105. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:
- A) глубокий зубец Q в отведениях V4-V6
 - B) депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
 - C) депрессия сегмента ST во II, III и aVF отведениях
 - D) синдром S1-Q3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2
 - E) инверсия зубца T в грудных отведениях
106. Электрокардиографическими признаками хронического легочного сердца могут быть:
- A) отклонение электрической оси сердца вправо (угол $\alpha > +110^\circ$), $RV1 + SV5 > 17.5$ мм
 - B) отклонение электрической оси сердца влево (угол $\alpha > -45^\circ$), $RV6 + SV1 > 35$ мм
 - C) депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
 - D) подъем сегмента ST в I, II и aVL отведениях
 - E) P- mitrale
107. Электрокардиографические признаки синусовой брадикардии:
- A) сохранение правильного синусового ритма с частотой 40-59 в минуту
 - B) колебания продолжительности интервалов P-P превышают 0.15 с. при частоте синусового ритма 60-90 в минуту
 - C) наличие "узкого" комплекса QRS
 - D) отсутствие зубцов P на ЭКГ
 - E) зубец P следует за комплексом QRS
108. Признаком предсердной экстрасистолии является:
- A) преждевременное появление зубца P, отличающегося от P остальных циклов, со следующим за ним комплексом QRS
 - B) наличие полной компенсаторной паузы после преждевременного сокращения
 - C) отрицательные зубцы P перед комплексами QRS, идущими в регулярном ритме
 - D) зубец P следует за комплексом QRS
 - E) деформация и уширение QRS
109. Электрокардиографическим признаком желудочковой экстрасистолии является:
- A) уширенный комплекс QRS > 0.12 с, который следует за зубцом P
 - B) неполная компенсаторная пауза после экстрасистолы
 - C) преждевременное появление широкого преждевременного комплекса без предшествующего зубца P, компенсаторная пауза полная
 - D) наличие зубца P перед экстрасистолическим комплексом QRS
 - E) QRS не изменен
110. К аритмиям, сопровождающимся расстройствами гемодинамики, относятся:
- A) частая желудочковая экстрасистолия
 - B) атриовентрикулярная блокада 1 степени
 - C) мерцательная аритмия, нормосистолическая форма
 - D) синоаурикулярная блокада 2 степени
 - E) редкие предсердные экстрасистолы
111. Аритмии, приводящие к острой левожелудочковой недостаточности:
- A) желудочковая экстрасистолия
 - B) фибрилляция желудочков
 - C) атриовентрикулярная блокада 1 степени

- Д) блокада правой ножки пучка Гиса
Е) синоаурикулярная блокада 2 степени
112. К ЭКГ-признакам компенсированного стеноза устья аорты относится
А) гипертрофия левого желудочка с признаками систолической перегрузки
В) гипертрофия левого предсердия
С) гипертрофия правого желудочка
D) укорочение интервала PQ
Е) отклонение электрической оси вправо
113. При мерцательной тахикардии:
А) зубцы Р следуют за каждым желудочковым комплексом
В) на ЭКГ присутствуют волны фибрилляции предсердий (лучше идентифицируются в отведении V1)
С) не бывает отека легких
D) электрическая кардиоверсия, как правило, неэффективна
Е) частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту
114. При мерцательной аритмии частота сокращений желудочков зависит
А) от скорости проведения импульса по предсердиям
В) от скорости проведения импульса от эндокарда к эпикарду левого желудочка
С) от скорости проведения импульса по волокнам Пуркинье
D) от состояния синоатриальной проводимости
Е) от рефрактерного периода атриовентрикулярного соединения
115. Больной 23 лет жалуется на сердцебиение, частые приступы которого беспокоят 5 лет. Объективно - выявлено учащение ритма до 120 в минуту, что зарегистрировано на ЭКГ, ритм правильный с нормальными зубцами Р, интервал Р-Р – 0,09", перед многими комплексами QRS присутствует волна дельта, QRS – 0,14". Наиболее вероятно, что у больного:
А) синусовый ритм
В) ускоренный идеовентрикулярный ритм
С) синдром Вольфа - Паркинсона - Уайта
D) феномен Венкебаха
Е) синдром Фридерика
116. У больного чувство «кувыркания» и замирания сердца, сердцебиение. На ЭКГ: ритм неправильный, отдельные желудочковые комплексы уширены до 0,12 сек, деформированы, R-R - перед ними укорочено, а пауза после них удлинена, зубец Р перед ними отсутствует. Какое нарушение ритма у данного больного?
А) Желудочковая экстрасистолия
В) Атриовентрикулярная экстрасистолия
С) Предсердная экстрасистолия
D) Мерцание предсердий
Е) Пароксизмальная тахикардия
117. Мужчина 52 лет находится 3 недели в отделении по поводу острого инфаркта миокарда. На ЭКГ появилось постепенное удлинение P-Q интервала с периодическим выпадением комплекса QRS. Какое нарушение ритма выявлено на ЭКГ?
А) А-В блокада I ст.
В) А-В блокада II ст. Мобиц I

- С) А-В блокада II ст. Мобиц II
 - Д) А-В блокада III ст.
 - Е) Синоаурикулярная блокада II ст.
118. В остром периоде трансмурального инфаркта миокарда на ЭКГ будут выявляться следующие изменения:
- А) депрессия сегмента RS-T
 - В) смещение сегмента RS-T выше изолинии и сливающегося с ним в начале положительного зубца Т
 - С) узкий комплекс QRS
 - Д) зубец Q равный 1/2 зубца R, продолжительностью 0,04 сек
 - Е) уширение комплекса QRS
119. У больного на ЭКГ определяется следующая симптоматика: зубец Q = 1/3 зубца R, продолжительностью более 0,03" в отведениях I, AVL, V4-V6, ST на изолинии, зубец Т отрицательный. Ваш ЭКГ диагноз:
- А) ишемия на задней стенке
 - В) рубцовые изменения на передне-боковой стенке
 - С) инфаркт передне-боковой стенки, острая стадия
 - Д) нормальная ЭКГ
 - Е) трансмуральный инфаркт задней стенки
120. Больной С., 45 лет находится на стационарном лечении по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда. Через 2 недели от начала заболевания у больного появились следующие симптомы: расширение границ сердца больше влево, ослабление 1 тона, прекардиальная пульсация в III-IV межреберье слева, систолический шум над верхушкой, шум «писка». Назовите характерные ЭКГ-признаки, которые должны быть у данного больного:
- А) QRS в виде QS, интервал ST на изолинии, зубец Т отрицательный, глубокий
 - В) QRS в виде QS, интервал ST дугообразно смещен вверх от изолинии, сливается с зубцом Т
 - С) QRS в виде QS, ST на изолинии, зубец Т слабоотрицательный
 - Д) депрессия интервала ST
 - Е) зубец Р широкий, двугорбый
121. У больного 42 лет, перенесшего 2 года назад инфаркт миокарда, во время физической нагрузки внезапно появилось сердцебиение, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха, общей слабостью. На ЭКГ зарегистрирована пароксизмальная тахикардия из AV-узла. Отметьте ЭКГ - признаки пароксизмальной тахикардии из AV-узла:
- А) ЧСС 140-250, ритм правильный, наличие перед каждым комплексом QRS зубца Р
 - В) ЧСС 140-220, деформация и расширение QRS более 0,12 сек, с дискордантным расположением RS-T и Т
 - С) ЧСС 140-250, ритм правильный, QRS не изменен, зубец Р отсутствует
 - Д) отсутствие зубца Р, волны F в II, III, AVF, V1-V2 отведениях
 - Е) ЧСС 120 в 1 мин, ритм правильный, Р перед комплексом QRS
122. Больной 60 лет с диагнозом: ИБС Постинфарктный кардиосклероз внезапно потерял сознание. Состояние сопровождалось эпилептиформными судорогами, непроизвольным актом мочеиспускания и дефекации. На ЭКГ зарегистрирована AV-

блокада II степени, Мобитц II. Какие изменения выявляются на ЭКГ при данной патологии?

- A) уширение комплекса QRS V5-V6
- B) удлинение интервала P-Q более $Q 20''$
- C) укорочение интервала P-Q менее $Q 12''$, дельта-волна
- D) постепенное от комплекса к комплексу удлинение интервала P-Q с последующим выпадением комплекса QRS
- E) равномерно удлиненный интервал P-Q с выпадением каждого 2 комплекса QRS

123. Отметьте ЭКГ признак полной блокады левой ножки пучка Гиса:

- A) rSR в AVF
- B) rSR V1-V2
- C) QRS менее 0, 12 сек
- D) положительная дельта волна в V1-V4
- E) зубец R широкий зазубрен в I, AVL, V5-V6, S глубокий во II, III, AVF, V1-V2

124. Предсердной экстрасистоле на ЭКГ соответствует:

- A) отрицательный зубец P в отведениях II, III, AVF экстрасистолического комплекса QRS, расположенный после комплекса QRS
- B) полная компенсаторная пауза
- C) QRS экстрасистолы уширен
- D) зубец P экстрасистолы отсутствует
- E) зубец P (деформированный или с измененной полярностью) перед комплексом QRS экстрасистолы

125. Для пароксизмальной предсердной тахикардии на ЭКГ характерно:

- A) частота сердечных сокращений 140-250 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, неизменные QRS комплексы, наличие измененных зубцов P перед каждым QRS комплексом
- B) частота сердечных сокращений 140-250 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, уширенные QRS комплексы, отрицательные зубцы P после комплекса QRS
- C) частота сердечных сокращений 140-250 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, неизменные QRS комплексы, отсутствие зубцов P перед каждым QRS комплексом
- D) частота сердечных сокращений 140-250 1 минуту, расстояния R-R разные, неизменные QRS комплексы, наличие измененных зубцов P перед каждым QRS комплексом
- E) частота сердечных сокращений 140-250 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, уширенные QRS комплексы, отсутствие зубцов P перед QRS комплексом

126. Признаками пароксизмальной желудочковой тахикардии будут следующие:

- A) частота сердечных сокращений 140-220 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, узкие QRS комплексы, наличие двухфазного зубца P перед каждым QRS комплексом
- B) б) частота сердечных сокращений 140-220 1 минуту, расстояния R-R разные, узкие QRS комплексы, наличие отрицательных зубцов P после QRS комплекса
- C) частота сердечных сокращений 140-220 1 минуту, расстояния R-R разные, узкие комплексы QRS и наличие положительного зубца P перед каждым комплексом
- D) частота сердечных сокращений 140-220 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, деформация и расширение комплекса QRS более 0, 12 сек. с дискордантным расположением сегмента R-ST и зубца T, отсутствие зубца P

- Е) частота сердечных сокращений 140-220 1 минуту, расстояния R-R одинаковые, узкие комплексы QRS, отсутствие зубца Р
127. ЭКГ признаками фибрилляции предсердий являются:
- отсутствие зубца Р, наличие волн f в III, AVF, V1-V2
 - зубец Р отрицательный после каждого комплекса QRS
 - ритм сердечных сокращений не нарушен
 - имеется АВ-блокада II степени Мобитц II
 - комплексы QRS всегда деформированы, уширены
128. Электрокардиографическими признаками аневризмы сердца являются:
- комплекс QS, «застывший» подъем сегмента ST в монофазе с зубцом Т
 - полная блокада правой ножки пучка Гиса
 - блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
 - низковольтная ЭКГ
 - глубокий отрицательный зубец Т в грудных отведениях
129. Для крупноочагового инфаркта миокарда характерен ЭКГ - признак:
- патологический QRS комплекс, подъем сегмента ST в виде монофазной кривой
 - желудочковый комплекс типа QS, сегмент ST на изолинии, положительный зубец Т
 - косонисходящая депрессия сегмента ST в сочетании с отрицательным зубцом Т
 - отсутствие Q в желудочковом комплексе, сегмент ST на изолинии, высокий положительный зубец Т
 - отсутствие Q в желудочковом комплексе, подъем сегмента ST в виде монофазной кривой
130. Больной 30 лет. Год назад перенес неревматический миокардит. Периодически беспокоили приступы сердцебиения продолжительностью 10, 20 мин. На ЭКГ: признаки суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии. Укажите эти признаки:
- ЧСС - 180 в 1 мин, расстояния RR- одинаковые, QRS- 0, 08 сек, отсутствие зубца Р
 - ЧСС - 180 в 1 мин, расстояния RR- одинаковые, комплексы QRS в виде полной блокады левой ножки пучка Гиса, отсутствие зубца Р
 - ЧСС - 180 в 1 мин, расстояния RR- одинаковые, комплексы QRS в виде полной блокады правой ножки пучка Гиса, отсутствие зубца Р
 - расстояния RR- одинаковые, предсердные валики F во II, III avF, V1-V2 с частотой 250 в 1 минуту в виде пилы
 - ЧСС - 180 в 1 мин, расстояния RR- разные, отсутствие зубца Р, наличие волн f в III, AVF, V1-V2
131. У больного С., 60 лет, находящегося в реанимационном отделении по поводу крупноочагового задне-диафрагмального инфаркта миокарда развилась кратковременная потеря сознания с судорожным синдромом, непроизвольным мочеиспусканием. Тоны сердца приглушены, ЧСС 34 в 1 минуту. АД - 130/70 мм рт ст. На ЭКГ АВ-диссоциация. Число QRS - 34 в 1 минуту. Число Р - 80 в 1 минуту. QRS - 0, 14 сек. Какое осложнение развилось у больного:
- синоаурикулярная блокада - II степени
 - АВ-блокада II степени Мобитц I
 - АВ-блокада II степени Мобитц II

- D) полная АВ-блокада
E) блокада ножек пучка Гиса
132. У больной 34 лет, страдающей диффузным токсическим зобом, появилась одышка, усилилось сердцебиение. Тоны сердца громкие, ритм неправильный. Короткий систолический шум на верхушке. ЧСС - 108 в 1 мин, Пульс - 78 в 1 мин, аритмичный. На ЭКГ: R-R- разные, волны f во II, III aVF, V1-V2; зубец P отсутствует. Какое нарушение ритма у больной?
A) мерцание предсердий
B) трепетание предсердий
C) предсердная экстрасистолия
D) желудочковая экстрасистолия
E) пароксизмальная тахикардия из AV-узла
133. Какие изменения ЭКГ свидетельствуют о развитии некроза и повреждения миокарда:
A) наличие полной блокады правой ножки пучка Гиса
B) наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса
C) наличие QR в сочетании с дугообразным подъемом сегмента ST
D) корытообразное снижение сегмента ST
E) высокий равнобедренный зубец T
134. Больная К., 34 года поступила с жалобами на боли в области сердца, сердцебиение, головокружение, слабость. Заболела после перенесенного ОРВИ, t-37,4⁰C. Перкуторно: увеличение границ сердца влево. Тоны сердца приглушены, ритм учащен. Систолический шум на верхушке. АД 100/70 мм рт ст. АСТ - 0, 96 ммоль/л, КФК 30 Е/л. На ЭКГ - признаки трепетания предсердий 2:1. По каким ЭКГ признакам установлено трепетание предсердий:
A) выпадение комплекса QRS без постепенного удлинения интервала PQ
B) постепенное удлинение интервала P-Q с последующим выпадением комплекса QRS
C) предсердные валики F во II, III, aVF, V1- V2, с частотой 250 в 1 минуту в виде пилы
D) хаотичные волны f во II, III, aVF, V1- V2
E) ЧСС 180 в минуту, расстояние R-R одинаковое, P отрицательный после каждого комплекса QRS
135. Мужчина 65 лет, жалуется на сердцебиение, перебои, замирание в области сердца. На ЭКГ - желудочковая экстрасистолия по Лауну V класс. Что это?
A) желудочковые экстрасистолы 25 в час.
B) политопные экстрасистолы
C) ранняя желудочковая экстрасистола <R на T>.
D) спаренная экстрасистола
E) групповые экстрасистолы
136. Дифференциально-диагностическим признаком между идиовентрикулярным ритмом и непароксизмальной желудочковой тахикардией является:
A) форма комплексов QRS в грудных отведениях
B) форма комплексов QRS в стандартных отведениях
C) форма комплексов QRS в усиленных отведениях от конечностей
D) частота желудочковых сокращений
E) продолжительность QRS во всех отведениях

