федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Специальность <u>31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия</u> *код, наименование*Кафедра: госпитальной хирургии им. Б.А. Королева

Форма обучения очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Современные аспекты диагностики и лечения сложных нарушений ритма сердца» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Современные аспекты диагностики и лечения сложных нарушений ритма сердца». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Современные аспекты диагностики и лечения сложных нарушений ритма сердца» используются следующие оценочные средства:

| No | Наименование | Краткая характеристика оценочного | Представление |
|----|--------------|---|----------------|
| | оценочного | средства | оценочного |
| | средства | | средства в |
| | | | фонде |
| 1 | Тесты | Система стандартизированных заданий, | Фонд тестовых |
| | | позволяющая автоматизировать процедуру | заданий |
| | | измерения уровня знаний и умений | |
| | | обучающегося | |
| 2 | Ситуационные | Способ контроля, позволяющий оценить | Перечень задач |
| | задачи | критичность мышления и степень усвоения | |
| | | материала, способность применить | |
| | | теоретические знания на практике. | |

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

| Код и формулировка компетенции | Этап формирования компетенции | Контролируемые разделы дисциплины | Оценочные средства |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------|
| ПК-1, ПК-2, | | Раздел 1. Общие вопросы диагностики и лечения нарушений ритма сердца | ситуационные задачи |
| ПК-3 | | Раздел 2. Современные аспекты диагностики и лечения нарушений ритма сердца | ситуационные задачи |
| | | Раздел 3. Хирургическое лечение нарушений ритма сердца и жизнеугрожающих аритмий | ситуационные задачи |
| ПК-1, ПК-2, ПК-3 | Промежуточн ый | Все разделы дисциплины | Тестовые задания |

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестов.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3

| | Код | Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса |
|---|--------|--|
| | | + |
| Н | - | 001 |
| Φ | A/01.8 | Способен проводить обследования пациентов в целях выявления |
| | | заболеваний и (или) патологических состояний сердечно- |
| | | сосудистой системы, требующих хирургического лечения |
| Φ | A/02.8 | Способен назначать и проводить лечения пациентам с |
| | | заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно- |
| | | сосудистой системы, требующими хирургического лечения, |
| | | контроль его эффективности и безопасности |
| Φ | A/04.8 | Способен проводить анализ медико-статистической информации, |
| | | ведение медицинской документации, организация деятельности |
| | | находящегося в распоряжении медицинского персонала |
| Φ | A/05.8 | Способен проводить и контролировать эффективность |
| | | мероприятий по профилактике и формированию здорового образа |
| | | жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения |
| Н | _ | 001 |
| | | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ |
| И | - | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| | | Больной В. 64 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при |
| | | умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, |
| | | перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области |
| | | сердца, отечность нижних конечностей, снижение |
| | | работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с |
| | | повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. |
| | | Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. Считает себя |
| | | больным с 2015 года, когда впервые появился дискомфорт в |
| | | области сердца. Больной ничем не лечился, никуда не обращался. |
| | | Ухудшение состояния, в виде прогрессирования боле за грудиной, |
| | | одышки в течении последнего месяца, в связи с чем больной был |
| | | консультирован в поликлинику №1. По данным СКГ от 01.11.16г.: |
| | | гемодинамически значимых сужений коронарных артерий не |
| | | обнаружено. |
| | | При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. |
| У | _ | Положение активное. Кожа и видимые слизистые |
| | | физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не |
| | | увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов |
| | | нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с |
| | | ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый |
| | | систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на |
| | | сосуды шеи. АД 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. |
| | | Печень не увеличена. Периферических отеков нет. |
| | | Физиологические отправления в норме. |
| | | ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 57. Блокада ПНПГ. |
| | | ЭхоКГ: ЛП: 33/50 КДР: 52 КСР: 32 КДО 143 КСО 55 ФВ: 62% |
| | | тЗСЛЖ: 14/15 тМЖП: 16/16 Аортальный клапан: створки не |
| | | дифференцируются, распространенный кальциноз. ФК 26 мм. |
| | | Регургитация: І ст. Градиент давления: 98/60 мм рт.ст. |
| | | Митральный клапан: очаговые кальцинаты по кольцу, в |
| | | подклапанных структурах. Регургитация: І ст. Трехстворчатый |

| | _ | |
|-----|---|---|
| | | клапан: створки не изменены. Регургитация: нет. расчетное |
| | | давление в ЛА 25 мм.рт.ст. Доп. Особ.: Тахикардия с ЧСС 97 |
| | | ударов в минуту. Полость перикарда не расширена. |
| | | Сократительная способность миокарда ЛЖ равномерная, зон |
| | | гипокенеза не выявлено. Признаки кардиосклероза. Жидкость в плевральных полостях не лоцируется. |
| | | ХЭКГ: регистрировался регулярный синусовый ритм с ЧСС 48 – |
| | | 91 в минуту, с тенденцией к брадикардии в ночной период |
| | | времени. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные |
| | | экстрасистолы с нормальным проведением. В течении всего |
| | | периодла наблюдалась полная блокада ПНПГ и связанные с ней |
| | | изменения сегмента ST-T в отведениях V1, V2, V5. Пауз ритма |
| | | больше 2 сек не было. |
| | | |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз |
| 2 | | Аортальный стеноз. Са III. Относительная коронарная |
| Э | - | недостаточность. НК II А, ФК III. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью. |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Характеристика метода, который позволяет верифицировать |
| Ь | 2 | диагноз порока сердца (аортальный стеноз). |
| | | Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное |
| | | или транспищеводное. Метод позволяет оценить состояние камер |
| | | сердца, сократительную способность миокарда определяемую |
| | | главным образом по ФВ (в норме не менее 50 %), состояние |
| | | клапанного аппарата сердца, в частности структур аортального |
| | | клапана и корня аорты (количество створок, их подвижность; |
| Э | _ | эффективную площадь открытия створок аортального клапана, |
| | | фиброзное кольцо клапана, которое необходимо для |
| | | предоперационного подбора типоразмера протеза клапана и |
| | | выработки тактики оказания хирургического пособия; |
| | | трансклапанный градиент давления (показанием к операции |
| | | является градиент давления более 50 мм рт.стт.); наличие каьциноза и его степень (выделяют 3 степени кальциноза); |
| | | наличие регургитации и т.д. |
| P2 | | 1 11 |
| ΓΔ | - | Характеристика метода дана в полном объеме Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего |
| P1 | - | тромба |
| P0 | | Данный метод не указан |
| 1 0 | | данный метод не указан |
| В | 3 | Укажите основные причины развития данной патологии |
| | | Дегенеративные пороки аортального клапана (связаны с |
| | | прогрессированием атеросклеротичеких процессов и нарушением |
| | | минерального обмена) |
| Э | - | Врожденные пороки аортального клапана (двустворчатый |
| | | артальный клапан) |
| | | Ревматизм |
| Ī | | Инфекционный эндокардит |