137. Для непароксизмальной желудочковой тахикардии характерна частота желудочкового ритма:
- А) 20-40 в мин
 - В) 40-60 в мин
 - С) 60-140 в мин
 - Д) 140-180 в мин
 - Е) более 180 в мин
138. Если угол альфа равен +90 градусов, то:
- А) в aVF отведении амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая
 - В) во II отведении амплитуда S наибольшая, наименьший зубец R в I отведении
 - С) в I отведении амплитуда R=S, а в aVF отведении амплитуда R наибольшая
 - Д) максимальный зубец R в отведении aVR, в отведении aVL R=S
 - Е) в отведении I, aVL амплитуда R наибольшая, а в III, aVF – самый глубокий зубец S
139. Прогрессирующее укорочение интервалов P-P, за которым следует длительная пауза P-P, характерно для:
- А) атриовентрикулярной блокады I степени
 - В) атриовентрикулярной блокады II степени
 - С) атриовентрикулярной блокады III степени
 - Д) синоаурикулярной блокады I степени
 - Е) синоаурикулярной блокады II степени
140. При атриовентрикулярной блокаде 3:2:
- А) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 блокируются
 - В) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 проводятся на желудочки
 - С) 3 импульса возникают в синусовом узле, 3 проводятся на желудочек (проведенные синусовые и выскальзывающие импульсы)
 - Д) 4 импульса возникают в синусовом узле, 1 проводится на желудочки
 - Е) блокируется каждый второй импульс
141. Низкий вольтаж ЭКГ, «S-тип» ЭКГ, признаки гипертрофии правого предсердия, отсутствие увеличения высоты зубца R в грудных отведениях от V1 к V4, характерны для:
- А) острого легочного сердца
 - В) хронической обструктивной болезни легких
 - С) миокардита
 - Д) острого трансмурального инфаркта миокарда нижней локализации
 - Е) артериальной гипертензии
142. Уширение комплекса QRS ≥ 0.14 сек, наличие синусовых P, не связанных с комплексом QRS, частота желудочковых сокращений более 160 в 1 мин, появление проводных синусовых импульсов (захватов), являются признаками:
- А) пароксизмальной узловой тахикардии
 - В) пароксизмальной предсердной тахикардии
 - С) пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с абберрантным проведением
 - Д) пароксизмальной желудочковой тахикардии
 - Е) ускоренного идиовентрикулярного ритма
143. Если в отведении aVF R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- A) «+ 90 градусов»
- B) «0 градусов»
- C) «+ 30 градусов»
- D) « - 30 градусов»
- E) « - 90 градусов»

144. Конечной частью желудочкового комплекса называется:

- A) интервал QT
- B) комплекс QRS
- C) сегмент ST и зубец T
- D) зубец T
- E) сегмент ST

145. В дифференциальной диагностике трепетания предсердий и предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени наиболее важным признаком является:

- A) изменение конфигурации предсердных комплексов
- B) высокая частота предсердных комплексов
- C) высокая частота желудочковых комплексов
- D) наличие вторичных изменений конечной части желудочкового комплекса
- E) положение электрической оси сердца

146. Волны f при фибрилляции предсердий чаще можно наблюдать в отведениях:

- A) I, aVL
- B) V1-V2
- C) V2-V3
- D) aVR
- E) V5-V6

147. При наличии патологического зубца Q во II, III, aVF отведениях очаговые изменения локализуются:

- A) в задне-базальной области левого желудочка
- B) в верхне-боковой области левого желудочка
- C) в правом желудочке
- D) в передне-перегородочной области левого желудочка
- E) в области нижней стенки

148. При наличии патологического зубца Q в I, aVL, V1- V3 отведениях очаговые изменения локализуются:

- A) в задне-базальной области левого желудочка
- B) в верхне-боковой области левого желудочка
- C) в правом желудочке
- D) в передне-перегородочной области левого желудочка
- E) в области нижней стенки

149. При наличии патологического зубца Q в I, aVL, V5- V6 отведениях очаговые изменения локализуются:

- A) в задне-базальной области левого желудочка
- B) в верхне-боковой области левого желудочка
- C) в правом желудочке
- D) в передне-боковой области левого желудочка
- E) в области нижней стенки

150. Специфичными для миокардита являются:

- А) нарушения проводимости на различных уровнях
- В) эктопические ритмы
- С) синусовая тахикардия
- Д) мерцательная аритмия и экстрасистолия
- Е) специфических нарушений ритма и проводимости нет

151. Зубец Р 2,5 см, закругленный, продолжительность 0,10 сек в отведениях II, III, AVF. Наиболее вероятное изменение на ЭКГ?

- А) перегрузка правого предсердия
- В) перегрузка левого предсердия
- С) гипертрофия левого предсердия
- Д) гипертрофия правого предсердия
- Е) нормальное состояние предсердия

151. На ЭКГ $R_1 > R_2 > R_3$, в отведении AVF зубец R = S. Наиболее вероятное отклонение ЭОС?

- А) отклонение ЭОС влево
- В) отклонение ЭОС вправо
- С) нормальное положение ЭОС
- Д) горизонтальное положение ЭОС
- Е) вертикальное положение ЭОС

153. На ЭКГ $R_2 > R_1 > R_3$. Наиболее вероятное отклонение ЭОС?

- А) отклонение ЭОС влево
- В) отклонение ЭОС вправо
- С) нормальное положение ЭОС
- Д) горизонтальное положение ЭОС
- Е) полувертикальное положение ЭОС

154. На ЭКГ $R_3 > R_2 > R_1$. Наиболее вероятное отклонение ЭОС?

- А) отклонение ЭОС влево
- В) отклонение ЭОС вправо
- С) нормальное положение ЭОС
- Д) горизонтальное положение ЭОС
- Е) вертикальное положение ЭОС

155. На ЭКГ $R_1 > R_2 > R_3$ в отведении AVF зубец S больше чем зубец R. Наиболее вероятное отклонение ЭОС?

- А) отклонение ЭОС влево
- В) отклонение ЭОС вправо
- С) нормальное положение ЭОС
- Д) горизонтальное положение ЭОС
- Е) вертикальное положение ЭОС

156. На ЭКГ $R_2 > R_3 > R_1$ в отведении AVF зубец R выражен. Наиболее вероятное отклонение ЭОС?

- А) отклонение ЭОС влево
- В) отклонение ЭОС вправо
- С) нормальное положение ЭОС
- Д) горизонтальное положение ЭОС
- Е) полувертикальное положение ЭОС

157. На ЭКГ зубец Q составляет 1/3 своего зубца R и его продолжительность составляет 0,03 сек. Наиболее вероятное изменение на ЭКГ?
- А) нормальная ЭКГ
 - В) гипертрофия перегородки
 - С) гипертрофия правого желудочка
 - Д) признаки острого инфаркта миокарда
 - Е) признаки рубцового поражения миокарда
158. Выберите показание для проведения ЭКГ –пробы с физической нагрузкой:
- А) острый период инфаркта миокарда
 - В) выраженный аортальный стеноз
 - С) ИБС, нестабильная стенокардия
 - Д) наличие ИБС
 - Е) ХСН III
159. Выберите противопоказание для проведения ЭКГ –пробы с физической нагрузкой:
- А) оценка трудоспособности больных ИБС
 - В) оценка эффективности лечения
 - С) ИБС, нестабильная стенокардия
 - Д) оценка степени риска у больных с ИБС
 - Е) оценка прогноза после перенесенного ИМ
160. Что из перечисленного не относится к клиническим критериям прекращения велоэргометрической пробы?
- А) возникновение приступа стенокардии
 - В) подъем АД сист. до 230 мм рт ст и АД диаст. 130 мм рт ст
 - С) снижение АД на 25-30% ниже исходного
 - Д) достижение максимальной или субмаксимальной возрастной ЧСС
 - Е) подъем АД сист. до 160 мм рт ст и АД диаст. 100 мм рт ст
161. ЭКГ-признаки синусовой тахикардии:
- А) ЧСС больше 90 в минуту
 - В) уменьшение ЧСС до 59 и ниже в минуту
 - С) синоатриальная блокада
 - Д) увеличение амплитуды зубца P
 - Е) расширение комплекса QRS
162. ЭКГ-признаки синусовой брадикардии:
- А) ЧСС больше 90 в минуту
 - В) уменьшение ЧСС до 59 и ниже в минуту
 - С) укорочение интервала PQ
 - Д) увеличение ширины зубца P
 - Е) расширение комплекса QRS
163. При синдроме слабости синусового узла возможны следующие ЭКГ-изменения:
- А) синдром тахикардии-брадикардии
 - В) синусовая тахикардия
 - С) атриовентрикулярная блокада
 - Д) увеличение амплитуды зубца P
 - Е) появление патологического зубца Q
164. Идиовентрикулярный ритм характеризуется следующими признаками:
- А) синусовая тахикардия

- В) уширение и деформация QRS
 - С) наличие зубца Р перед комплексом QRS
 - Д) отрицательный зубец Р после комплекса QRS
 - Е) неизменный комплекс QRS
165. Для миграции водителя ритма по предсердиям характерно:
- А) $QRS \geq 0,12$ с
 - В) постепенное, от цикла к циклу, изменение формы и полярности зубца Р
 - С) атриовентрикулярная блокада III степени
 - Д) наличие компенсаторной паузы
 - Е) увеличение амплитуды зубца Р
166. У больного 65 лет с хронической сердечной недостаточностью на ЭКГ: ЭОС отклонена влево, переходная зона смещена вправо, зубец $RV_{5,6} + SV_{1,2} > 35$ мм. Какое наиболее вероятное изменение на ЭКГ у больного?
- А) гипертрофия правого желудочка
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - С) острый инфаркт миокарда
 - Д) экссудативный перикардит
 - Е) гипертрофия обоих желудочков
167. Госпитализирован 40-летний больной с синдромом Конна. На ЭКГ: ЭОС отклонена влево, переходная зона смещена вправо, зубец $RV_{5,6} + SV_{1,2} > 45$ мм. Какое наиболее вероятное изменение на ЭКГ у больного?
- А) гипертрофия правого желудочка
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - С) острый инфаркт миокарда
 - Д) экссудативный перикардит
 - Е) гипертрофия обоих предсердий
168. У больной с болезнью Кушинга на ЭКГ: ЭОС отклонена влево, переходная зона смещена вправо, зубец $R_{AVL} + SV_3 > 28$ мм. Какое наиболее вероятное изменение на ЭКГ у больной?
- А) гипертрофия правого желудочка
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - С) острый инфаркт миокарда
 - Д) экссудативный перикардит
 - Е) гипертрофия обоих предсердий
169. У пациентки 49 лет с первичным альдостеронизмом на ЭКГ: ЭОС отклонена влево, переходная зона смещена вправо, зубец $R_{AVL} + SV_3 > 20$ мм. Какое наиболее вероятное изменение на ЭКГ у пациентки?
- А) гипертрофия правого желудочка
 - В) гипертрофия левого желудочка
 - С) острый инфаркт миокарда
 - Д) экссудативный перикардит
 - Е) гипертрофия обоих предсердий
170. Наиболее вероятное изменение индекса Соколова-Лайона на ЭКГ при гипертрофии левого желудочка у лиц старше 40 лет:
- А) более 20 мм
 - В) более 25 мм

- C) более 35 мм
 - D) более 28 мм
 - E) более 30 мм
171. Выберите ЭКГ-признак, характерный для неполной внутрипредсердной блокады:
- A) Постепенное раздвоение зубца Р
 - B) Предсердная диссоциация
 - C) Зубец $P > 0,1$ сек
 - D) Исчезновение второй отрицательной фазы зубца Р
 - E) Расщепление зубца Р
172. Одним из признаков атриовентрикулярной блокады I степени на ЭКГ является:
- A) выпадение комплексов QRS
 - B) выпадение зубца Р
 - C) удлинение интервала Р – Q
 - D) удлинение интервала Q – Т
 - E) атриовентрикулярная диссоциация
173. Какое изменение на ЭКГ характеризует неполную атриовентрикулярную блокаду II степени тип Мобица I:
- A) постоянно удлиненный интервал Р-Q
 - B) постепенное удлинение интервала Р-Q
 - C) укороченный интервал Q - Т
 - D) укороченный интервал Р-Q
 - E) уширенный комплекс QRS
174. У больного с неревматическим миокардитом на ЭКГ обнаружено удлинение интервала Р-Q до 0,28 сек. Для какого нарушения проводимости характерно такое изменение?
- A) атриовентрикулярная блокада I степени
 - B) блокада Мобитц I
 - C) блокада Мобитц II
 - D) полная поперечная блокада
 - E) синоаурикулярная блокада
175. Мужчина Н. 60 лет жалуется на боли в области сердца сжимающего характера, кратковременные потери сознания. Объективно: тоны сердца глухие, пульс 40 в мин. На ЭКГ: отклонение электрической оси сердца влево. Два самостоятельных ритма: ритм предсердий – 80 в мин и ритм желудочков – 40 в мин. Зубец Р появляется на различных участках ЭКГ независимо от QRS, желудочковый комплекс деформирован. Какое нарушение ритма?
- A) синусовая аритмия
 - B) мерцательная аритмия
 - C) блокада Мобитц I
 - D) блокада Мобитц II
 - E) полная поперечная блокада
176. На ЭКГ - исчезновение PQRST на длинных отрезках, затем восстановление синусового ритма и вновь исчезновение PQRST. Какое нарушение ритма определялось на ЭКГ?
- A) Экстрасистолия
 - B) А – V блокада II степени

- С) А – V блокада I степени
 - Д) Преходящая синоаурикулярная блокада II степени
 - Е) Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
177. Выберите ЭКГ-признак, характерный для синоаурикулярной блокады 2 степени:
- А) Постепенное раздвоение зубца Р
 - В) + Постепенное укорочение интервалов Р-Р с последующим исчезновением PQRS
 - С) Зубец $P > 0,1$ сек
 - Д) Исчезновение второй отрицательной фазы зубца Р
 - Е) Отрицательный Р в I, II, aVL, V4-V6
178. Выберите ЭКГ-признак, характерный для внутрижелудочковой блокады:
- А) Расстояния RR- одинаковые
 - В) Расстояния RR разные
 - С) ЧСС – 180 в 1 мин
 - Д) Отрицательный зубец Р перед QRS в II-III AVF
 - Е) QRS= 0,25 сек
179. Для А-V блокад II степени наиболее характерно:
- А) Уширенный комплекс QRS
 - В) Выпадение зубцов Р
 - С) Удлинение интервала Р – Q
 - Д) Укорочение интервала Р – Q
 - Е) Атриовентрикулярная диссоциация
180. У больного с внезапно возникшими интенсивными болями в области сердца (клинически диагностирован острый инфаркт миокарда) появились кратковременные приступы потери сознания. На ЭКГ - исчезновение PQRS на длинных отрезках, затем восстановление синусового ритма и вновь исчезновение PQRS. Как называются такие приступы потери сознания?
- А) Вольфа-Паркинсона-Уайта
 - В) Кончаловского-Румпель-Леде
 - С) Самойлова-Венкебаха-Тореля
 - Д) Морганьи- Адамса - Стокса
 - Е) Либмана – Сакса
181. Водителем ритма желудочков при полной блокаде правой ножки пучка Гиса может быть:
- А) синусовый узел
 - В) атриовентрикулярный узел
 - С) пучок Гиса
 - Д) волокна Пуркинье
 - Е) предсердия
182. В разветвлениях пучка Гиса и волокнах Пуркинье частота импульсов составляет:
- А) 60-80 в минуту
 - В) 40-60 в минуту
 - С) 20-40 в минуту
 - Д) 80-100 в минуту
 - Е) 300-400 в минуту
183. При полной блокаде левой ножки пучка Гиса наблюдается