| P2 | _ | Основные причины указаны верно. |
|----------|--------------|---|
| P1 | | Указаны не все причины. |
| P0 | | Причины не указаны. |
| | | При инивине указаны. |
| В | 4 | Назовите степени кальциноза. |
| | | Кальциноз 1 степени: очаговые кальцинаты створки аортального |
| | | клапана. |
| | | Кальциноз 2 степени: кальциноз створки аортального клапана не |
| Э | - | выходящий за пределы фиброзного кольца. |
| | | Кальциноз 3 степени: массивный кальциноз, выходящий за |
| | | пределы фиброзного кольца, с переходом на МЖП, створку |
| | | митрального клапана. |
| P2 | - | Все варианты указаны в полном объеме |
| P1 | - | Не указан один из типов кальциноза |
| P0 | - | Не указаны два и более типов кальциноза |
| | | |
| | | Какие виды искусственных протезов существуют на данный |
| В | 5 | момент и какой из них показан для имплантации данному |
| | | пациенту? |
| | | На данный момент для протезирования аортального клапана |
| | | используются следующие типы протезов: |
| | | Биологические протезы клапанов сердца – представляют собой |
| | | протез, частично состоящий из бычьего перикарда или клапана |
| | | аорты свиньи, специально обработанных химически для придания |
| | | биологической инертности и наружного стента для закрепления в |
| | | просвете клапана. Требуют приёма антикоагулянтов только в |
| | | первые три месяца после операции. |
| | | Механические протезы – существует множество конструкций |
| | | таких протезов, но наиболее совершенными и используемыми |
| Э | - | являются двустворчатые клапаны с запирающим элементом в виде |
| | | двух симметрично расположенных полукруглых створок на |
| | | шарнирах. Они имеют высокую долговечность, сравнительно тихо |
| | | работают, при замене митрального клапана скорость износа |
| | | практически не меняется. Монтируются только посредством |
| | | операции на открытом сердце. Создают необходимость в приёме |
| | | антикоагулянтов в течение всей жизни. |
| | | Для данного пациента, учитывая возрастные риски развития |
| | | тромбо-гемморагических осложнений на фоне постоянного приема оральных антикоагулянтов показана имплантация биологического |
| | | |
| P2 | | протеза. |
| P2 P1 | | Все виды протезов указаны в полном объеме |
| | - | Допущены погрешности в описании типов протезов |
| P0 | - | Ответ неверный: не указаны типы протезов и их характеристики. |
| Н | | 02 |
| 11 | | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ |
| И | - | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| | | Больной А. 24 лет предъявляет жалобы на значительную одышку |
| У | _ | при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, |
| _ | | перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области |

сердца, отечность нижних конечностей до уровня лодыжек, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/20 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе гипертоническая болезнь с 14 лет, с максимальным подъемом АД до 180/20 мм рт.ст. Считает себя больным с 2009г., когда при прохождении планового медосмотра по линии РВК по данным ЭхоКГ был диагностирован врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан без признаков стенозирования. Больной консультирован в СККБ. По характеру заболевания было показано амбулаторное наблюдение в условиях клиники. В ноябре 2016г., после перенесенной ОРВИ стал отмечать лихорадку с повышением температуры тела до 400С., по поводу чего самостоятельно принимал антибиотики и НПВС. В связи с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больной обследован в инфекционной больнице по месту жительства. Обследование на маркеры по поводу лихарадки неясного генеза – маркеры отрицательные. В марте 2017г. находился на лечении в ОБКБ имени Н.А.Семашко с диагнозом: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2-3. Вторичный ИЭ аортального клапана. Больной консультирован в СККБ. По данным контрольной ЭхоКГ от 29.03.17г. данных за инфекционный эндокардит аортального клапана нет. Проведение ЧпЭхоКГ по техническим причинам проведено не было. Больной был выписан на амбулаторное лечение кардиолога по месту жительства. Ухудшение состояния, в виде повторных эпизодов подъема температуры до 380С с мая 2017г. Больной повторно был кгоспитализирован в ОБКБ имени Н.А.Семашко.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 87. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/ж блокала

ЭхоКГ: ЛП: 49/45 КДР: 79 КСР: 53 КДО/КСО – 266/116 ФВ: 56% тЗСЛЖ: 10/17 тМЖП: 11/15 Аортальный клапан: ФК – 29 мм, 2 створки, рыхлые, утолщены, пролабирует передняя створка. Регургитация II ст. Митральный клапан: ФК – 34 мм, флотирующие наложения на передней створке в проекции заднее – медиальной комиссуры, фенестрация передней створки. Регургитация: III. Трикуспидальный клапан: створки тонкие. Регургитация: нет. Среднее давление в легочной артерии 34 мм рт.ст. Дополнительные особенности: Дилатация предсердий. Сократимость ЛЖ равномерная. Расширение полости перикарда до 8 мм. В плевральных полостях жидкость не лоцируется. Селезенка – очаговых изменений нет.

ФГДС: гастрит без атрофии слизистой. Тест на HP отрицательный. LE – клетки: не найдены.

Посев крови на стерильность: роста нет.

УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия. Кальцинат печени. Диффузные изменения печени. Признаки хронического бескаменного холецистита. Деформация, застойные явления в желчном пузыре. Спленомегалия.

В 1 Сформулируйте диагноз

| | | H1 |
|----------------------|-------------|--|
| 1 | | Инфекционный эндокардит с поражением аортального, |
| I | | митрального клапанов подострого течения. Недостаточность |
| | | аортального клапана. Недостаточность митрального клапана. |
| Э | _ | Нарушение ритма по типу пробежек наджелудочковой |
| | | тахикардии. НК IIБ, ФК III. |
| | | Сопутствующий: Артериальная гипертензия III, ст. III, риск 4. |
| | | Хронический холецистопанкреотит, ремиссия. Железодефицитная |
| | | анемия, легкой степени тяжести. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | _ | Диагноз поставлен неполностью. |
| P0 | _ | Диагноз поставлен неверно. |
| | | The state of the s |
| | | Характеристика метода, который позволяет верифицировать |
| В | 2 | диагноз порока сердца (аортальный стеноз). |
| | | Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное |
| | | или транспищеводное. Данный метод позволяет оценить |
| | | |
| 2 | | подвижность створок клапана, оценить нарушения |
| J | - | внутрисердечного тока крови с регургитацией, измерить фракцию |
| | | регургитации, давление в легочной артерии, определить фракцию |
| | | выброса крови в аорту, измерить эффективную площадь отверстия |
| D.0 | | регургитации. |
| P2 | - | Характеристика метода дана в полном объеме |
| P1 | _ | Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего |
| | | тромба |
| P0 | _ | Данный метод не указан |
| | | |
| В | 3 | Укажите классификацию инфекционного эндокардита. |
| | | В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим |
| | | особенностей антибактериальной терапии инфекционные |
| | | эндокардиты подразделяют на следующие основные категории: |
| | | инфекционный эндокардит естественных клапанов; |
| | | 1 1 1 |
| | | инфекционный эндокардит у наркоманов, использующих в/в путь |
| | | введения наркотических веществ; |
| | | |
| | | введения наркотических веществ; |
| | | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) |
| | | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: |
| Э | _ | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — |
| Э | _ | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый |
| Э | _ | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной |
| Э | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и |
| Э Р2 | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии. |
| Э <u>Р2</u> Р1 | - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии. Пункты классификации указаны верно |
| Э Р2 Р1 Р0 | - - - | введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии. |

| В | 4 | Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита. |
|----|---|---|
| | | Первую большую группу составляют острые инфекционные |
| | | заболевания: грипп, пневмонии, туберкулез, сепсис. Эти диагнозы |
| | | ставят с одинаковой частотой у лиц молодого, среднего и |
| | | пожилого возраста. |
| | | Ко второй группе заболеваний, которые ошибочно диагностируют |
| | | у больных ИЭ, относятся ревматизм, системная красная волчанка, |
| | | реже узелковый периартериит. |
| | | Третья группа ошибочных диагнозов включает предположение о |
| Э | - | лимфопролиферативных заболеваниях, но чаще о злокачественных |
| | | опухолях различной локализации, особенно у лиц пожилого и |
| | | старческого возраста. Основанием для ошибочной диагностики |
| | | являются повышение температуры тела, нарастающая общая |
| | | слабость, снижение массы тела, анемия, повышение СОЭ Сходная, |
| | | с первичным подострым инфекционным эндокардитом, клинико- |
| | | лабораторная картина может наблюдаться у лиц пожилого и |
| | | старческого возраста при наличии у них таких заболеваний, как |
| | | простатит, пиелонефрит, холецистит. |
| P2 | - | Все варианты указаны в полном объеме |
| P1 | | Не указана одна из групп заболеваний, дифференцируемых с |
| PI | - | инфекционным эндокардитом. |
| P0 | - | Не указан ни один из пунктов. |
| | | |
| В | 5 | Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита |
| Б | 5 | (усовершенствованные) |
| | | В состав усовершенствованных больших DUKE-критериев вошли: |
| | | 1. Положительная гемокультура из 2-х раздельных проб крови (не |
| | | зависимо от вида возбудителя), взятых с интервалом в 12 ч; или во |
| | | всех 3-х; или в большинстве проб из 4-х и более посевов крови, |
| | | взятых с интервалом в один и более часов; |
| | | 2. Эхокардиографические признаки (МВ, абсцесс или дисфункция |
| | | протеза клапана, появление регургитации). |
| | | В состав уточнённых малых DUKE-критериев вошли: |
| | | 1. Предшествующее поражение клапанов и (или) внутривенная |
| | | наркомания, |
| | | 2. Лихорадка свыше 38°C, |
| | | 3. Сосудистые симптомы (артериальные эмболии, инфаркты |
| Э | - | лёгких, микотические аневризмы, интракраниальные |
| | | кровоизлияния, симптом Лукина), |
| | | 4. Иммунологические проявления (гломерулонефрит, узелки |
| | | Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор), |
| | | 5. Увеличение размеров селезёнки, |
| | | 6. Анемия (снижение гемоглобина менее 120 г/л). Диагноз ИЭ |
| | | является достоверным при определении 2-х больших критериев, 1- |
| | | го большого и 3-х малых, либо - 5-ти малых. В |
| | | усовершенствованных критериях первым большим признаком |
| | | является многократное выделение возбудителя не зависимо от его |
| | | вида (объединён первый большой с пятым малым DUKE- |
| | | критерием). Дополнительно введен малый критерий - |
| | | спленомегалия. |

| P2 | _ | Все виды критериев указаны в полном объеме |
|----|---|--|
| P1 | _ | Допущены погрешности в описании критериев. |
| P0 | _ | Ответ неверный: не указано ни один критерий. |
| | | The state of the s |
| Н | _ | 03 |
| | | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ |
| И | - | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Больной М. 24 лет предъявляет жалобы на длительную лихорадку, выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, на чувство дискомфорта в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе употребление в/в опиоидов с 16 лет. Считает себя больным с 23.05.15 года, когда впервые появилась одышка, продуктивный кашель с мокротой слизистого характера, подъем температуры до 38,5С., в связи с чем, находился на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГКБ №2 г. Дзержинск с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. В ходе обследования, по данным ЭхоКГ от 27.05.15г., обнаружены признаки инфекционного эндокардита с поражением трехстворчатого клапана. 24.06.2015г по жизненным показаниям выполнена операция - протезирование трикуспидального клапана (биопротез «ЮниЛайн»-26, №28000914), санация правых отделов сердца. Через 2 месяца после выписки отметил подъем температуры до 40° с потрясающим ознобом. До настоящего времени трижды обследовался и лечился в б-це №2 г.Дзержинска (последняя госпитализация в апреле 2016г.). Принимал антибиотики (названий не помнит). |
| D | 1 | Change way was an anapany way was a warve a |
| В | 1 | Сформулируйте предварительный диагноз |
| Э | - | Протезный эндокардит трикуспидального клапана, подострое течение. НК IIБ, ФК III. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью. |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | Какие методы дообследования необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза. |
| Э | - | Лабораторные данные: ОАК, ОАМ, б/х, посев крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам. Инструментальные данные: ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ, Рентгенографию органов гр.клетки (для уточнения состояния легких на предмет развития гнойно-септических осложнений). |
| P2 | - | Методы дообследования даны в полном объеме |
| P1 | - | Недостаточно обосновано значение методов дообследования |
| P0 | | Методы не указаны. |
| | | |
| В | 3 | Укажите классификацию инфекционного эндокардита. |