- А) уширенный и деформированный комплекс QRS в отведении V5- V6 в сочетании с глубоким зубцом S и подъемом сегмента ST в отведении V1- V3
- В) уширенный и деформированный комплекс QRS в отведении V1- V2 в сочетании с уширением зубца S в отведениях V5- V6
- С) деформация и уширение зубца R в отведении V1 и зубца S в отведении V6
- Д) ширина комплекса QRS 0.11 с
- Е) отклонение электрической оси сердца вправо
184. Отметьте ЭКГ признаки полной блокады правой ножки пучка Гиса:
- А) отклонение электрической оси сердца влево
- В) комплекс QRS > 0,12 сек и в V1-V2, III, aVF имеет вид типа rSR
- С) ширина комплекса QRS 0,11 сек
- Д) положительная дельта волна в V1-V4
- Е) резкое отклонение электрической оси сердца влево
185. На ЭКГ обнаружена блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Какие признаки будут на ЭКГ?
- А) горизонтальное положение электрической оси сердца
- В) резкое отклонение электрической оси сердца вправо
- С) резкое отклонение электрической оси сердца влево в сочетании с зубцом S > R во II стандартном отведении
- Д) комплекс qRs в правых грудных отведениях
- Е) ширина комплекса QRS 0,12 с
186. На электрокардиограмме обнаружена блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса. Какие признаки будут на ЭКГ?
- А) резкое отклонение электрической оси сердца влево
- В) горизонтальное положение электрической оси сердца
- С) комплекс qRs в левых грудных отведениях
- Д) резкое отклонение электрической оси сердца вправо в сочетании с зубцом R > S во II стандартном отведении
- Е) ширина комплекса QRS 0,12 с
187. Желудочковые комплексы типа rSR¹ в отведении V₁-V₂ могут быть при:
- А) блокаде правой ножки пучка Гиса
- В) блокаде левой ножки пучка Гиса
- С) синоаурикулярной блокаде
- Д) полной поперечной блокаде
- Е) гипертрофии левого желудочка
188. На ЭКГ – ширина комплекса QRS > 0.12 сек., поздний зубец R в V₁-V₂ с косонисходящим сегментом ST и отрицательным зубцом T, уширенный S в I, V₅-V₆. Выберите соответствующее определение.
- А) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- В) блокада правой ножки пучка Гиса.
- С) мерцательная аритмия
- Д) блокада левой ножки пучка Гиса
- Е) трепетание предсердий
189. Выберите ЭКГ-признаки, свойственные блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса:
- А) отклонение электрической оси сердца вправо
- В) нормальное положение электрической оси сердца

- C) синусовая брадикардия
 - D) длительность комплекса QRS > 0.12 сек.
 - E) QRS в отведениях I, AVL типа qR, а в II, III, AVF – типа rS
190. Полной блокаде левой ножки пучка Гиса соответствует:
- A) в I, AVL, V₅ – V₆ высокий и широкий и зазубренный зубец R
 - B) в III, AVF комплекс QRS типа rSR или rsR, имеющих M-образный вид, причем R > r
 - C) длительность QRS 0,08-0,11 сек.
 - D) отклонение электрической оси сердца вправо
 - E) вертикальное положение электрической оси сердца
191. Для предсердных экстрасистол, возникающих в верхних отделах предсердий характерно следующее:
- A) зубец P положительный позади QRS комплекса
 - B) зубец P положительный, деформированный перед QRS комплексом
 - C) зубец P отрицательный позади QRS комплекса
 - D) зубец P отрицательный, деформированный перед QRS комплексом
 - E) зубец P двухфазный позади QRS комплекса
192. Для предсердных экстрасистол исходящих из средних отделов предсердий характерно:
- A) зубец P положительный позади QRS комплекса
 - B) зубец P положительный, деформированный перед QRS комплексом
 - C) зубец P отрицательный позади QRS комплекса
 - D) зубец P отрицательный перед QRS комплексом
 - E) зубец P двухфазный перед QRS комплексом
193. Для предсердных экстрасистол исходящих из нижних отделов предсердий характерно
- A) зубец P положительный позади QRS комплекса
 - B) зубец P положительный, деформированный перед QRS комплексом
 - C) зубец P отрицательный позади QRS комплекса
 - D) зубец P отрицательный перед QRS комплексом
 - E) зубец P двухфазный перед QRS комплексом
194. Блокированную предсердную экстрасистолу следует дифференцировать:
- A) с желудочковой экстрасистолой
 - B) с атриовентрикулярной блокадой II степени
 - C) атриовентрикулярной блокадой I степени
 - D) атриовентрикулярной блокадой III степени
 - E) с синоаурикулярной блокадой
195. Для экстрасистол, исходящих из АВ узла с одновременным возбуждением предсердий и желудочков характерно:
- A) зубец P положительный позади QRS комплекса
 - B) зубец P положительный, деформированный перед QRS комплексом
 - C) зубец P отрицательный позади QRS комплекса
 - D) зубец P сливается с уширенным QRS комплексом
 - E) зубец P сливается с неуширенным QRS комплексом
196. Для экстрасистол, исходящих из АВ узла с возбуждением желудочков, предшествующим возбуждению предсердий, характерно:

- А) зубец Р положительный позади неуширенного QRS комплекса
- В) зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом
- С) зубец Р отрицательный позади неуширенного QRS комплекса
- Д) зубец Р сливается с уширенным QRS комплексом
- Е) зубец Р сливается с неуширенным QRS комплексом

197. Для желудочковых экстрасистол характерно:

- А) зубец Р положительный позади неуширенного QRS комплекса
- В) зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом
- С) неполная компенсаторная пауза
- Д) зубец Р сливается с неуширенным QRS комплексом
- Е) полная компенсаторная пауза

198. При желудочковых экстрасистолах эктопический очаг локализуется:

- А) в правой или левой ножке пучка Гиса
- В) в правой ножке пучка Гиса
- С) в левой ножке пучка Гиса
- Д) в левом предсердии
- Е) в правом предсердии

199. Выберите признак, характерный для желудочковых экстрасистол:

- А) QRS комплекс уширен, деформирован
- В) зубец Р положительный, деформированный перед QRS комплексом
- С) зубец Р двухфазный перед QRS комплексом
- Д) зубец Р отрицательный перед уширенным, деформированным QRS комплексом
- Е) зубец Р отрицательный позади уширенного, деформированного QRS комплекса

200. Опасными для жизни аритмиями являются:

- А) синусовая аритмия
- В) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- С) выраженная синусовая брадикардия
- Д) миграция водителя ритма по предсердиям
- Е) синоаурикулярная блокада II степени

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

1. Национальное руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии // том 1-4 / под редакцией академика РАН Б.А. Алеяна – Авторский тираж, 2017 год, 2250 страниц
2. Павлов, В. Н. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в урологии / Павлов В. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с.
3. Голощапов-Аксенов Р.С. Организационные и клинические основы рентгенохирургических методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний — Москва: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019. — 368 с. — ISBN 978-5- 907098-30-5. — Текст: электронный. — URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/36870>
4. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение) : руководство для врачей / М. С. Кушаковский, Ю. Н. Гришкин. — 4-е изд. — Санкт-Петербург : Фолиант, 2017. — 720 с. — ISBN 978-5-93929-245-0.

5. Сосудистая хирургия: нац. руководство. Краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с. : ил. - 464 с.
6. Оптическая когерентная томография коронарных артерий. Атлас для клинического применения. Под ред. Бабунашвили А.М., Созыкин А.В.. – М.: Издво АСВ, 2019.
7. Neumann F. J., Sousa-Uva M., Ahlsson A., Alfonso F., Banning A. P., Benedetto U. et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European heart journal. 2018; 00: 1–96. DOI:10.1093/eurheartj/ehy394
8. Морозова Т.Е. Политаблетка в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: доказательная база, ограничения и перспективы (по материалам доклада Европейского общества по артериальной гипертензии): передавая //Consilium medicum (кардиология). – 2017.- N10.- С.8-12
9. Сыркин А.Л. Неотложная кардиология: Руководство для врачей — Москва: ООО"Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019. — 448 с. — ISBN 978-5-9986-0208-5.
10. Д.Г.Иоселиани, Д.А.Асадов, А.М.Бабунашвили. Коронарное стентирование и стенты - 2019. - 256с.
11. Протопопов А.В., Шнякин П.Г., Литвинюк Н.В. и соавт. Транскатетерные вмешательства при патологии клапанов сердца - 2021. - 528с.

Периодические издания:

1. «Consilium medicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>
2. Ангиология и сосудистая хирургия.
3. Кардиология
4. Вестник Российской академии медицинских наук
5. Вестник аритмологии
6. Диагностическая и интервенционная радиология

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети Интернет: Электронные базы данных 1. "Консультант+" 2. ЭБС «Консультант студента»» 3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. 4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey 5. ЭБС «Консультант врача»

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Обеспечивается клиническими базами практики

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Специализированный кабинет отдела РХМДЛ НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.	Стол – 2 шт., стулья – 10шт. Ноутбук Dell inspiron 5423. Мультимедийный проектор BENQ MX505 DLP. Экран Digis Optimal-C DSOC-1101.
5. Операционная №2 отдела РХМДЛ	противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф облучатель бактерицидный аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат,отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, дефибриллятор с функцией синхронизации, расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации
6. Операционная № 8	стол операционный хирургический, многофункциональный универсальный хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу
7. Смотровая №1	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный.

<p>8. Эндоскопический кабинет №1</p>	<p>гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для</p>
<p>6 Кабинет электрофизиологии</p>	<p>электроэнцефалограф</p>

СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Симуляционный цикл для клинических ординаторов относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108 / 3	108
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

2. Цели и задачи практики

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

Задачи симуляционного курса:

1. Отработать практические навыки и овладеть методиками дренирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, методикой обследования и клинической диагностики молочных желёз, методикой ухода за колостомированными больными.
2. Отработать практические навыки и овладеть методиками сердечно-лёгочной реанимации и обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
3. Отработать практические навыки и овладеть методикой аускультации сердца и лёгких взрослого, уметь интерпретировать выявленные аускультативные феномены.
4. Овладеть методикой осмотра шейки матки в зеркалах и родовспоможения, уметь выстраивать диагностический алгоритм при заболеваниях шейки матки.
5. Владеть методикой смены повязок и ухода за пролежнями.
6. Овладеть методиками наложения и снятия швов.
7. Отработать навыки отоскопии и офтальмоскопии.
8. Отработать навыки катетеризации центральных и периферических вен.
9. Овладеть методиками плевральной и люмбальной пункции.

2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- диагностическая деятельность:
 - ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
 - ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8).

4. Базы симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

5. Содержание симуляционного курса

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
1.	Дренирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, обследование молочных желёз, уход за колостомированными больными	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-8 УК-1
2.	Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-8 УК-1
3.	Аускультация сердца и лёгких взрослого	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-8 УК-1

4.	Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-8 УК-1
5.	Смена повязок. Уход за пролежнями.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-8 УК-1
6	Наложение и снятие швов.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-8 УК-1
7	Отоскопия. Офтальмоскопия.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-1 ПК-5 ПК-8 УК-1
8	Катетеризация центральных и периферических вен.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-8 УК-1

9	Плевральная пункция. Люмбальная пункция.	Центр инновационн ых образователь ных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-8 УК-1
---	---	--	---------------------	----------------

План работы:

1. Освоение алгоритмов выполнения практических навыков под руководством преподавателя.
2. Самостоятельная отработка практических навыков.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с преподавателем.

Учебная работа:

- ✓ Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- ✓ Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой.
- ✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. А отработка практических навыков начинается на симуляционном курсе. Основная задача курса - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях симуляционного центра.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- Выполнять дренирование полых органов: мочевого пузыря и желудка;
- Выполнять уход за колостомированными больными, осуществлять смену калоприёмника;
- Выполнять осмотр и пальпацию молочных желез с построением дальнейшего диагностического алгоритма;
- Осуществлять аускультацию сердца и лёгких с выявлением имеющихся у пациента аускультативных феноменов;
- Выполнять осмотр шейки матки в зеркалах и выстраивать дальнейшие диагностические алгоритмы;
- Диагностировать и принимать физиологические роды;
- Проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- Осуществлять перевязки и уход за пролежнями на различных стадиях;
- Накладывать и снимать швы;
- Выполнять офтальмо- и отоскопию;
- Катетеризировать центральные и периферические вены;
- Выполнять плевральную и люмбальную пункции.

6. Обязанности преподавателя симуляционного курса:

- Обучить клинических ординаторов практическим навыкам
- Контролировать процесс освоения навыка и выполнения манипуляции ординарами

- Выполнять оценку степени освоения навыка
- Осуществлять зачёт по окончании симуляционного курса

7. Обязанности обучающихся на практике:

- Посещение занятий без пропусков и опозданий согласно расписанию курса;
- Выполнение плана обучения, освоение манипуляций под руководством преподавателя и самостоятельное их выполнение
- Соблюдение учебной дисциплины

8. Условия постановки зачёта по симуляционному курсу

Для постановки зачёта по симуляционному курсу требуется 100% посещение, освоение всех практических навыков курса, правильный ответ на тестовые вопросы по темам занятий.

9. Фонд оценочных средств для постановки зачёта по симуляционному курсу.

Тесты по теме «Базовая сердечно-лёгочная реанимация»:

1.1. Абсолютными признаками остановки сердца являются:

- а) отсутствие пульсации на сонных артериях
- б) паралитически расширенные зрачки, не реагирующие на свет
- в) резко выраженный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек
- г) отсутствие сознания
- д) отсутствие дыхания

1. верно все

2. верно а,б,в

3. верно а,г,д

4. верно а,б,д

1.2. Какова правильная последовательность действий при проведении первичных реанимационных мероприятий:

- 1. вызвать помощь, нанесение прекардиального удара, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца**
- 2. закрытый массаж сердца, искусственное дыхание.
- 3. прекардиальный удар, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание
- 4. вызвать помощь, начать искусственное дыхание, наружный массаж сердца

1.3. Каково оптимальное соотношение искусственных вдохов и компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий?

1. 1 : 10

2. 2 : 15

3. 2 : 30

4. 1 : 5

5. 1 : 30

1.4. Первой медикаментозной помощью при проведении реанимационных мероприятий является:

1. введение 1 мг адреналина

2. введение 10 мг адреналина

3. введение 1 мг атропина

4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия

5. введение 2мг норадреналина

1.5. При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны следующие мероприятия:

а) проведение электрической дефибрилляции

б) продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора

в) внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10

г) внутривенное введение 1 мг атропина

д) внутривенное введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции

1. верно а,б,г

2. верно а,б,д

3. верно а,в,д

4. верно а,б,г,д

1.6. При развитии коллапса в условиях поликлиники показаны следующие мероприятия:

- а) уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног.
- б) произвести венепункцию и ввести внутривенно 200-400 мл 0,9% хлорида натрия
- в) внутримышечное введение 2,0 мл кордиамина
- г) вдыхание паров нашатырного спирта
- д) внутривенное или внутримышечное введение 60-90 мг преднизолона.