| | T | |
|----|---|--|
| | | В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим |
| | | особенностей антибактериальной терапии инфекционные |
| | | эндокардиты подразделяют на следующие основные категории: |
| | | инфекционный эндокардит естественных клапанов; |
| | | инфекционный эндокардит у наркоманов, использующих в/в путь |
| | | введения наркотических веществ; |
| | | инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) |
| | | клапанов: |
| | | ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — |
| | | чаще вследствие контаминации клапанов или в результате |
| Э | | периоперационной бактериемии; |
| | [| |
| | | поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) |
| | | — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным |
| | | эндокардитом, но более продолжительный инкубационный |
| | | период; может также развиться в результате транзиторной |
| | | бактериемии. |
| | | В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый |
| | | и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее |
| | | существенным является подразделение по бактериальной |
| | | этиологии, так как это определяет выбор АМП и |
| | | продолжительность терапии. |
| P2 | - | Пункты классификации указаны верно |
| P1 | - | Отражены не все пункты классификации |
| P0 | - | Ответ не верный. |
| | | |
| В | 4 | Опишите технику оперативного вмешательства. |
| | | Срединная стернотомия по послеоперационному рубцу (в целях |
| | | профилактики осложнений испльзуется асциляторная пила и |
| | | переферическое подключения аппарата АИК через бедренные |
| | | сосуды до стернотомии). Гемостаз коагуляцией. Рассечен |
| | | перикарда Т-образно и взятие его на держалки. Кардиолиз |
| | | основных структур сердца, необъодимых для подключения |
| | | аппарата АИК. Канюляция аорты и полых вен. Пережатие аорты и |
| | | введение кардиоплегоческого раствора (Консол, Кустадиол в |
| | | |
| | | стандартных дозировках) |
| | | Доступ к трехстворчатому клапану через стенку правого |
| Э | - | предсердия. Иссечение биологического протеза. Тщательная |
| | | механическая и химическая санация кольца, правых камер сердца. |
| | | Обшитие кольца клапана на П-образных швах на прокладках со |
| | | стороны ПЖ и реимплантация протеза. Двурядный шов ПП. |
| | | Восстановление сердечной деятельности Деканюляция полых вен |
| | | и аорты. Контроль гемостаза. Превентивное подшитие электродов |
| | | для ЭКС. Герметизация ран сердца с использованием |
| | | гемостатического материала. Дренажи в полость перикарда и в |
| | | правую плевральную полость. Перикард ушивается наглухо. |
| | | Остеосинтез грудины проволочными швами. Послойный шов |
| | | раны. Йод. Асс. наклейка. |
| P2 | - | Технические аспекты указаны в полном объеме |
| P1 | - | Нарушена последовательность оперативного протокола. |
| | Ī | 1 J |
| | _ | Не указан ни олин из пунктов |
| P0 | - | Не указан ни один из пунктов. |

| В | 5 | Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита |
|-----|---|---|
| | | (усовершенствованные) |
| | | Какой тип искусственного протеза предпочтительно |
| | | имплантировать в позицию трикуспидального клапана и почему? |
| | | Низкие скоростные потоки в правых отделах сердца, риски |
| Э | _ | нарушения режима антикоагулянтной терапии у пациентов |
| | | ведущих асоциальны образ жизни и высокий процент нарушений |
| | | ритма, требующий имплантации временной или постоянной |
| | | системы ЭКС склоняют использовать биологические протезы в |
| | | позиции трикуспидального клапана. |
| P2 | - | Все виды критериев указаны в полном объеме |
| P1 | - | Допущены погрешности в описании критериев. |
| P0 | - | Ответ неверный: не указано ни один критерий. |
| T T | | |
| Н | - | 04 |
| И | _ | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ |
| | | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| | | Больной Р. 68 лет предъявляет жалобы на давящие боли в области |
| | | сердца вне связи с физической нагрузки; на перебои в сердце, |
| | | приступы учащенного сердцебиения; синкопальные состояния, на |
| | | головные боли при повышении АД. |
| | | Анамнез заболевания: Гипертонический анамнез более 20 лет с |
| | | максимальным подъемом АД до 210/110 мм рт.ст. 06.12.2015г. был |
| | | эпизод учащенного сердцебиения на фоне повышения АД, вызвал |
| | | СМП. После инфузии верапамила состояние улучшилось. С |
| | | 12.01.16г. по 23.01.16г. находился на лечении в ОКБ им.Семашко. |
| | | При обследовании по данным Эхо-КГ выявлено объемное |
| | | образование левого предсердия размерами 27х26 мм. |
| | | При осмотре: Состояние в покое удовлетворительное. Сознание |
| | | ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической |
| | | окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. |
| | | Положение активное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, |
| У | | ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, |
| y | - | диастолический шум, с эпицентром на верхушке, с ЧСС 58 в |
| | | минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. |
| | | Печень не увеличена. Периферических отеков нет. |
| | | ЭКГ: левограмма, ритм синусовый, ЧСС 59 в мин. ЭхоКГ: клапанные структуры с очаговыми уплотнениями. В |
| | | 1, 1, 1 |
| | | полости левого предсердия определяется округлое образование |
| | | 43х36 неоднородной плотности с четкими контурами по |
| | | свободному краю, фиксирующееся в верхней части МПП на |
| | | протяжении 1,5 см. |
| | | Общ. ан. крови: Нь 119 г/л; эритр. 3,84х1012/л; цв.пок 0,9; СОЭ 20 |
| | | мм/ч; лейк. 9,6х109/л; палочкояд. 6%; сегм. 48%; эоз. 6%; |
| | | лимфоциты 34%; мон. 6%. |
| | | Ан. мочи: цвет – желт; реакция – щелочная; уд. вес - 1006; |
| | | прозрачность – полная; белок – отр.; сахар – 0,1%; ацетон – отр.; |
| | | лейкоциты — 0-1 в п/зр. |
| | | Биохимические анализы крови: Profile lipid: Cholest B - mg/dL (N |
| | 1 | 81-239); Trigly - mg/dL (N35-169); HDL Cholesterol - mg/dL (N 30- |

| 85); K.A. – (N 1,0-3,0); LDL Cholesterol – (N 65-174); VL 10,1-40,2); RISK IBS-1 – (N до 5,5) K de RITISA – 0,84 (N 0,91-1,75); AIAT – 32,7U/L (N 5,0 AsAT – 27,4U/L (N 5,0-48,0); NDBili (непрямой) – 1,22 г 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) – 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotE – 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/dL (N 10,0-45, - 162mg/dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Э - Пі Объемное образование левого предсердия (миксома?) Ні Р2 - Диагноз поставлен верно. Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч и вторичные (ложные) — источником служат опухоли от сточником служат от сточником сточником служат от сточником сточником сточником сточником сточником | 0-49,0); mg/dL (N Bili (общий) 0); Glucosae |
|---|--|
| К de RITISA — 0,84 (N 0,91-1,75); AIAT — 32,7U/L (N 5,0 AsAT — 27,4U/L (N 5,0-48,0); NDBili (непрямой) — 1,22 г 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) — 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotE — 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL — 23,0mg/dL (N 10,0-45, - 162mg/dL (N 65-110); TP1 — 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н П Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н П Объемное поставлен не полностью. Р2 — Диагноз поставлен не полностью. Р3 — Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | mg/dĹ (N Bili (общий) 0); Glucosae |
| АsAT – 27,4U/L (N 5,0-48,0); NDBili (непрямой) – 1,22 г 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) – 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotE – 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/dL (N 10,0-45, - 162mg/dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н II Р2 – Диагноз поставлен верно. Р1 – Диагноз поставлен не полностью. Р0 – Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | mg/dĹ (N Bili (общий) 0); Glucosae |
| 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) — 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotE — 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL — 23,0mg/dL (N 10,0-45, - 162mg/dL (N 65-110); TP1 — 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). B | Bili (общий) 0); Glucosae |
| — 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL — 23,0mg/dL (N 10,0-45, -162mg/dL (N 65-110); TP1 — 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н В 2 Диагноз поставлен верно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | 0); Glucosae |
| - 162mg/dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5). В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н П Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| В 1 Сформулируйте предварительный диагноз Объемное образование левого предсердия (миксома?) Н П Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | ІК: ІІА ФК: |
| Объемное образование левого предсердия (миксома?) На П Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | ІК: ІІА ФК: |
| Объемное образование левого предсердия (миксома?) На П Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | ІК: ІІА ФК: |
| П Р2 Диагноз поставлен верно. Р1 Диагноз поставлен не полностью. Р0 Диагноз поставлен неверно. Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | НК: IIA ФК: |
| Р2 - Диагноз поставлен верно. Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| Р1 - Диагноз поставлен не полностью. Р0 - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| РО - Диагноз поставлен неверно. В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| В 2 Укажите основные гипотезы происхождения миксом. Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| происхождению различают первичные миксомы (истин которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | По |
| которые развиваются непосредственно из тканей сердеч | |
| | |
| TO DESCRIPTION CHOICE MCTOTORING CHEVAGA UNIVACINA | |
| органов, клетки из кожных новообразований, надпочеч | |
| Истинные новообразования отличаются высоким солер | |
| - гиалуроновой кислоты, именно она придает опухоли | |
| желеобразную консистенцию. Некоторые ученые счита | иот что |
| миксома сердца представляет собой видоизменившийся | |
| Более современные данные связывают опухоль с воздей | |
| вирусов. К ним относят 3 типа папилломы человека, Эп | |
| Барр и герпеса. | іштеин- |
| P2 - Характеристика гистогенеза дана в полном объеме | |
| Р1 - Недостаточно отражена морфология новообразования | |
| РО - Ответ неверный. | |
| го - ответ неверный. | |
| В 3 Охарактеризуйте макроскопический вид миксомы. | |
| При макроскопическом обследовании различают два ви | ила миксом. |
| | |
| 1. Бесцветная полупрозрачная опухоль, имеюща | |
| основание. Она плотно прилегает к стенке, им | пеет мягкую |
| консистенцию. | n |
| 2. Круглое полипообразное образование на ножке. | эта опухоль |
| гораздо плотнее первой. | - 6 |
| Поверхность миксомы гладкая. Внутри находится желе | |
| масса, в которой мало клеточных элементов. Иногда об | |
| Э могут обызвествляться с последующим окостенением. І | |
| происходит с очень «пожилыми» миксомами. Кровью о | |
| снабжаются посредством различных сосудов: капилляр | |
| I I Ідруга Ідруга Турін опууспы породі на уруджав нео обяван | яет ее |
| артериол. Ткань опухоли довольно хрупкая, что объясн | |
| частую эмболизацию (отрыв отдельных участков). | |
| частую эмболизацию (отрыв отдельных участков). Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные раз | - |
| частую эмболизацию (отрыв отдельных участков). Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные раз одного до нескольких сантиметров. Кажется, какой вред | д может |
| частую эмболизацию (отрыв отдельных участков). Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные раз одного до нескольких сантиметров. Кажется, какой вред нанести маленькое доброкачественное образование? В о | д может общем, |
| частую эмболизацию (отрыв отдельных участков). Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные раз одного до нескольких сантиметров. Кажется, какой вред | д может общем, |

| | | обследования пациента. Но опасность в том, что рано или поздно |
|-----|---|---|
| | | они вырастают. «Застарелые» образования диагностировать, |
| | | конечно, легче. Они больше по размерам и проявляются |
| | | характерными клиническими признаками. Но, к сожалению, |
| | | именно они приводят к грозным осложнениям. |
| P2 | - | Миксома, ее макроскопические типы описаны в полном объеме. |
| P1 | - | Описан один из типов миксомы. |
| P0 | - | Нет сходства с вышеизложенными подтипами. |
| | | |
| В | 4 | Укажите факторы риска развития миксом. |
| | 7 | Пол – женщины болеют чаще; |
| | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| Э | - | Возраст –30-60 лет; |
| | | Аналогичные заболевания у родственников; |
| D.0 | | Онкологические заболевания |
| P2 | - | Все варианты указаны в полном объеме |
| P1 | - | Указаны не все факторы риска |
| P0 | - | Не указан ни один из факторов риска. |
| | | |
| В | 5 | Укажите основные методы диагностики миксом сердца. |
| Э | | Электрокардиография. Именно с этой процедуры врач начинает кардиологическое обследование пациента. По данным ЭКГ нельзя поставить точный диагноз, но определенные выводы сделать можно. Например, гипертрофия предсердий, часто сопровождающая миксому, фиксируется электрокардиографом, как и синусовый сердечный ритм. Чем выше стеноз (сужение отверстий), тем больше выражена степень изменений ЭКГ. Фонокардиография. Этим исследованием определяется расщепление І тона, что происходит из-за неполного освобождения предсердий при опухоли. Если имеется миксома левого предсердия, то отмечается диастолический шум, а также отсутствует тон открытия митрального клапана. Рентгенологическое исследование. Этот метод позволяет обнаружить изменение ширины полости левого предсердия и отсутствие выбухания его ушка (при левопредсердном размещении миксомы). Полости сердца могут быть равномерно увеличенными. Отчетливо виден на ренттеновском снимке кальциноз. Эхокардиография. Это самый информативный метод. Он входит в предоперационное обследование пациентов. Если опухоль локализована в левом предсердии, то во время исследования появляется «облачко» эхоситнала, перемещающееся из предсердия в желудочек и наоборот. Эхосигнал четкий, так как капсула миксомы гладкая. При других же патологиях отмечается некоторая «размытость» сигнала. По данным ЭхоКГ можно с большой долей вероятности определить размеры опухоли. Ультразвуковое исследование. Можно увидеть подвижное эхогенное образование внутри полости. При этом методе миксому необходимо дифференцировать от |