1. верно все

2. верно а,в,г,

3. верно а,б,д

4. верно а,в,г,д.

1.7. Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все перечисленное, кроме:

1. внутривенного введения дыхательных analeптиков

2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения

3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

4. введения мочегонных и глюкокортикоидов

5. введения морфина и венозных дилататоров

1.8. В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения:

а) пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адьюванта

б) для купирования эффективны вагусные пробы.

в) пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса

г) для купирования приступа можно использовать анаприлин (обзидан), корвалол (валокордин), панангин

д) для купирования эффективно внутривенное введения 10 мл 25% раствора сульфата магния

1. верно все

2. верно а,б,в

3. верно в,г,д

4. верно а,в,г

1.9. Основными дифференциально-диагностическими характеристиками стенокардитической боли являются:

а) давящие боли за грудиной, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой

б) длительность болей обычно составляет 2-4 часа

в) боли стреляющего характера, связанные с изменением положения тела

г) боли часто сопровождаются страхом смерти, бледностью кожных покровов, потливостью

д) боли хорошо купируются приемом внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов

1. верно а,г,

2. верно все

3. верно а,б,г

4. верно б,в,д.

1.10. Клиника тяжелой токсической реакции на местные анестетики может включать в себя все, кроме;

1. нарушения сознания

2. урежения дыхания, апноэ

3. тремора, судорог
- 4. тахикардии и артериальной гипертензии**
5. брадикардии

1.11. При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) быстрая внутривенная инфузия жидкости
- б) медленное внутривенное введение 0,5 мг адреналина в 20 мл 0,9% р-ра хлорида натрия
- в) введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизона)
- г) введение фуросемида для ускорения выведения аллергена
- д) переливание свежзамороженной плазмы

1. верно а,б,в,г

2. верно а,б,в

3. верно а,в,г,д

4. верно б,в,д

1.12. После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и появилось стридорозное дыхание (отек гортани). Какие неотложные мероприятия показаны, кроме:

1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов
2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани
3. внутривенное введение антигистаминных препаратов
- 4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани**
5. ранняя интубация трахеи

1.13. У какого из перечисленных местных анестетиков наименьшая токсичность:

1. мепивакаин
2. артикаин
3. бупивакаин
- 4. цитанест**
5. лидокаин

1.14. При обмороке показаны все мероприятия, кроме:

1. уложить больного в горизонтальное положение
2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей
3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления
- 4. ввести подкожно 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина**
5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта

1.15. Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?

1. записать ЭКГ
- 2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание**
3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра
4. выполнить интубацию трахеи
5. обеспечить венозный доступ

1.16. Где следует расположить ладони (минимальной площадкой) для проведения эффективного непрямого массажа сердца?

- 1. на границе средней и нижней трети грудины (по срединной линии)**
2. на верхней части грудины
3. на мечевидном отростке

4. в пятом межреберном промежутке слева
5. с обеих сторон грудной клетки

1.17. При проведении электрической дефибрилляции рекомендована последовательность разрядов со следующими значениями энергии:

1. 100 Дж - 150 Дж- 200 Дж
2. Все разряды с энергией 200 Дж
- 3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж**
4. 200 Дж- 250 Дж – 300 Дж
5. Все разряды с энергией 300 Дж

1.18. Какова оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении закрытого (непрямого) массажа сердца:

1. 40-60
2. 60
3. 60-80
- 4. около 100**
5. 110-120

1.19. Показаниями для общей ингаляционной анестезии являются:

- а) обширное хирургическое вмешательство
- б) непереносимость местных анестетиков для регионарной анестезии
- в) время операции свыше трех часов
- г) психическое заболевание пациента
- д) страх больного перед другими видами анестезии

- 1. верно а,б,в,г**
2. верно а,б,г
3. верно б,г
4. верно б,г,д

1.20. Обязательным компонентом премедикации является:

- 1. транквилизатор**
2. наркотический анальгетик
3. холиномиметик
4. ненаркотический анальгетик
5. холинолитик

Тесты по теме «Аускультация сердца и лёгких»:

01. Укажите основное место выслушивания аортального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье слева у грудины
- 3) II межреберье справа у грудины**
- 4) IV межреберье слева у грудины
- 5) верно 1) и 2)

02. Укажите основное место выслушивания клапанов легочной артерии

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины**
- 4) III межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины

03. Укажите основное место выслушивания митрального клапана

- 1) **на верхушке сердца**
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины
- 4) III межреберье слева у грудины (точка Боткина-Эрба)
- 5) IV межреберье справа у грудины

04. Укажите истинную проекцию клапанов легочной артерии

- 1) **Слева за хрящом III ребра**
- 2) в области грудины на уровне III ребра
- 3) место прикрепления IV ребра к грудины слева
- 4) в области грудины на середине расстояния линии, соединяющей III ребро слева и V ребро справа

05. Укажите истинную проекцию аортального клапана

- 1) **в области грудины слева на уровне III ребра**
- 2) III межреберье слева у грудины
- 3) III межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье справа у грудины
- 5) II межреберье слева у грудины

06. Укажите основное место оценки трикуспидального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) точка Боткина-Эрба (III межреберье слева у грудины)
- 3) II межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье слева у грудины
- 5) **IV межреберье справа у грудины**

07. О чем свидетельствует акцент второго тона на легочной артерии?

- 1) повышение давления в малом круге кровообращения
- 2) повышение давления в большом круге кровообращения
- 3) уплотнение створок аортального клапана
- 4) уплотнение створок клапанов легочной артерии
- 5) **верно 1) и 4)**

08. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования II тона?

- 1) открытие клапанов аорты и легочной артерии
- 2) **закрытие клапанов аорты и легочной артерии**
- 3) колебание стенок аорты и легочной артерии в период изгнания крови
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

09. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования I тона?

- 1) конец систолы предсердий
- 2) смыкание створок митрального клапана
- 3) верно 1) и 2)
- 4) смыкание створок трехстворчатого клапана
- 5) **верно 1), 2) и 4)**

10. Звуковые явления с клапанов аорты могут выслушиваться

- 1) во II межреберье справа у края грудины
- 2) во II межреберье слева у края грудины
- 3) в III межреберье слева у края грудины (точка Боткина)
- 4) в IV межреберье справа у края грудины
- 5) **верно 1) и 3)**

11. Над полостью вскрывшегося абсцесса аускультативно определяется

1. ослабленное везикулярное дыхание
2. **амфорическое дыхание**
3. жесткое дыхание
4. стенотическое дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

12. При первой стадии крупозной пневмонии аускультативно определяется дыхание

1. **ослабленное везикулярное**
2. саккадированное
3. жесткое
4. стенотическое
5. бронхиальное

13. Для эмфиземы лёгких характерно

1. **ослабленное везикулярное дыхание**
2. амфорическое дыхание
3. жесткое дыхание
4. бронхиальное дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

14. Звук разлипания альвеол на высоте вдоха ЭТО

1. мелкопузырчатые влажные хрипы
2. шум трения плевры
3. **крепитация**
4. сухие хрипы
5. бронхофония

15. В норме бронхиальное дыхание выслушивается над

1. верхушками легких
2. нижними отделами легких
3. спереди над рукояткой грудины
4. сзади на уровне VII-VIII грудных позвонков
5. **сзади на уровне III-IV грудных позвонков**

16. Сухие хрипы в легких образуются при

1. скоплении экссудата в альвеолах
2. отложении фибрина на поверхности листков плевры
3. наличии полости в ткани легкого
4. **сужении просвета бронхов**
5. скоплении воздуха в плевральной полости

17. Основным механизмом везикулярного дыхания является

1. трение листков плевры при дыхании
2. завихрения воздуха при прохождении через бронхи
3. наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах
- 4. колебание стенки альвеол при их расправлении и спадении**
5. завихрение потока воздуха при прохождении через голосовую щель

18. Основной механизм образования жесткого дыхания

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
- 3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)**
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани
5. повышение эластичности легочной ткани

19. Появление влажных крупнопузырчатых хрипов обусловлено прохождением воздуха через

1. вязкую мокроту в крупных бронхах
2. вязкую мокроту в мелких бронхах и/или их спазм
- 3. жидкую мокроту в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом**
4. жидкую мокроту в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани
5. жидкую мокроту в мелких бронхах и воспалительных уплотнениях легочной ткани

20. Шум трения плевры связан с

1. наличием в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата
- 2. воспалением листков плевры («сухой» плеврит)**
3. заполнением альвеол экссудатом или трансудатом
4. вязкой мокротой в крупных бронхах
5. вязкой мокротой в мелких бронхах и/или их спазм

Тесты по теме: «Катетеризация мочевого пузыря»:

Выбрать один правильный ответ

1. **Количество мочи, выделенное за определённый промежуток времени называется**

- а. водным балансом;
- б. диурезом;
- в. водной нагрузкой;
- г. энурезом.

2. **Наличие скрытых отёков можно определить с помощью**

- а. измерения АД и взвешивания;
- б. взвешивания и определения диуреза;
- в. определения диуреза и контроля анализов мочи;
- г. контроля анализов мочи и измерения АД

2. **Странгурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литров
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Олигурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литра
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Катетеризация мочевого пузыря это -**

- а. самостоятельная манипуляция;
- б. независимая манипуляция;
- в. взаимозависимая манипуляция;
- г. зависимая манипуляция.

2. **Абсолютным показанием к катетеризации мочевого пузыря является**

- а. недержание мочи;
- б. полная ишурия, связанная с аденомой предстательной железы;
- в. гематурия;
- г. полиурия.

7. Потенциальная проблема при катетеризации мочевого пузыря, которая может возникнуть при нарушении правил асептики и антисептики

- а. гематурия;
- б. кровотечение;
- в. уремия;
- г. ощущение препятствия при введении катетера.

8. Перед введением катетера устье уретры обрабатывают

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. Перед введением катетера, его внутренний конец обрабатывают

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. Профилактика инфицирования при проведении катетеризации связана в первую очередь с

- а. педантичным соблюдением правил асептики и антисептики;
- б. использованием одноразового инструментария;
- в. соблюдением техники проведения манипуляции;
- г. использованием высокоэффективных антисептиков.

11. Установить соответствие:

- 1. показания к катетеризации **а.** инфицирование мочевого пузыря;
- 2. противопоказания к катетеризации **б.** выведение мочи при проблеме
- 3. возможные осложнения «острая задержка мочи»;
- в. перед промыванием мочевого пузыря;
- г. новообразования, кровотечения;
- д. травмирование уретры, кровотечения;

е. механическое препятствие при введении катетера.

12. Установить соответствие:

1. ишурия **а.** полное прекращение поступления мочи в мочевого пузыря;

2. анурия **б.** расстройство мочеиспускания;

3. дизурия **в.** задержка мочеиспускания вследствие скопления мочи в

мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного

мочеиспускания.

13. Установить последовательность подготовки к катетеризации одноразовым катетером женщины:

1. Пациентку уложить на спину с согнутыми в коленях и разведенными ногами. Под таз пациентки постелить клеенку, под крестец поставить судно.

2. Обработать перчатки антисептиком для перчаток.

3. Объяснить пациентке цель и ход манипуляции, получить согласие на манипуляцию (если есть контакт с пациентом).

4. Вымыть руки гигиеническим уровнем, надеть перчатки.

5. Поставить ширму.

6. Стерильным пинцетом взять ватный шарик, смочить его раствором антисептика.

7. Правой рукой стерильным пинцетом обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала одним из антисептических растворов.

8. Подмыть пациентку теплой (38°C) кипяченой водой.

9. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.

10. Развернуть упаковку со стерильными перчатками.

11. Развернуть упаковку с катетером.

12. Надеть стерильные перчатки.

13. Снять использованные перчатки после туалета половых органов и поместить их в дезраствор.

14. Смочить внутренний конец катетера стерильным глицерином на расстоянии 5 - 6см поливая на

него из ёмкости.

15. Взять катетер внутренний конец как вилку, а наружный поместить между мизинцем и безымянным пальцами.

14. Установить последовательность промывания мочевого пузыря

1. Отсоединить шприц Жанэ от катетера, подставить под наружный конец катетера ёмкость для сбора мочи и собрать промывной раствор.

2. Извлечь катетер, промыть и поместить его в дезраствор.

3. Опорожнить мочевого пузыря при помощи катетеризации (катетер не извлекать).

4. Помощник выливает раствор и ополаскивает ёмкость.

5. Через катетер шприцем Жанэ ввести в мочевого пузыря 150 – 200мл антисептического раствора.

6. Снять перчатки, вымыть руки.
7. Промывание повторить до чистого промывного раствора.
8. Сделать отметку в медицинской карте о выполнении процедуры.

15. **Дописать возможные проблемы при катетеризации:**

Катетеризацию мочевого пузыря следует осуществлять так, чтобы избежать:

- _____,
- _____,
- _____.

16. **Дописать определение:**

Поступление азотистых шлаков в кровь называется _____.

Ситуационные задачи

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. При введении катетера в уретру мужчине медсестра почувствовала препятствие, ей показалось, что осторожно она его сможет преодолеть, но после повторной попытки ввести катетер с применением небольшой силы, из уретры потекла кровь.

Какое правило нарушила медсестра?

Какие осложнения в результате её действий возникли?

Как должна поступить медсестра в этой ситуации?

2. Медсестра проводила катетеризацию в чистых обработанных антисептиком для перчаток перчатках без пинцета.

Правильно ли проводила катетеризацию медсестра?

Если нет, то в чём её ошибка?

Какое основное правило она нарушила?

Какое осложнение может возникнуть в результате её действий?

Ответы к тестовому контролю

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. б; 6. б; 11. – 1б, в; 2г,е; 3а, д. 16. – уремия.
2. б; 7. в; 12. – 1в, 2а, 3б.
3. в; 8. б; 13. – 3, 5, 1, 4, 2, 8, 6, 9, 7, 13, 10, 11, 12, 15, 14.
4. г; 9. в; 14. – 3, 5, 1, 4, 7, 2, 6, 8.

5. г; 10. а. 15. – инфицирования мочевых путей,

травмы мочевых путей,

психологические проблемы.

Ответы на задачи

1. Медсестра нарушила следующее правило: Если во время введения катетера медсестра почувствует препятствие, катетеризацию следует прекратить и сообщить об этом врачу.

В результате её действий возникли осложнения: травмирование слизистой оболочки уретры и кровотечение.

Медсестра в этой ситуации должна, не извлекая катетера вызвать врача.

2. Нет, не правильно, катетеризацию она должна была проводить в стерильных перчатках или пинцетом.

Она нарушила основное правило – асептики.

Инфицирование мочевой системы.