| P2 P1 P0 | - - | внутриполостного тромба, который при проведении тромболитической терапии должен уменьшаться. 6. Ангиография. Метод, получивший в последнее время широкое распространение. Контрастное вещество может вводиться как в правое предсердие (при соответствующей локализации миксомы), так и в сосуды. Все виды обследований указаны в полном объеме Допущены погрешности в описании методов обследования Ответ неверный: нет четкого понимания в назначении методов | |
|----------------|--------|---|--|
| | | дообследования. | |
| Н | - | 05 | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ | |
| У | - | Больной Х. 37 лет предъявляет жалобы на незначительную одышку при выраженной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности. З анамнеза ревматизма в анамнезе нет. С юности беспокоили арушения ритма по типу синусовой аритмии. Считает себя больным февраля 2017г., когда впервые отметил появление пароксизмов с оследующим возникновением постоянной формы фибрилляции редсердий. При осмотре: состояние в покое удовлетворительное. Тоны сердца: ритмичные. Шумы: систолический шум на верхушке, проводится в подмышечную впадину. АД: 110/70 мм рт.ст. ЧСС: в мин. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ: нормограмма, фибрилляция предсердий с ЧСС = 78 в мин. Очаговая в/желудочковая блокада. Изменения процессов реполяризации. Суточное мониторирование ЭКГ: ритм, фибрилляция предсердий с средней ЧСС 55 в мин (от 20 до 135 в мин). Наиболее удлиненный интервал R-R - 2,6 сек, всего пауз - 7245. Эктопическая активность: вентрикулярная — 4, все одиночные. Ишемические события не зарегистрированы . ЭхоКГ.ЛП: 41х53 ПП: 34х43 ПЖ: 15х20 КДО: 137 КСО: 67 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 9/10 тМЖП: 10/12 Митральный клапан: ств. тонкие, ПС большая пролабирует. ФК: 22 Регургитация: II ст. Аортальный клапан: 3 ств. не изменены. ФК: 25 Регургитация: нет. Трехстворчатый клапан: ств. не изменены, пролабируют. ФК: 29 Регургитация: I ст. Расчетное давление в ЛА: 17 мм рт.ст. | |
| В | 1 | Сформулируйте диагноз | |
| Э | - | Дегенеративный митральный порок. Недостаточность митрального клапана. Постоянная форма фибрилляции предсердий. НК: IIA ФК: II | |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. | |
| P1 P0 | - | Диагноз поставлен не полностью. Диагноз поставлен неверно. | |
| | | | |

| | | Характеристика метода, который позволяет верифицировать | |
|----|---|--|--|
| В | 2 | диагноз порока сердца (аортальный стеноз). | |
| | | Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное | |
| | | или транспищеводное. Данный метод позволяет оценить | |
| | | * ' ' | |
| | | подвижность створок клапана, оценить нарушения | |
| | | внутрисердечного тока крови с регургитацией, измерить фракцию | |
| | | регургитации, давление в легочной артерии, определить фракцию | |
| | | выброса крови в аорту, измерить эффективную площадь отверстия | |
| | | регургитации. В зависимости от этих показателей недостаточность | |
| | | митрального клапана подразделяется на следующие степени: | |
| | | - незначительная недостаточность: фракция регургитации менее | |
| Э | _ | 30% (процент крови, забрасываемой в левое предсердие от объема | |
| | | крови, находящегося в левом желудочке в момент его сокращения); | |
| | | площадь отверстия, через которое забрасывается кровь в | |
| | | предсердие менее 0.2 кв. см; обратная струя крови в предсердии | |
| | | находится у створок клапана и не достигает половины предсердия. | |
| | | -выраженная недостаточность: фракция регургитации 30 – 50%, | |
| | | площадь отверстия регургитации 0.2 – 0.4 кв. см, струя крови | |
| | | заполняет собой половину предсердия. | |
| | | - тяжелая недостаточность: фракция регургитации более 50%, | |
| | | площадь отверстия более 0.4 кв. см, струя крови заполняет все левое | |
| | | предсердие. | |
| P2 | _ | Характеристика метода дана в полном объеме | |
| P1 | _ | Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика | |
| P0 | - | Данный метод не указан | |
| | | | |
| В | 3 | Показания для операции при данной патологии | |
| | - | Операция показана при второй степени порока (выраженная | |
| | | недостаточность) и при второй – третьей стадиях течения процесса | |
| Э | | (суб – и декомпенсации). В стадии выраженной декомпенсации | |
| | | применение хирургического метода лечения остается спорным в | |
| | | силу тяжелого общего состояния, а при терминальной стадии | |
| | | операция строго противопоказана. | |
| P2 | - | Показания к операции указаны верно | |
| P1 | - | Отражены не все показания для операции. | |
| P0 | - | Проведено амбулаторное (консервативное) лечение | |
| | | | |
| В | 4 | Назовите степени недостаточности митрального клапана. | |
| | | Выделяют три степени митральной недостаточности в зависимости | |
| | - | от того, насколько сильно выражена ригургитация. | |
| | | При 1 степени ток крови в левое предсердие незначительный (около | |
| | | 25 %) и наблюдается лишь у клапана. В связи с компенсацией | |
| | | порока пациент нормально себя чувствует, симптомы и жалобы | |
| | | отсутствуют. ЭКГ не показывает никаких изменений, при | |
| Э | | обследовании обнаруживаются шумы при систоле и слегка | |
| | | расширенные влево границы сердца. | |
| | | При 2 степени обратный поток крови достигает середины | |
| | | предсердия, крови забрасывается больше — от 25 до 50 % . | |
| | | Предсердие не может вытолкнуть кровь без повышения давления. | |
| | | Развивается легочная гипертензия. В этот период появляется | |
| | | одышка, частое сердцебиение во время нагрузок и в покое, кашель. | |
| | | in the state of th | |