Тесты по теме «Акушерство и гинекология» (часть 1)

1. Норма прибавки массы беременной за 1 неделю во вторую половину беременности составляет

- а) 250-300 г
- б) 500 г
- в) 700 г
- г) 1000 г

2. К концу беременности женщина прибавляет в массе

- а) 5 кг
- б) 10-12 кг
- в) 20 кг
- г) 30 кг

3. Физиологические изменения гемодинамики во время беременности

- а) снижение объема циркулирующей крови
- б) снижение АД

- в) уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина
- г) увеличение объема циркулирующей крови

4. Предположительные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прослушивание сердцебиения плода
- в) изменение обонятельных ощущений
- г) пигментация кожи
- д) движения плода

5. Достоверные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прекращение менструаций
- в) прощупывание частей плода врачом или акушеркой
- г) появление молозива

6. Трубная беременность

- а) возникает вследствие воспалительного процесса в маточной трубе или трубах
- б) прерывается после 12 недель беременности
- в) всегда заканчивается разрывом трубы
- г) всегда осложняется абсолютным бесплодием

7. При субинволюции (плохом сокращении мускулатуры матки) после родов назначают

- а) маммофизин
- б) синестрол
- в) трихопол
- г) викасол

8. Признаки угрожающего разрыва промежности

- а) гиперемия кожи промежности
- б) кровотечение
- в) цианоз или побледнение кожи промежности
- г) местное повышение температуры

9. Патологическая кровопотеря в родах

- а) 150 мл
- б) 200 мл
- в) 250 мл
- г) более 400 мл

10. Наиболее часто встречающийся ранний признак токсикоза

- а) рвота
- б) дерматозы

- в) тетания беременных
- г) острая желтая атрофия печени

11. Симптомы, появление которых характерно для нефропатии беременных

- а) отеки, гипертония, протеинурия
- б) судороги
- в) анемия
- г) боли в подложечной области

12. При водянке беременных назначают диету с ограничением в первую очередь

- а) соли и жидкости
- б) продуктов, богатых жирами
- в) продуктов, богатых углеводами
- г) продуктов, содержащих большое количество клетчатки

13. При уходе за беременными с ранним токсикозом чрезвычайно важным

является

- а) наличие в палате других беременных с подобным заболеванием
- б) кормление беременных не чаще трех раз в день
- в) назначение препаратов per os
- г) отсутствие в палате других беременных с подобным заболеванием

14. Обильные пенистые выделения желтого или зеленоватого цвета характерны для

- а) гонореи
- б) трихомониаза
- в) эрозии шейки матки
- г) злокачественных заболеваний

15. Выскабливание полости матки проводится

- а) акушеркой
- б) без обезболивания
- в) только после влагалищного исследования
- г) только по жизненным показаниям

16. Острая гипоксия плода развивается в результате

- а) тугого обвития пуповины
- б) несовместимости крови матери и плода
- в) слабости родовой деятельности
- г) сердечно-сосудистых заболеваний

17. Приоритетная проблема пациентки, страдающей вульвитом

- а) повышение температуры тела
- б) зуд, жжение в области наружных половых органов
- в) обильные бели
- г) кровотечение из половых органов

18. Первоочередная задача медицинской сестры при лечении вульвита
- а) нанесение анестезиновой мази
 - б) применение примочек с 1% свинцовой водой
 - в) бережная гигиеническая обработка наружных половых органов раствором перманганата калия 1:1000
 - г) измерение базальной температуры
19. Препарат, применяемый для специфического лечения трихомонадного кольпита:
- а) анальгин
 - б) но-шпа
 - в) трихопол
 - г) тавегил
20. Для постановки диагноза гонореи необходимо
- а) выяснить жалобы пациентки
 - б) тщательно собрать анамнез заболевания
 - в) выявить наличие гонококков в мазке из уретры или шейки матки
 - г) определить наличие у пациентки обильных гнойных выделений
21. Спринцевание проводится для воздействия на
- а) слизистую оболочку влагалища и влагалищную часть шейки матки
 - б) слизистую полости матки
 - в) наружные половые органы
 - г) канал шейки матки
22. Диспансерный осмотр пациенток, страдающих доброкачественными опухолями женских половых органов проводится
- а) 1 раз в год
 - б) 2 раза в год
 - в) 3 раза в год
 - г) 4 раза в год
23. Диагностическое наблюдение беременных со сроком до 20 недель в женской консультации проводится
- а) ежемесячно
 - б) 1 раз в 2 месяца
 - в) 2 раза в месяц
 - г) еженедельно
24. Динамическое наблюдение за пациенткой, перенесшей операцию по поводу рака шейки матки, предполагает
- а) наблюдение онкогинекологом
 - б) исследование мочи

- в) регулярное измерение АД
- г) измерение частоты дыхания

Дополнить утверждение

- 25. Основные симптомы гинекологических заболеваний – боли, бели, зуд наружных половых органов, нарушение менструального цикла, нарушение функции соседних органов и
- 26. Бели цвета "мясных помоев" характерны для
- 27. Бесплодным считается брак, когда при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств беременность не наступает в течение лет.
- 28. Вульвит – это воспаление
- 29. Наиболее распространенный путь заражения гонореей –
- 30. Предраковое заболевание шейки матки –
- 31. Для улучшения сокращения матки в послеродовом периоде назначают

Установить соответствие

32. *Виды бесплодия и соответствующие им признаки*

- | | |
|------------------|--|
| 1) первичное | а) наличие в организме женщины нарушений, исключающих всякую возможность зачатия (отсутствие матки, яичников, атрезия влагалища и др.) |
| 2) вторичное | б) причина бесплодия может быть устранена |
| 3) абсолютное | в) отсутствие беременности с самого начала половой жизни в течение 2-3 лет |
| 4) относительное | г) отсутствие беременности в течение 2-3 лет брачной жизни после бывших ранее родов, выкидышей или внематочной беременности |

33. *Гинекологический анамнез (функция – вопросы)*

- | | |
|--------------------------|---|
| 1) менструальная функция | а) возраст, в котором появилась первая менструация |
| 2) сексуальная функция | б) промежуток времени, через который установились менструации |
| 3) детородная функция | в) срок от начала половой жизни до наступления первой беременности |
| | г) возраст, в котором началась половая жизнь |
| | д) характер менструаций (продолжительность, количество теряемой крови, болезненность) |
| | е) количество беременностей |
| | ж) количество родов |
| | з) течение беременностей, осложнения |
| | и) течение родов, осложнения, травматизм |
| | к) были ли преждевременные роды, исход? |
| | л) сколько живых детей, здоровье детей? |
| | м) изменился ли тип менструаций после начала половой жизни, после родов, после аборт? |
| | н) не было ли факторов, отрицательно сказавшихся на сексуальной функции (случайная связь, страх, отвращение и др.)? |

- о) наличие полового влечения (либидо)
- п) наличие полового удовлетворения (оргазма)
- р) характер менструаций во время настоящего заболевания
- с) наличие болезненности во время полового акта
- т) мертворождаемость, ранняя детская смертность
- у) последняя менструация, ее характер
- ф) сколько было абортов, их течение, осложнения
- х) течение послеродовых периодов, осложнения

34. *Классификация опухолей по клиническому течению (вид опухоли – признаки)*

- | | |
|----------------------|--|
| 1) доброкачественные | а) рост быстрый |
| 2) злокачественные | б) рост медленный |
| | в) после удаления опухоли наступает выздоровление |
| | г) после удаления первичной опухоли – рецидивы |
| | д) рост опухоли ограничен тканью, в которой растет опухоль |
| | е) опухоль прорастает в окружающие ткани и разрушает их |
| | ж) наличие метастазов |
| | з) отсутствие метастазов |
| | и) нарушение общего состояния, кахексия |
| | к) общее состояние нарушается незначительно |

35. *Классификация нарушений менструального цикла (нарушение менструального цикла - характер менструаций)*

- | | |
|-----------------|--|
| 1) аменорея | а) обильные |
| 2) гипоменорея | б) длительные, затяжные (более 10-12 дней) |
| 3) олигоменорея | в) короткие, непродолжительные |
| 4) опсоменорея | г) отсутствие менструаций у взрослой женщины |
| 5) гиперменорея | д) слишком частые (через 1,5-2 недели) |
| 6) полименорея | е) слишком слабые, скудные |
| 7) пройоменорея | ж) слишком редкие (через 6-8 недель) |
| 8) альгоменорея | з) болезненные |

36. *Инструменты, необходимые при различных методах гинекологического обследования (методы – инструментарий)*

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) исследование с помощью зеркал | а) ложкообразное зеркало |
| 2) зондирование полости матки | б) зеркала Куско (створчатые) |
| 3) пункция брюшной полости через задний свод влагалища | в) пулевые щипцы или щипцы Мюзо |
| 4) пробное (диагностическое) выскабливание | г) расширители Гегара |
| | д) кюретки |
| | е) подъемник Отто |
| | ж) толстая длинная инъекционная игла |
| | з) шприц |
| | и) маточный зонд |
| | к) корнцанг |

слизистой оболочки
матки

37. *Методы провокации (искусственное усиление секреции из глубоких очагов заболевания) (методы – проводимые действия)*

- | | |
|--------------------|---|
| 1) физиологический | а) смазывание наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного отверстия канала шейки матки |
| 2) алиментарный | б) горячие спринцевания |
| 3) химический | в) забор мазков в дни менструации |
| 4) термический | г) наложение на шейку матки колпачка Кафки (на сутки) |
| | д) употребление острой соленой пищи |

38. *Классификация гонореи по локализации*

(уровень поражения – заболевания)

- | | |
|--|---------------------|
| 1) гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата | а) уретрит |
| 2) гонорея верхнего отдела мочеполового аппарата | б) вульвит |
| | в) эндометрит |
| | г) бартолинит |
| | д) перитонит |
| | е) сальпингит |
| | ж) аднексит |
| | з) кольпит |
| | и) параметрит |
| | к) пельвиоперитонит |
| | л) эндоцервицит |

39. *Стадии аборта и соответствующие им изменения в матке*

- | | |
|-------------------|--|
| 1) угрожающий | а) плодное яйцо вышло из полости матки |
| 2) начавшийся | б) часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки |
| 3) аборт в ходу | в) плодное яйцо отслоилось от слизистой матки на небольшом участке |
| 4) неполный аборт | г) отслоившееся плодное яйцо выталкивается из полости матки |
| 5) полный аборт | д) связь плодного яйца со слизистой матки нарушена на незначительном участке |

40. *Токсикозы беременных*

- | | |
|------------|---------------------------------|
| 1) ранние | а) водянка беременных |
| 2) поздние | б) острая желтая атрофия печени |
| 3) редкие | в) нефропатия |
| | г) рвота беременных |
| | д) эклампсия |
| | е) дерматозы беременных |
| | ж) слюнотечение |
| | з) преэклампсия |

- и) симфизиопатия
- к) тетания беременных
- л) желтуха беременных

41. *Симптомы токсикозов беременных*

(заболевания и симптомы, им соответствующие)

- | | |
|---------------------|--|
| 1) рвота беременных | а) боли в подложечной области |
| 2) водянка | б) судороги тонические и клонические |
| 3) нефропатия | в) повышение АД |
| 4) преэклампсия | г) рвота |
| 5) эклампсия | д) отеки |
| | е) белок в моче (протеинурия) |
| | ж) пелена перед глазами, мелькание "мушек" |
| | з) увеличение массы тела более чем на 300 г в неделю |
| | и) головная боль |
| | к) снижение массы тела |

42. *Редкие формы токсикозов беременных и симптомы, им соответствующие*

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1) дерматозы | а) рвота и зуд, вызванные поражением печени |
| 2) симфизиопатия и сакроилеопатия | б) судороги мышц, связанные с нарушением кальциевого обмена |
| 3) тетания беременных | в) чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза |
| 4) желтуха беременных | г) зуд беременных, прекращающийся после родов |
| 5) острая желтая атрофия печени | д) белковое и жировое перерождение печеночных клеток |

43. *Противозачаточные средства*

- | | |
|---------------------|--|
| 1) гормональные | а) мужские и женские презервативы |
| 2) механические | б) прерванное половое сношение |
| 3) химические | в) перевязка маточных труб |
| 4) физиологические | г) растворы кислот (молочной, борной, уксусной) |
| 5) хирургические | д) марвелон |
| 6) не рекомендуемые | е) половые сношения за 3-5 дней до и после менструации |
| | ж) нарколут |

44. *Классификация послеродовых инфекционных заболеваний*

- | | |
|-------------|---------------------------------|
| 1) I этап | а) послеродовая язва |
| 2) II этап | б) прогрессирующий тромбофлебит |
| 3) III этап | в) тромбофлебит |
| 4) IV этап | г) эндометрит |
| | д) метрит |
| | е) параметрит |
| | ж) септицемия |
| | з) сальпингооофорит |
| | и) септикопиемия |

- к) пельвиоперитонит
- л) диффузный разлитой перитонит

Выбрать правильные ответы.

45. Проблемы беременной, возникающие в первые месяцы беременности и перед родами из-за смещения органов малого таза

- а) одышка
- б) задержка стула
- в) частые позывы к мочеиспусканию
- г) повышение температуры тела

46. Потенциальные проблемы пациентки после инфицированного аборта

- а) тошнота, рвота
- б) кровотечение
- в) бесплодие
- г) нарушение менструального цикла

47. Преждевременной считается отслойка плаценты

- а) во время беременности
- б) во время I периода родов
- в) во время II периода родов
- г) после рождения плода

48. Проблемы беременной при возникновении водянки

- а) отеки нижних конечностей
- б) прибавка массы тела за 1 неделю более 300 г
- в) повышение температуры
- г) судороги

49. Проблемы беременной при развитии преэклампсии

- а) боль в подложечной области
- б) судороги
- в) пелена перед глазами, мелькание "мушек"
- г) частое мочеиспускание

50. Сестринский процесс при нефропатии беременных предусматривает

- а) проведение термометрии каждые 3 часа
- б) ежедневное взвешивание
- в) регулярное измерение АД
- г) измерение суточного диуреза

51. Лечение трихомонадного кольпита предусматривает

- а) обязательное лечение обоих половых партнеров
- б) соблюдение постельного режима

- в) прекращение половых контактов
- г) ежедневное взятие мазков из влагалища

52. Приоритетная проблема родильницы в первые дни после родов

- а) задержка стула
- б) рвота
- в) затруднение мочеотделения
- г) ухудшение зрения

53. До снятия швов на промежности из рациона родильницы исключают

- а) молочные продукты
- б) продукты, богатые клетчаткой
- в) хлеб
- г) макароны

54. Сестринские рекомендации родильнице с разрывами на промежности

- а) диета, исключая овощи и фрукты в сыром виде, хлеб
- б) не сидеть до полного снятия и полного заживления швов
- в) умеренное употребление жидкости
- г) трехразовое питание

55. Факторы риска поздних токсикозов

- а) тазовое предлежание плода
- б) ожирение
- в) аллергия
- г) гипертоническая болезнь

56. Предпочтительные продукты питания при нефропатии беременных

- а) свежие фрукты и овощи
- б) сметана, сливки
- в) сдоба, макароны
- г) нежирное мясо

57. Сестринское наблюдение за беременными, страдающими нефропатией

- а) мониторинг дыхания
- б) контроль уровня АД
- в) контроль суточного диуреза
- г) все вышеперечисленное

58. Для профилактики послеродового мастита медсестра рекомендует пациентке

- а) родовую подготовку молочной железы
- б) тщательное сцеживание молока после кормления
- в) массажирование молочной железы
- г) прекращение сцеживания молока

59. Самоконтроль беременных с водянкой предусматривает

- а) соблюдение режима дня, диеты
- б) контроль массы тела
- в) контроль дыхания
- г) измерение температуры тела

60. Неотложная помощь при эклампсии беременных предполагает

- а) измерение температуры тела
- б) предотвращение прикуса языка
- в) предупреждение асфиксии рвотными массами
- г) измерение суточного диуреза

Тесты по теме "Акушерство и гинекология" (часть 2).

1. Чувствительность и периодичность проведения скрининга (онкоцитограмма) цервикального рака:

- 1) выявляемость заболевания 85-95%
- 2) выявляемость заболевания 70-85%
- 3) проведение онкоцитологического исследования спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже чем в возрасте 21 года
- 4) во время профосмотра
- 5) ежегодно в течение первых двух лет, при отрицательных данных далее каждые 2-3 года
- 6) после 70 лет при интактной шейке матки и при условии отрицательных цитологических исследований в пределах последних 10 лет

Ответ: 1, 3, 5

2. Чаще выявляется гистологическая структура РШМ:

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 4) плоскоклеточный низкодифференцированный рак
- 5) светлоклеточный рак
- 6) мукоэпидермоидный рак

Ответ: 1, 3

3. Наибольший приоритет заболеваемости раком эндометрия в последние годы отмечают среди женщин в возрасте:

- 1) до 29 лет
- 2) до 40 лет
- 3) от 40 до 49 лет
- 4) от 50 до 59 лет
- 5) старше 59 лет

Ответ:

4. Частота и средний возраст поражения при раке маточной трубы:

- 1) 0,11-1,18 % среди опухолей женских половых органов
- 2) 1,2-1,5 % среди всех опухолей женских половых органов
- 3) 2 %
- 4) 17 – 19 лет
- 5) 45 – 50 лет
- 6) 62,5 лет

Ответ: 1, 6

5. Принципы лечения рака вульвы II-III ст.:

- 1) широкое иссечение опухоли
- 2) широкое иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия
- 3) радикальная вульвоэктомия их трех разрезов
- 4) лучевая терапия
- 5) лекарственная терапия, химиотерапия
- 6) комбинированное лечение

Ответ: 3, 4, 5, 6

6. Клиническая картина рака влагалища III-IV ст. характеризуется:

- 1) кровянистые выделения
- 2) отек нижних конечностей

- 3) гематурия
- 4) лейкорея
- 5) дизурия
- 6) мочеполовые и ректовагинальные свищи

Ответ: 2, 3, 6

7. Частота рака шейки матки в структуре онкогинекологической патологии у женщин, проживающих в РФ:

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) 15%
- 5) 20%
- 6) 30%

Ответ: 3, 4

8. Стандартное хирургическое лечение РШМ I B₁ стадии заключается в:

- 1) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 5) расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников

Ответ: 2, 5

9. Определите последовательность основных этапов развития рака эндометрия:

- 1) формирование фоновых морфологических изменений (ЖКГЭ, полипы)
- 2) ановуляция, гиперэстрогенизм
- 3) преинвазивный рак
- 4) выраженные формы рака эндометрия
- 5) рак с минимальной инвазией в миометрий

Ответ: 2, 1, 3, 5, 4

10. Чаще наблюдаются метастазы Крукенберга при раке:

- 1) при раке шейки матки
- 2) при раке мочевого пузыря
- 3) при раке молочной железы
- 4) при раке толстой кишки
- 5) при раке желудка
- 6) при раке желчных протоков

Ответ: 5

11. Показания и объем оперативного лечения трофобластических опухолей:

- 1) полный пузырный занос
- 2) кровотечение из первичной или метастатической опухоли, угрожающее жизни больной
- 3) резистентность первичной опухоли и солитарных метастазов в отсутствии опухоли
- 4) перфорация стенки матки опухолью
- 5) ампутация матки с придатками
- 6) органосохраняющая гистерэктомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у молодых женщин
- 7) резекция пораженного органа в пределах здоровых тканей
- 8) экстирпация матки с придатками, резекция сальника

Ответ: 2, 3, 4, 6, 7

12. С использованием следующей современной техники возможно выполнение пластики только передней или только задней стенки влагалища, а также вагинопексия при сохраняемой матке или сочетание с вагинальной гистерэктомией, леваторопластикой:

- 1) сакроспинальная фиксация вагинальным доступом
- 2) лапароскопическая сакрокольпопексия
- 3) сакрокольпопексия при чревосечении
- 4) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия
- 5) передняя и задняя кольпоррафия

Ответ: 4

13. При следующей частоте бесплодного брака наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация:

- 1) 8-10%

- 2) 15%
- 3) 18%
- 4) 20%
- 5) 22%

Ответ: 2

14. Следующий скрининг обязательно проводится при женском бесплодии:

- 1) опрос женщин по схеме, рекомендуемой ВОЗ
- 2) физикальное исследование
- 3) инфекционный скрининг
- 4) иммунологический скрининг
- 5) гормональный скрининг
- 6) дополнительное обследование (УЗИ, ГСТ, маммография, КТ, ЯМР и др.)
- 7) эндоскопические методы исследования (ГС, ЛС)

Ответ: 2, 4, 5

15. Следующие причины infertility не наблюдаются при эндометриозе:

- 1) трубное бесплодие (органическое, функциональное)
- 2) перитонеальное бесплодие (СББ)
- 3) ретрофлексия матки
- 4) эндокринное бесплодие (ановуляция, НЛФ)
- 5) угнетение процесса имплантации бластоцисты
- 6) поражение сперматозоидов активированными макрофагами
- 7) обструктивная азооспермия

Ответ: 3, 7

16. Современные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия:

- 1) микрохирургическое, ЭКО/ПЭ
- 2) хирургическое
- 3) индукция овуляции
- 4) вспомогательные репродуктивные технологии
- 5) хирургическое + подавление овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии

Ответ: 1

17. Абсолютные показания к ЭКО:

- 1) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- 2) консервативно-пластические операции на трубах, если в течение 1-2 лет беременность не наступила
- 3) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- 4) отсутствие матки
- 5) бесплодие
- 6) иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител

Ответ: 1

18. Определите последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- 1) стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов
- 2) подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза
- 3) забор ооцитов путем пункции яичников через своды влагалища под УЗ-контролем
- 4) гормональная поддержка лютеиновой фазы
- 5) ПЭ на 6-8 клеточной стадии в полость матки
- 6) оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров

Ответ: 2, 1, 3, 6, 5, 4

19. Следующие пороки развития женских половых органов относят к аномалиям полового развития без нарушения половой дифференцировки:

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) дисгенезия гонад
- 3) АГС
- 4) задержка полового созревания
- 5) тестикулярная феминизация
- 6) пороки развития матки и влагалища
- 7) различия интерсексуальные состояния

Ответ: 1, 4

20. Причины патологической дефлорации, сопровождающейся обильным кровотечением:

- 1) гипоплазия матки
- 2) разрыв плевы до её основания

- 3) чрезмерная плотность девственной плевы
- 4) «мясистость» девственной плевы
- 5) чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии
- 6) ранний возраст начала половой жизни

Ответ: 2, 3, 4, 5

21. Следующие ранения и повреждения половых органов относят к «старым»:

- 1) мочеполовые и кишечно-половые свищи
- 2) ожоги
- 3) травмы, нанесенные режущими и колющими предметами и огнестрельным
- 4) свежие повреждения при половом сношении
- 5) свежие повреждения, не зависящие от полового акта
- 6) рубцовые изменения промежности и влагалища

Ответ: 1, 6

22. Цели планирования семьи:

- 1) рождение желанных детей
- 2) снижение распространения ИППП
- 3) снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов
- 4) преодоление бесплодия
- 5) снижение МС, ПС

Ответ: 1, 3, 5

23. Следующие методы контрацепции относят к современным:

- 1) ритмический
- 2) гестогенсодержащие ВМК
- 3) прерванное половое сношение
- 4) мужской и женский презервативы, диафрагмы, шеечные колпачки
- 5) спермициды
- 6) гормональные (таблетки, влагалищное кольцо, пластырь, импланты, инъекции)
- 7) женская и мужская стерилизация

Ответ: 2, 6, 7

24. Лечебные эффекты КОК заключаются в:

- 1) снижение риска развития рака эндометрия и яичников, колоректального рака

- 2) регуляция менструального цикла
- 3) снижение риска внематочной беременности
- 4) устранение или уменьшение тяжести дисменореи
- 5) уменьшение менструальной кровопотери
- 6) уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза
- 7) снижение риска развития ЖДА
- 8) уменьшение гиперандрогении
- 9) устранение или уменьшение ПМС
- 10) устранение овуляторных болей
- 11) снятие «страха нежелательной беременности»
- 12) возможность отсрочки очередной менструации

Ответ: 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10

25. Следующие прогестагенсодержащие контрацептивы относят к противозачаточным таблеткам «мини-пили»:

- 1) норплант
- 2) микрононор
- 3) норэтистерон-энантат
- 4) фемулен
- 5) эксклютон
- 6) чарозетта
- 7) неогест
- 8) микровал
- 9) микролут
- 10) эскапел
- 11) марвелон

Ответ: 2, 4, 5, 7, 8, 9

26. Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемой в подростковом возрасте, заключается в:

- 1) ВМК
- 2) низко- и микродозированные КОК

- 3) влагалищное кольцо (Нова Ринг)
- 4) барьерные методы
- 5) КОК + презерватив
- 6) презерватив + спермицид

Ответ: 5

27. Требования к контрацепции после родов:

- 1) надежность и обратимость
- 2) защитные свойства
- 3) отсутствие влияний на лактацию
- 4) защита от СТЗ
- 5) минимальный риск метаболических нарушений

Ответ: 1, 3

28. Противопоказания для искусственного аборта:

- 1) инфекционные заболевания
- 2) хр. воспалительные заболевания женских половых органов
- 3) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов
- 4) гипертермия неясной этиологии
- 5) эктопическая беременность любой локализации
- 6) угрожающий самопроизвольный аборт
- 7) киста яичника

Ответ: 1, 3, 4, 5, 6

29. Абсолютные противопоказания для выполнения медикаментозного аборта:

- 1) курение более 10 сигарет в сутки
- 2) подозрение на внематочную беременность
- 3) декомпенсированные экстрагенитальные заболевания
- 4) длительная кортикостероидная терапия
- 5) наличие рубца на матке
- 6) миома матки малых размеров
- 7) терапия антикоагулянтами
- 8) беременность на фоне внутриматочной контрацепции
- 9) аллергия к препарату
- 10) надпочечниковая, почечная и печеночная недостаточность

Ответ: 2, 3, 4, 7, 9, 10

30. Сочетание следующих симптомов встречается в более чем в половине случаев внематочной беременности:

- 1) тошнота, рвота
- 2) задержка менструации
- 3) использование ВМК
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) боли различного характера и интенсивности

Ответ: 2, 4, 5

31. Скрининг внематочной беременности заключается в:

- 1) при задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей – определение В-ХГЧ в крови
- 2) выявление женщин группы риска по внематочной беременности
- 3) гинекологическое исследование
- 4) проведение трансвагинального УЗИ
- 5) лапароскопия

Ответ: 1, 4

32. Следующие признаки характерны для прогрессирующей трубной беременности:

- 1) содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока
- 2) содержание ХГ как и при маточной беременности
- 3) увеличение размеров матки соответствует предполагаемому сроку беременности
- 4) увеличение размеров матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности
- 5) в области придатков болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции

Ответ: 1, 4, 5

33. При прервавшейся трубной беременности по типу разрыва следует провести операцию:

- 1) тубэктомия лапароскопическим доступом
- 2) сальпинготомия
- 3) тубэктомия лапаротомным доступом
- 4) рассечение маточного угла при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы

5) выдавливание плодного яйца

Ответ: 3, 4

34. Показания для сальпингоэктомии при внематочной беременности:

- 1) содержание ХГЧ более 15000 МЕ /мл
- 2) содержание ХГЧ менее 15000 МЕ/мл
- 3) размер плодного яйца более 5 см
- 4) размер плодного яйца 3-5 см
- 5) эктопическая беременность в анамнезе

Ответ: 1, 3, 5

35. Апоплексия яичника по МКБ-10 кодируется:

- 1) гематома яичника
- 2) разрыв кисты желтого тела
- 3) геморрагическая фолликулярная киста яичника
- 4) кровотечение из яичника
- 5) геморрагическая киста желтого тела
- 6) разрыв яичника

Ответ: 3, 5

36. Показания к оперативному лечению при апоплексии яичника:

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) признаки внутреннего кровотечения
- 3) отсутствие признаков внутреннего кровотечения
- 4) удовлетворительное общее состояние
- 5) нарастание анемии
- 6) жалобы на боль внизу живота

Ответ: 1, 2, 5

37. Тактика при подозрении и перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) амбулаторное наблюдение
- 2) госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке
- 3) немедикаментозные методы лечения
- 4) консервативные медикаментозные методы лечения
- 5) хирургические методы лечения

Ответ: 2, 5

38. Для некроза миоматозного узла характерны клинические симптомы:

- 1) боли внизу живота
- 2) острые боли в животе
- 3) повышение температуры тела
- 4) тошнота, рвота
- 5) напряжение передней брюшной стенки
- 6) нарушение стула и мочеиспускания
- 7) увеличение и болезненность матки
- 8) определение в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации
- 9) при УЗИ выявление зоны некроза узла
- 10) гипотермия
- 11) гиперполименорея
- 12) менометроррагия

Ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9

39. Частота и причины перфорации матки:

- 1) у 1 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 2) у 0,5 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 3) у 0,1 – 0,3 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 4) самопроизвольный аборт малых сроков
- 5) искусственный аборт
- 6) диагностическое выскабливание
- 7) гистероскопия
- 8) введение ВМК
- 9) удаление ВМК

Ответ: 1, 5, 6, 7, 8

40. Выделите клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции:

- 1) температура тела более 38 или менее 36 градусов Цельсия
- 2) субфебрильная температура тела
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ЧСС более 90 в минуту
- 5) ЧСС менее 90 в минуту
- 6) ЧД более 20 в минуту или гипервентиляция
- 7) ЧД менее 20 в минуту
- 8) лейкоциты крови более 12000/мл или количество незрелых лейкоцитов более 10 %
- 9) лейкоциты крови менее 4 000/мл
- 10) лейкоциты 4 000 – 6 000/мл

Ответ: 1, 4, 6, 8, 9

41. Гинекологический сепсис при влагалищном источнике вызывают следующие возбудители:

- 1) пептострептококки
- 2) кишечная палочка
- 3) бактероиды (bivus)
- 4) энтерококки
- 5) энтеробактерии
- 6) стрептококки группы В
- 7) бактероиды (fragilis)
- 8) грибы Candida
- 9) гарднереллы (vaginalis)
- 10) микоплазмы (hominis)
- 11) стрептококки группы А

- 12) золотистый стафилококк
- 13) гонококки
- 14) хламидии

Ответ: 1, 3, 6, 9, 10, 12

42. Риск развития гинекологического сепсиса повышается у больных:

- 1) с высоким индексом тяжести общего состояния
- 2) с миомой матки
- 3) при длительном пребывании в РАО (более 21 дней)
- 4) при генитальном эндометриозе
- 5) находившихся на полном парентеральном питании
- 6) получавших глюкокортикоиды
- 7) получавших экстракорпоральную детоксикацию

Ответ: 2, 4, 6, 7, 8

43. Глюкокортикоиды при сепсисе применяют по следующим показаниям в следующей дозировке:

- 1) при септическом шоке в высоких дозах (более 1500 мг/сут.)
- 2) при сопутствующей относительной надпочечниковой недостаточности в дозах 240-300 мг/сут. в течение 5 – 7 дней
- 3) для поддержания эффективной гемодинамики высоких доз вазопрессоров в дозе 300 мг/сут. на 3 – 6 введений
- 4) в малых дозах эмпирическое назначение
- 5) при рефрактерном септическом шоке в дозе 300 мг/сут.

Ответ: 2, 3, 5

44. Летальность при тяжелом сепсисе и моноорганной дисфункции, а также при поражении четырех и более органов составляет соответственно:

- 1) 10 %
- 2) 20 %
- 3) 30 %

- 4) 40 %
- 5) 50-60 %
- 6) 60-80 %
- 7) 80-100 %

Ответ: 2, 7

45. Следующие патологические состояния в гинекологии могут привести к развитию геморрагического шока:

- 1) внематочная беременность, прогрессирующая форма
- 2) апоплексия яичника, болевая форма
- 3) травмы половых органов
- 4) онкологические заболевания половых органов
- 5) прервавшаяся трубная беременность
- 6) искусственный аборт
- 7) септические процессы, связанные с массивным некрозом тканей и эрозированием сосудов
- 8) апоплексия яичника, геморрагическая форма

Ответ: 3, 4, 5, 7, 8

46. Следующее мероприятие является основным и неотложным по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока?