| | | He OVE preserve volveying a management that of the property of |
|--|---|---|
| | | На ЭКГ видны изменения в предсердии, при обследовании |
| | | выявляются систолические шумы и расширение сердечных границ: |
| влево — до 2 см, вверх и вправо — на 0,5 см. | | |
| | | При 3 степени кровь доходит до задней стенки предсердия и может |
| | | составлять до 90% систолического объема. Это стадия |
| | | декомпенсации. Наблюдается гипертрофия левого предсердия, |
| | | которое не может вытолкнуть все количество крови. Появляются отеки, увеличивается печень, повышается венозное давление. ЭКГ |
| | | |
| | | показывает наличие гипертрофии левого желудочка и митрального зубца. Прослушивается выраженный систолический шум, границы |
| | | сердца значительно расширены. |
| P2 | | |
| P1 | | Все варианты указаны в полном объеме Не указан одна из степеней. |
| P0 | | Не указань два и более степени недотаточности. |
| 10 | | пе указаны два и облее степени недотаточности. |
| В | 5 | Хирургическое пособие при митральной недостаточности |
| Б | | Недостаточность митрального клапана 2 и 3 степени без серьезных |
| | | изменений створок является показанием для проведения |
| | | пластической операции. Данное лечение проводится без замены |
| | | собственного клапанного аппарата. Виды пластики: |
| | | Различные виды аннулопластик (опорные кольца(жесткие и |
| | | гибкие бэнды), синтетические заплаты, шовная пластика, |
| | | заплаты из аутоперикарда); |
| | | Пластика хорд (неохорды); |
| | | иссечение патологически измененных частей створки клапана |
| | | (различные варианты резекционных пластик (слайдинг |
| | | пластика, резекция патологически измененных фрагментов |
| Э | | створки МК). |
| | - | Оперативное лечение с помощью протезов проводится при грубых |
| | | патологиях клапанного аппарата и при неэффективности |
| | | пластической операции, проведенной ранее. Виды протезов: |
| | | биологический протез изготавливается из сосудов животных |
| | | (аорты), лечение с помощью таких протезов проводится детям и |
| | | женщинам детородного возраста, которые собираются в |
| | | дальнейшем завести детей; |
| | | искусственные (механические) протезы из медицинского |
| | | металла используют в лечении всех остальных групп лиц. |
| | | Оперативное лечение не проводится при тяжелых осложнениях, |
| | | которые могут привести к летальному исходу вскоре после |
| P2 | | операции. Все виды операций указаны в полном объеме |
| P1 | | Допущены погрешности в описании техники операций |
| | | Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в |
| P0 | - | зависимости от уровня поражения |
| | | |
| Н | - | 06 |
| T.T | | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ |
| И | - | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| 1 1 | | Больной И. 48 лет предъявляет жалобы на выраженную одышку в |
| У | - | покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли |
| | | в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость. |

| Из анамнеза: считает себя больну с февраля 2016г., когда ста отмечать отечность левой н/к., болезненность по ходу большо подкожной вены Больной ничем не лечился, за помощью в обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого приступ одышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП бы экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обог легких, единичные сухие хрипы, ЧД — 18 в минуту. Тоны серди приглушены, ритмичны с ЧСС 90 в минуту. Аускультативн | |
|--|--|
| подкожной вены Больной ничем не лечился, за помощью в обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого приступ одышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП бы экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обог легких, единичные сухие хрипы, ЧД — 18 в минуту. Тоны серди | |
| обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого пристулодышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП бы экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоглегких, единичные сухие хрипы, ЧД — 18 в минуту. Тоны серди | |
| одышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП бь экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обок легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серди | |
| экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоглегких, единичные сухие хрипы, ЧД — 18 в минуту. Тоны серди | |
| При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положени активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обок легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серди | |
| активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обок легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серди | |
| легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обок легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серди | |
| легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серді | |
| легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны серді | |
| | |
| input try months, primar find to 100 70 b main yr, 11 yek yabita mbi | |
| выслушивается дующий систолический шум с эпицентром н | |
| | |
| мечевидном отростке, акцент 2 тона над легочной артерии. А | |
| 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень н | |
| пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологически | |
| отправления в норме. | |
| ЭКГ:ритм синусовый регулярный с ЧСС 53. Очаговая в/ж блокад | |
| Субэндокардиальная ишемия по передней, боковой стенке. | |
| Ангиопульмонография: картина тромбоэмболии долевых | |
| сегментарных ветвей обеих легочных артерий, ЛГ. | |
| ЭхоКГ: ЛП: 49/39 КДР: 53 КСР: 35 ФВ: 63% тЗСЛЖ: 9/14 тМЖІ | |
| 14/19 Митральный клапан: створки с очаговыми изменени | |
| Регургитация: нет. Аортальный клапан: створки с очаговыми изменен | |
| регургитация: нет. Аортальный клапан: створки с очаго изменениями. Регургитация: 1 ст. Трехстворчатый клапан: сті | |
| | |
| с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Кровоток в легочно | |
| артерии необструктивного типа. расчетное давление в Л | |
| 47мм.рт.ст., Доп. Особ.: Сократимость равномерная. | |
| В 1 Сформулируйте диагноз | |
| | |
| Тромбоэмболия долевых ветвей легочной артерии. Легочна | |
| гипертензия. ДН 2 степени. Миокардиодистрофия. НК II Б - IV Ф | |
| Сопутствующий: Варикозная болезнь вен н/к. Тромбофлеби | |
| Э - глубоких вен левой нижней конечности. Двухсторонни | |
| коксартроз. ГПОД. ГЭРБ, вне обострения. Язвенная болезн | |
| желудка, вне обострения. Артериальная гипертензия III, ст. III, рис | |
| 4. | |
| Р2 - Диагноз поставлен верно. | |
| Р1 - Диагноз поставлен неполностью. | |
| РО - Диагноз поставлен неверно. | |
| | |
| характеристика метода, который позволяет верифицироват | |
| В 2 диагноз порока сердца(аортальный стеноз). | |
| Основным методом диагностики служит ангиопульмография | |
| Выделяют три основных метода ангиопульмонографии: | |
| | |
| Ангиопульмонография – метод рентгенологической диагностив | |
| состояния лёгочного кровообращения путём введени | |
| Э - рентгеноконтрастных веществ в артерии лёгких. Выделяют общу | |
| и селективную ангиопульмонографию. При обще | |
| DIVERSOR MANAGEMENT MANAGEMENT POWER | |
| ангиопульмонографии контрастное вещество вводят в ство | |
| ангиопульмонографии контрастное вещество вводят в ство лёгочной артерии, при этом заполняются все сосуды малого круг | |