- 1) быстрое восстановление ОЦК
- 2) поиск источника кровотечения и его ликвидация
- 3) введение глюкокортикоидов
- 4) введение вазопрессоров
- 5) реинфузия крови

Ответ: 2

47. При следующих патологических состояниях в гинекологии ДВС-синдром протекает в хронической форме:

- 1) геморрагический шок

- 2) доброкачественные опухоли матки и яичников
- 3) неразвивающаяся беременность
- 4) HELLP-синдром
- 5) длительный прием гормональных средств на фоне химиотерапии, лучевого лечения
- 6) ЗГТ в перименопаузальном периоде
- 7) при синдроме системного воспалительного ответа
- 8) анафилактический шок

Ответ: 2, 3, 5, 7, 8, 9

48. Следующий компонент терапии ДВС-синдрома является основным:

- 1) инфузия СЗП
- 2) применение неселективных ингибиторов протеолиза (апротинин)
- 3) применение селективных ингибиторов фибринолиза (амбен)
- 4) применение рекомбинантных факторов свертывания (новосэвен)
- 5) инфузия гидроксиэтилированного крахмала (рефортан, ХАЕС-стерил)

Ответ: 1

49. Незаконному производству абортов посвящена статья УК РФ:

- 1) статья № 131
- 2) статья № 132
- 3) статья № 134
- 4) статья № 123
- 5) статья № 135

Ответ: 4

50. Поводом для проведения экспертизы по установлению истинного пола свидетелевствующего лица являются:

- 1) расследование половых преступлений
- 2) расторжение брака

- 3) иски об алиментах
- 4) неправильное определение пола при рождении
- 5) желание изменить пол
- 6) адреногенитальный синдром
- 7) тестикулярная феминизация
- 8) выдача документов, удостоверяющих личность

Ответ: 1, 2, 3, 4, 8

51. Ручное пособие в родах при головном предлежании не включает:

- 1) воспрепятствия преждевременному разгибанию головки
- 2) уменьшения напряжения промежности
- 3) вульварную и пудендальную анестезии
- 4) рассечение промежности (перинео-,эпизиотомия)
- 5) выведение головки из половой щели вне потуг
- 6) освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода

Ответ: 3,4.

52. Верхняя допустимая граница объема физиологической кровопотери в родах составляет:

- 1) 5 мл на 1 кг массы тела
- 2) 0,3 % массы тела
- 3) 0,5 % массы тела
- 4) более 0,5 % массы тела
- 5) до 250 мл

Ответ: 1, 3, 5

53. Следующие признаки отделения плаценты надо проверить, чтобы установить ее отделение:

- 1) признак Чукалова – Кюстнера
- 2) признак Альфельда

- 3) признак Шредера
- 4) признак Довженко
- 5) признак Штрассмана
- 6) признак Клейна

Ответ: 1, 2, 3

54. Для оценки состояния плода в неотложных родах применяют:

- 1) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 30 минут
- 2) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 15 минут
- 3) аускультацию сердца плода после каждой потуги
- 4) КТГ в начале и конце I периода родов
- 5) постоянное проведение КТГ
- 6) определение биофизического профиля плода

Ответ: 2,3,4

55. Из следующих мероприятий складывается туалет новорожденных:

- 1) отсасывание слизи из носика, ротика
- 2) выкладывание новорожденного на живот матери
- 3) двухмоментное отсечение пуповины и обработка пуповинного остатка
- 4) обработка глаз новорожденного
- 5) обработка кожи новорожденного
- 6) определение антропометрических данных
- 7) прикладывание к груди

Ответ: 3,4,5,6

56. Следующие немедикаментозные методы обезболивания родов разрешены и применяются:

- 1) гипноз, аутотренинг
- 2) психопрофилактическая подготовка
- 3) акупунктура

- 4) чрескожная электронейростимуляция
- 5) эпидуральная анестезия
- 6) продленная спинальная анальгезия
- 7) введение спазмолитиков, анальгетиков

Ответы: 1,2,3,4

57. При ведении партограммы влагалищное исследование проводится каждые:

- 1) 2 часа
- 2) 3 часа
- 3) 4 часа
- 4) 5 часа
- 5) 6 часов

Ответ: 3.

58. Продолжительность послеродового периода и время максимального темпа инволюционных изменений составляют:

- 1) 2-4 часа после родов
- 2) время нахождения родильницы в акушерском стационаре
- 3) 42 дня после рождения последа
- 4) 8 недель после родов
- 5) 8-12 суток после родов

Ответ: 3, 5.

59. Характер лохий в послеродовом периоде:

- 1) в первые 2-3 дня кровяные
- 2) на 4-5ый день кровянисто-серозные
- 3) на 7-8ой день серозные
- 4) реакция лохий нейтральная
- 5) реакция лохий щелочная
- 6) реакция лохий кислая

- 7) запах прелый
- 8) общее количество лохий 500-1500г
- 9) общее количество лохий менее 500г
- 10) к концу 3й недели после родов выделения из половых путей прекращаются

Ответ: 1,2,3,4,5,6,7,8,

60. Состояние мягких тканей родового канала к концу 2-3-й недели послеродового периода заключается в:

- 1) эпителизация плацентарной площадки
- 2) шейка матки цилиндрическая, внутренний зев закрыт, наружный зев приобретает щелевидную форму
- 3) стенки влагалища отечны, просвет влагалища расширен
- 4) тонус промежности восстановлен
- 5) выделения серовато-белого цвета

Ответ: 2, 3, 4, 5

61. Секретция молока начинается после родов на ... и стимулирующее действие на лактацию оказывают:

- 1) на 2-3-и сутки
- 2) на 3-4-е сутки
- 3) на 5-6-е сутки
- 4) гормоны щитовидной железы и надпочечников
- 5) акт сосания
- 6) пролактин

Ответ: 1, 4, 5

62. Клиническая картина послеродового периода определяется:

- 1) хорошее состояние женщины
- 2) нормальная температура тела
- 3) субинволюция матки

- 4) достаточная лактация
- 5) гипогалактия
- 6) лихорадка неясной этиологии
- 7) лактостаз
- 8) нормальные АД, пульс, частота дыхания
- 9) правильная инволюция матки, нормальное количество и характер лохий

Ответ: 1, 2, 4, 8, 9

63. Уход за родильницей заключается в следующем:

- 1) ежедневное наблюдение врача и акушерки за родильницей
- 2) оценка состояния молочных желез
- 3) определение высоты стояния дна матки, ее поперечника, консистенции, болезненности
- 4) диета с преобладанием молочнокислых, белковых продуктов, свежих фруктов и овощей
- 5) туалет наружных половых органов
- 6) душ ежедневно, смена белья через 3 суток
- 7) немедленное прикладывание новорожденного к груди матери
- 8) совместное пребывание матери и ребенка
- 9) кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов
- 10) ранняя выписка из родильного дома

Ответ: 5, 6, 7, 8, 9, 10

64. Для профилактики опущения и выпадения внутренних половых органов, стрессового недержания мочи с первых суток после родов назначают:

- 1) упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса
- 2) упражнения Кегеля
- 3) упражнения Грищенко и Шулеповой
- 4) упражнения Дзнецладзе
- 5) упражнения Диканя

Ответ: 2

65. Период новорожденности продолжается:

- 1) 168 часов жизни
- 2) 8-12 дней жизни
- 3) 4-6 дней жизни
- 4) 28 дней жизни
- 5) 26 дней жизни

Ответ: 4.

66. Основные принципы ведения детей в периоде новорожденности составляют:

- 1) прикладывание к груди в первые 20 минут жизни.
- 2) дотация молозива детям в теплом состоянии
- 3) уход за новорожденным
- 4) интенсивная терапия новорожденного
- 5) профилактическая вакцинация (вакцина БЦЖ, против гепатита В)
- 6) скрининг на врожденную и наследственную патологию (в РФ с 2006года обязательное обследование на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, глухоту, галактоземию, муковисцидоз и аденогенитальный синдром)
- 7) совместное пребывание матери и ребенка
- 8) ранняя выписка из акушерского стационара

Ответ: 1, 2,3,5,6,8

67. Следующие ранние токсикозы беременных наиболее часто встречаются (85-90%):

- 1) тошнота
- 2) рвота
- 3) слюнотечение
- 4) дермопатия
- 5) тетания

- 6) бронхиальная астма
- 7) гепатоз
- 8) остеомаляция

Ответ: 2

68. Рвота беременных тяжелой формы характеризуется следующими симптомами:

- 1) частота рвоты 6-10 раз в сутки
- 2) частота рвоты 11-15 раз в сутки
- 3) частота пульса в минуту 80-90
- 4) частота пульса в минуту 90-120
- 5) частота пульса в минуту свыше 100
- 6) систолическое АД 110-100 мм рт. ст.
- 7) систолическое АД ниже 100 мм рт. Ст.
- 8) субфебрильная температура
- 9) гипотермия
- 10) диурез 900-800 мл
- 11) диурез менее 700мл
- 12) кетонурия +, +, + + +
- 13) кетонурия + + +, + + + +

Ответ: 2, 5, 7, 8, 11, 13

69. В основе развития гестоза лежит:

- 1) тромбофилии
- 2) дисфункция эндотелия
- 3) иммунный эндотелиоз
- 4) нарушение ПОЛ (перекисного окисления липидов)
- 5) гипоксия

Ответ: 2, 3

70. Патогенетически обоснованным золотым стандартом терапии гестоза считают:

- 1) нормализация осмотического и онкотического давления
- 2) воздействие на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима
- 3) снятие генерализованного спазма
- 4) нормализация сосудистой проницаемости, ликвидация гиповолемии
- 5) улучшение кровотока в ногах, стимуляция мочевыделительной функции
- 6) регулирование водно-солевого обмена
- 7) нормализация метаболизма
- 8) нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
- 9) проведение антиоксидантной терапии
- 10) проведение профилактики и лечения внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода
- 11) современное щадящее родоразрешение
- 12) профилактика кровотечений, коагуляционных расстройств в родах и раннем родовом периоде

Ответ: 1, 2, 4, 8.

71. К кровотечениям второй половины беременности относят:

- 1) начинающийся самопроизвольный аборт
- 2) прервавшаяся внематочная беременность
- 3) пузырный занос
- 4) предлежание плаценты
- 5) несостоятельность рубца на матке
- 6) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Ответ: 4,5,6.

72. Основными симптомами ПОНРП являются:

- 1) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 2) хроническая гипоксия плода и ЗПР

- 3) артериальная гипотония, гиповолемия
- 4) боль в животе
- 5) кровотечение и симптомы геморрагического шока
- 6) кровотечение, симптомы геморрагического шока и ДВС – синдрома
- 7) гипертонус матки
- 8) острая гипоксия плода
- 9) высокое стояние предлежащей части плода

Ответ: 4, 6, 7, 8

73. К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- 1) кровяные выделения из половых путей с темными сгустками
- 2) гипертонус матки
- 3) кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матки
- 4) высокое стояние предлежащей части плода
- 5) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 6) артериальная гипотония, гиповолемия

Ответ: 3, 4, 5, 6

74. Определите алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями:

- 1) УЗИ (при массивной кровопотере в операционной)
- 2) наружное акушерское исследование
- 3) осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений.
- 4) выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг
- 5) осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал (если не подтвержден диагноз ПОНРП)

Ответ: 2, 4, 3, 1, 5

75. Причины кровотечений в послеродовом периоде составляют:

- 1) частичное плотное прикрепление или приращение плаценты
- 2) задержка частей плода в полости матки
- 3) ущемление отделившегося последа в матке
- 4) гипотония, атония матки
- 5) травмы мягких тканей родовых путей
- 6) наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Ответ: 1, 3, 5, 6

76. Определите последовательность мероприятий при кровотечении в третьем периоде родов:

- 1) ручное отделение плаценты и выделение последа
- 2) катетеризация мочевого пузыря; пункция или катетеризация локтевой вены с подключением внутривенных инфузий
- 3) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу без обезболивания
- 4) выделение последа по Креде – Лазаревичу при положительных признаках отделения плаценты
- 5) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу под наркозом
- 6) определение признаков отделения плаценты

Ответ: 2, 6, 4, 3, 5, 1

77. Определите алгоритм мероприятий по остановке кровотечения при гипотонии матки:

- 1) катетеризация вены и ИТТ
- 2) ручное обследование матки
- 3) прижатие брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку
- 4) наружный массаж матки
- 5) катетеризация мочевого пузыря
- 6) оперативное лечение

Ответ: 5, 4, 1, 2, 3, 6

78. Угрожающими для жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- 1) кровопотеря менее 15% ОЦК
- 2) кровопотеря со скоростью 150мл/мин. в течение 20 минут
- 3) кровопотеря менее 1,5% массы тела
- 4) кровопотеря со скоростью 1,5 мл/кг/ мин. в течение 20 минут
- 5) одномоментная кровопотеря более 1500 – 2000мл
- 6) кровопотеря 50% ОЦК за 3 часа

Ответ: 2, 4, 5, 6

79. При неэффективности консервативных мероприятий по остановке кровотечения переходят к следующим методам:

- 1) гистерэктомия
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) утеротоники
- 4) перевязка магистральных сосудов (a. hypogastrica) и / или перевязка маточных артерий
- 5) селективная эмболизация маточных артерий
- 6) гемастатические швы («рюкзачный», «квадратный», «матрасный»)

Ответ: 1, 4, 5, 6

80. Следующие инфузионные среды и объем восполнения используют при кровопотере 15% - 30% ОЦК:

- 1) кристаллоиды : коллоиды (3:1)
- 2) кристаллоиды : коллоиды (2:1)
- 3) СЗП (50% кровопотери)
- 4) СЗП (100% кровопотери)
- 5) эритроцитарная масса (20-30% кровопотери)
- 6) эритроцитарная масса (> 30% кровопотери)
- 7) тромбоциты, криопреципитат
- 8) объем восполнения 150 – 200% кровопотери

9) объем восполнения 200 – 250% кровопотери

Ответ: 2, 3, 9

81. Лечение острой формы ДВС-синдрома при акушерских кровотечениях заключается в:

- 1) контроль за лабораторными показателями; гемостазиограмма
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) экстирпация матки
- 4) восстановление центральной и периферической гемодинамики
- 5) восстановление коагуляционных свойств крови (СЗП, свежецитратная кровь, антигемофильная плазма, апротинин)
- 6) гепаринотерапия

Ответ: 3, 4, 5

82. Определите механизм родов при лицевом предлежании:

- 1) максимальное сгибание головки
- 2) максимальное разгибание головки
- 3) внутренний поворот головки с образованием переднего вида
- 4) внутренний поворот головки с образованием заднего вида
- 5) сгибание головки
- 6) внутренний поворот плечиков и наружной поворот головки

Ответ: 2, 4, 5, 6

83. При следующем разгибательном предлежании головки плода роды возможны через естественные родовые пути:

- 1) тазовое предлежание плода в сочетании с разгибанием головки I степени
- 2) переднее – головное предлежание
- 3) лобное предлежание
- 4) лицевое, задний вид
- 5) лицевое, передний вид

Ответ: 2, 4

84. Неправильные положения плода обнаруживают с частотой:

- 1) 0,3 – 0,5 %
- 2) 0,5 – 0,7%
- 3) 1,0%
- 4) чаще у первородящих
- 5) чаще у многорожавших

Ответ: 2, 5

85. Механизм (последовательность моментов) родов при тазовых предлежаниях плода составляют:

- 1) сгибание головки
- 2) опускание внутренней поворот ягодиц
- 3) разгибание головки
- 4) боковое сгибание поясничного отдела позвоночника плода
- 5) боковое сгибание шейно – грудного отдела позвоночника плода
- 6) внутренний поворот плечиков
- 7) внутренний поворот головки

Ответ: 2, 3, 6, 5, 7, 1

86. Плановое абдоминальное родоразрешение не производится у первородящих с тазовым предлежанием плода при:

- 1) узком тазе
- 2) массе плода менее 2000 или более 3600г
- 3) при мужском поле плода
- 4) сумме баллов по шкале 12 баллов
- 5) наличии рубца на матке
- 6) беременности после ЭКО и ПЭ
- 7) перенашивании беременности

Ответ: 4

87. Определите тактику ведения II периода самопроизвольных родов при чистом ягодичном предлежании плода:

- 1) мониторный контроль состояния плода, сократительной деятельности матки
- 2) ведение партограммы
- 3) введение спазмолитиков, анальгетиков
- 4) внутривенное введение спазмолитиков
- 5) рассечение промежности
- 6) пособие по Цовьянову №1
- 7) пособие по Цовьянову №2

Ответ: 3, 4, 6

88. Преждевременными родами считают:

- 1) роды от 22 до 28 недель
- 2) роды от 29 до 37 недель
- 3) роды от 22 до 37 недель
- 4) ребенок с массой от 500 до 2500г
- 5) ребенок с массой от 1000 до 2500г
- 6) ребенок ростом от 25 до 45 см
- 7) ребенок ростом от 35 до 45см

Ответ: 3, 4, 6

89. Основные причины прерывания в первой половине беременности составляют:

- 1) нейроэндокринные нарушения
- 2) инфекционные заболевания
- 3) генетическая патология
- 4) истмико – цервикальная недостаточность
- 5) иммунологические факторы
- 6) экстрагенитальные заболевания неинфекционной природы

7) пороки развития матки

Ответ: 3

100. Медикаментозное лечение угрожающих и начинающихся преждевременных родов включает:

- 1) острый токолиз препаратами, снижающими СДМ (магния сульфат, гинепрал, нифедипин, индометацин)
- 2) постельный режим
- 3) палатный режим
- 4) по показаниям гормонотерапия (аналоги прогестерона, глюкокортикоиды)
- 5) спазмолитики (папаверин, дротаверин и др.)
- 6) фитотерапия
- 7) физиотерапия, ЧЭНС, ИРТ
- 8) гомеотерапия
- 9) регуляция стула
- 10) седативная терапия (диазепам, оксазепам) Ответ: 1, 4, 5, 10

Тест по теме "Десмургия"

1. Понятие «повязка» обозначает... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

смену повязки

вид перевязочного материала

2. Цель давящей повязки ... (выберите правильный ответ):

создание неподвижности и покоя для органа или части тела

остановка кровотечения

исправление патологического положения части тела
прочная фиксация лекарственных препаратов к ране

предупреждение вторичного инфицирования раны

3. Для наложения простой (защитной) повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевый бинт; 2) гипсовый

бинт; 3) косынку; 4) трубчатый трикотажный бинт; 5) лейкопластырь

1,2,4,5;

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

4. Повязка «Дезо» по лечебному эффекту является ... (выберите правильный ответ):

иммобилизирующей

давящей

корректирующей

защитной

5. Свободный конец скатанной части бинта называется ... (выберите правильный ответ):

началом бинта

головкой бинта

6. Простая (защитная) повязка должна быть ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) удобной; 2) легкой и красивой; 3) оказывать давление на рану; 4) прочно фиксировать перевязочный материал; 5) не ограничивать движения.

1,2,4,5;

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

7. Повязкой «чепец» можно забинтовать ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) ухо; 2) лобную область; 3) теменную область; 4) затылочную область; 5) заднюю поверхность шеи

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

2,3,4;

2, 3, 5.

8. Показания к срочной смене повязки ... (выберете правильную комбинацию

ответов): 1) внезапное обильное пропитывание повязки кровью; 2) обильное пропитывание повязки гноем; 3) появление чувства распирания в ране под повязкой; 4) появление признаков нарушения кровообращения в конечности.

все ответы не верны;

все ответы верны;

1,2,3;

1,3,4;

2,3,4.

9. Разновидностью восьмиобразной повязки является ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) колосовидная; 2) возвращающаяся; 3) сходящаяся черепашья; 4) расходящаяся черепашья; 5) ползучая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

10. На плечевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

спиральная

ползучая

колосовидная

возвращающаяся

циркулярная

11. Перевязкой называется ... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

смена повязки

вид перевязочного материала

12. Для выполнения давящей повязки используют ... (выберете правильную

комбинацию ответов): 1) трубчато-сетчатый бинт; 2) эластичный бинт; 3) резиновый бинт; 4) жгут «Эсмарха»; 5) марлевый бинт.

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

13. В зависимости от применяемого материала повязки называются ... (выберите правильную комбинацию ответов): 1) марлевая; 2) пращевидная; 3) лейкопластырная; 4) циркулярная; 5) гипсовая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 3, 5;

2, 3, 5.

14. Для закрытия повреждений в области подбородка накладывают повязку ... (выберите правильный ответ):

Т-образную

циркулярную

пращевидную

черепашью

восьмиобразную

15. Для бинтования пяточной области применяется повязка ... (выберите правильный ответ):

черепашья

круговая

возвращающаяся

Т-образная

ползучая

16. Стопа бинтуется в положении под углом (к голени) в градусах ... (выберите правильный ответ):

45

70

90

110

130

17. На теменную область накладываются повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

спиральная

колосовидная

круговая

прашевидная

18. На локтевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

черепашья

колосовидная

спиральная

циркулярная

19. Если каждый последующий тур бинта прикрывает предыдущий на

$1/2 - 2/3$, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

спиральной

возвращающейся

колосовидной

20. Если каждый тур бинта идет винтообразно, не соприкасаясь с предыдущим, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

возвращающейся

21. Восьмиобразная повязка может быть использована при бинтовании ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голеностопного сустава; 2)задней поверхности шеи; 3)средней трети бедра; 4)межлопаточной области; 5)основной фаланги 1 пальца кисти

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

22. Повязки в зависимости от назначения, называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)защитная; 2)давящая; 3)бинтовая; 4)лейкопластырная; 5)иммобилизирующая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

23. Повязка «Дезо» применяется для иммобилизации верхней конечности при ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)переломе лопатки; 2)переломе ключицы; 3)переломе костей предплечья; 4)переломе ребер; 5)вывихе плеча

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

24. Локтевой сустав бинтуется в положении под углом (в градусах) ...

(выберите правильный ответ):

45

70

90

110

130

25. Т-образная повязка используется при заболеваниях и повреждениях в области ... (выберите правильный ответ):

подбородка

носа

промежности

подмышечной ямки

культы конечности

*26. Показанием к наложению працевидной повязки являются заболевания и повреждения ... **** (выберете правильную комбинацию ответов):***

1)носа

2)подбородка

3)теменной области

4)затылочной области

5)промежности

1, 3, 4, 5;

1, 2, 3, 4;

2, 3, 4, 5;

27. На культю бедра накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

Т-образная

восьмиобразная

працевидная

возвращающаяся

спиральная

28. Повязки защищают от воздействия внешней среды ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)рану; 2)патологически измененные ткани; 3)поврежденные ткани

все ответы не верны;

все ответы правильны;

1, 2;

2, 3;

1, 3.

29. Неподвижные повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)шины; 2)гипсовые повязки; 3)аппараты для вытяжения; 4)косыночная повязка; 5)колосовидная повязка

1, 2, 5;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 3;

2, 3, 5.

30. Неподвижные повязки используют для ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)временной иммобилизации различных частей тела; 2)лечения повреждений опорно-двигательного аппарата; 3)сдавления мягких тканей; 4)защиты ран от внешней среды; 5)лечения заболеваний костей и суставов

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

1, 2, 5;

2, 3, 5.

31. Накладывающий повязку становится к больному ... (выберете правильный ответ):

ЛИЦОМ

боком

в наиболее удобном для накладывания повязки положении

32. Мягкую повязку на конечность накладывают ... (выберите правильный ответ):

от туловища к периферии

от периферии к туловищу

место наложения первого тура значения не имеет

33. Циркулярная повязка применяется для закрытия ран в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)шеи; 3)средней трети предплечья; 4)нижней 1/3 плеча; 5)голеностопного сустава

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

2, 3, 4, 5;

34. Недостатки циркулярной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)может вращаться вокруг места наложения; 2)возможно смещение перевязочного материала; 3)закрывает лишь раны небольших размеров; 4)нельзя использовать с давящей целью; 5)не создает иммобилизации

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

35. Простую спиральную повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)грудную клетку; 2)плечо; 3)бедро; 4)голень; 5)предплечье

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

36. Спиральная повязка с перегибами накладывается на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)предплечье; 2)плечо; 3)голень; 4)бедро; 5)грудную клетку

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 5;

1, 3, 4;

37. Особенности спиральной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов):1)проста для наложения; 2)быстро накладывается; 3)легко смещается при движении; 4)при движении не смещается; 5)сложность выполнения

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 4;

1, 4, 5;

38. Ползучая повязка обычно является предварительным этапом перед наложением повязки ... (выберите правильный ответ):

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

колосовидной

черепашьей

39. Ползучая повязка применяется ... (выберете правильную комбинацию ответов):1)на конечностях; 2)на шее; 3)для фиксации большого по протяжению перевязочного материала; 4)для фиксации перевязочного

материала любой длины; 5)на грудной клетке

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 5;

2, 3, 4;

1, 4, 5;

40. Колосовидная повязка является разновидностью повязки ... (выберите правильный ответ):

восьмиобразной

спиральной

циркулярной

ползучей

возвращающейся

41. Синоним обозначения крестообразной повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

восьмиобразная

колосовидная

ползучая

спиральная

42. Участки тела, на которые накладывается колосовидная повязка ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)тазобедренный сустав; 2)локтевой сустав; 3)плечевой сустав; 4)коленный сустав; 5)задняя поверхность шеи

1, 2;

3, 5;

1, 4;

1, 3;

2, 5.

43. «Черепашья» повязка накладывается на области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)коленного сустава; 2)локтевого сустава; 3)лучезапястного сустава; 4)голеностопного сустава; 5)затылочную область

1, 2, 3;

1, 2, 4;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

44. Если при наложении «черепашьей» повязки начинают с циркулярных туров через область сустава, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

расходящейся

сходящейся

45. «Черепашья» повязка, которая начинается с циркулярных туров выше и ниже сустава, называется ... (выберите правильный ответ):

расходящейся

сходящейся

46. Возвращающуюся повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голову; 2)стопу; 3)кисть; 4)суставы; 5)культю конечности после ампутации

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

47. Циркулярную повязку на голову накладывают при небольших ранах в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)виска; 3)затылка; 4)ушной раковины; 5)глаза

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 4;

1, 3, 5;

48. Возвращающуюся повязку на голову накладывают при повреждениях ...
(выберите правильный ответ):

волосистой части (обширных)

лба

височной области

теменной области

затылочной области

К фонду оценочных средств также относится программное обеспечение тренажеров сердечно-лёгочной реанимации (торс электронный для отработки СЛР) с программным обеспечением.

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

Основная литература:

1. Симуляционное обучение по специальности "Лечебное дело" / сост. М. Д. Горшков ; ред. А. А. Свистунов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил. (ЭБС Консультант студента)

Дополнительная литература:

2. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия : руководство для врачей / Пушкарь Д.Ю., Колонтарев К.Б. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 384 с.: ил. (ЭБС Консультант врача)
3. 3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 296 с. : ил. (ЭБС Консультант врача)
4. Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее) / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 488 с (Издание дополнено уникальными видеофрагментами 3D-реконструкций при операциях на почке) (ЭБС Консультант врача)

Периодические издания:

Анестезиология и реаниматология

Вестник интенсивной терапии

Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.

Здравоохранение: журнал рабочих ситуаций главного врача.

Институт стоматологии

Медицинское образование и профессиональное развитие

Медицинское право
 Пульмонология.
 Российский вестник акушера-гинеколога
 Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.
 Эндоскопическая хирургия

Эпидемиология и инфекционные болезни

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Материалы по анатомии, представленные на медицинском портале и в качестве временных доступов в библиотеке ПСПбГМУ:

Электронные базы данных 1. "Консультант+" «Консультант студента» 3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. 4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey 5. ЭБС «Консультант врача»

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

Кабинет (Тема занятий)	Перечень оборудования
Кабинет 1 (Общеврачебные навыки; Аускультация сердца и лёгких. Отоскопия. Офтальмоскопия)	Модель «Женский таз и тазовое дно», одеваемая модель для обучения самообследования молочной железы, модель для обучения назогостральной интубации, имитатор для обучения катетеризации (женский), имитатор для обучения катетеризации (мужской), Плакат «Женская грудь, анатомия», анатомическая модель «Пищеварительная система, 3 части», тренажер для катетеризации мочевого пузыря (женский), тренажер для катетеризации мочевого пузыря (мужской), фантом-тренажер ухода за стомами, фантом-тренажер ухода за стомой у взрослого, фантом-тренажер для введения назогастрального зонда и трахеостомической трубки Плакат «Гортань: аномалия и патология», инфекции дыхательных путей (плакат), классическая модель сердца (2 части), модель атеросклеротических изменений сосудов с поперечным разрезом артерии, общие сердечные расстройства (плакат), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, тренажер для обучения аускультации и Smart Score, имитатор сердечных тонов и дыхательных шумов. Заболевания среднего уха (плакат), риниты и синуситы (плакат), гортань: аномалия и патология (плакат), модель для обследования уха, карманный отоскоп, тренажер для эндоскопии носа и горла, фантом-симулятор для офтальмоскопии.
Кабинет 2 (Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение.Смена повязок. Уход за пролежнями.	Тренажер вагинальных исследований, модель «Женский таз и тазовое дно», гинекологический тренажер, расширенная версия фантома родов, фантом гинекологический "Ева", базовая версия фантома

<p>Наложение и снятие швов. Катетеризация центральных и периферических вен. Плевральная пункция. Люмбальная пункция.)</p>	<p>родов, фантом для отработки навыков гинекологического обследования. Модель для обучения наложению повязок, набор для имитации несчастного случая, многофункциональный манекен для ухода за больными и базовой СЛР "ВиртуМЭРИ". Рука для тренировки наложения швов, муляж ткани для отработки прошивания, тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей. Рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен. Классический гибкий позвоночник с ребрами, фантом отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом верхней части туловища для отработки навыков плеврального дренажа.</p>
<p>Кабинет 3 (Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей)</p>	<p>Плакат «Гортань: аномалия и патология», тренажер для крикотиомии, рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, торс электронный для отработки СЛР, фантом для отработки интубации, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, аппарат искусственной вентиляции легких NEFTIS, дефибрилятор Responder, тренажер для в/в инъекций, классическая модель сердца (2 части), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, модель туловища взрослого для обучения мероприятиям СЛР с интерактивным имитатором, тренажер манипуляций дыхательных путей, тренажер реанимации взрослого человека, роторасширитель с кремальерой, языкодержатель Collin, ларингоскоп лампочный (рукоятка с комплектом изогнутых и прямых клинков), клинок "Флеплайт" №3, набор реанимационный Серия Стандарт ICW Н. Тренажер для крикотиомии, фантом для отработки интубации, тренажер манипуляций дыхательных путей.</p>

Разработчик:

Авраменко Е.А., специалист по учебно-методической работе

Рецензент:

Вахитов М.Ш., д.м.н., проф.

Эксперт:

Гостимский А.В., профессор, зав.кафедрой общей медицинской практики ГБОУ ВПО СПбГПМУ