| | | из ветвей лёгочной артерии и оценивается состояние кровотока | |
|----|--------------------------|---|--|
| | | только одного лёгкого или его доли. | |
| P2 | _ | Характеристика метода дана в полном объеме | |
| | | Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего | |
| P1 | - | тромба | |
| P0 | _ | Данный метод не указан | |
| 10 | | Ammon merod ne jindown | |
| В | 3 | Показания для операции при данной патологии | |
| | массивная тромбоэмболия; | | |
| | | ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимое | |
| | | консервативное лечение; | |
| | | тромбоэмболия самой легочной артерии или ее крупных ветвей; | |
| Э | - | резкое ограничение притока крови к легким, сопровождающееся | |
| | | нарушением общего кровообращения; | |
| | | хроническая рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии; | |
| | | резкое снижение артериального давления; | |
| P2 | - | Показания к операции указаны верно | |
| P1 | - | Отражены не все показания для операции. | |
| P0 | - | Проведено амбулаторное (консервативное) лечение | |
| | | | |
| В | 4 | Виды хирургических операций при ТЭЛА. | |
| | | Эмболэктомия – удаление эмбола. Это хирургическое | |
| | | вмешательство проводится в большинстве случаев, при острой | |
| | - | ТЭЛА. | |
| | | Тромбэндартерэктомия – удаление внутренней стенки артерии с | |
| | | прикрепленной к ней бляшкой. Применяется при хронической | |
| | | ТЭЛА. | |
| | | Операция при тромбоэмболии легочной артерии достаточно | |
| | | сложная. Тело пациента охлаждают до 28°C. Хирург вскрывает | |
| Э | | грудную клетку пациента, рассекая его грудину вдоль, и получает | |
| | | доступ к легочной артерии. После подключения системы | |
| | | искусственного кровообращения вскрывают артерию и удаляют | |
| | | эмбол. | |
| | | Часто при ТЭЛА в результате повышения давления в легочной | |
| | | артерии происходит растяжение правого желудочка и | |
| | | трехстворчатого клапана. В этом случае хирург дополнительно | |
| | | проводит операцию на сердце – выполняет пластику | |
| P2 | _ | трехстворчатого клапана. | |
| P1 | - | Все варианты указаны в полном объеме | |
| P0 | - | Не указан один из вариантов хирургического пособия. | |
| PU | - | Не указан ни один тип. | |
| В | 5 | Укажите возможные осложнения ТЭЛА. | |
| - | | остановка сердца и внезапная смерть; | |
| | | инфаркт легкого с последующим развитием воспалительного | |
| | - | процесса (пневмонии); | |
| Э | | плеврит (воспаление плевры – пленки из соединительной ткани, | |
| | | которая покрывает легкие и выстилает изнутри грудную клетку); | |
| | | рецидив – тромбоэмболия может возникнуть повторно, и при этом | |
| | | так же высок риск гибели больного. | |
| | | 1 1 | |

| P2 | | Dag by wy agraewy wy y wagayy y B wa way a 5g ay a | |
|----------------|---|--|--|
| | - | Все виды осложнений указаны в полном объеме | |
| P1 | - | Допущены погрешности в описании осложнений. | |
| P0 | - | Ответ неверный: не указано ни одно осложнение. | |
| Н | | 07 | |
| | | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ | |
| И | - | РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ | |
| У | - | Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцабиения, перебоев в работе сердца, боли в области сердца ноющего, колющего характера, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Акроцианоз. Иктеричность кожных покровов, склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке систолический шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 8 см. от края реберной дуги. Пастозность голеней. Физиологические отправления в норме. В анализах: НЬ-138 г/л, Эр-4,2 х 10 ¹² /л, Le-8,2 х 10 ⁹ /л, Тр-226 х 10 ⁹ /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка с перегрузкой Очаговая в/желудочковая блокада. ЧСС 59 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 65Х42 мм; прав. предсердие 57Х44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: Т _{лиаст} = 9 мм, Т _{сист} = 13 мм. Межжелудочковая перегородка: Т _{лиаст} = 9 мм, Т _{сист} = 12 мм. Аортальный клапан: S= 3,1см². Створки не изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролябирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан — створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан дегочной артерии N. Р _{риш} = 43 мм Нд. | |
| В | 1 | | |
| <u></u> | | Недостаточность митрального клапана, относительная | |
| <mark>Э</mark> | - | недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. Н 11 А-Б 111 КФК | |
| P2 | _ | Диагноз поставлен верно. | |
| P1 | | Не указан тип аневризмы | |
| P0 | - | | |
| PU | - | Диагноз поставлен неверно. | |

| В | 2 | Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии | |
|----------------|---|---|--|
| <mark>Э</mark> | - | Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации. | |
| P2 | ı | Перечислены все факторы | |
| P1 | • | Перечислен все факторы кроме одного | |
| P0 | - | Не указаны два и более факторов | |
| | | | |
| В | 3 | Какие типы операций используются при данной патологии | |
| Э | - | 1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата. | |
| P2 | - | Перечислены все 3 типа | |
| P1 | - | Перечислены 2 типа | |
| P0 | - | Перечислен 1 тип или менее | |
| | | | |
| В | 4 | Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС? | |
| Э | - | Селективная коронарография | |
| P2 | - | Верно | |
| P0 | - | Ответ неверный | |
| | | | |

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень тестовых и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания по дисциплине «Современные аспекты диагностики и

лечения сложных нарушений ритма сердца»:

| Тестовые задания с вариантами ответов | Код | |
|--|-----------|--|
| | компетен | |
| | ции | |
| | (согласно | |
| | РПД) | |
| Аневризма восходящей аорты, характеризующаяся веретенообразным | | |
| расширением проксимального отдела и сужением до нормальных величин | ПК-1, | |
| на уровне брахиоцефального ствола, является следствием | ПК-2, | |
| 1) тупой травмы грудной клетки | ПК-3 | |
| 2) атеросклероза | | |
| 3) ревматического артериита | | |
| 4) сифилиса | | |
| 5) медиоцистонекроза | | |
| Наиболее вероятным этиологическим фактором аневризм дуги аорты | | |
| является | | |
| 1) сифилис | | |
| 2) атеросклероз | | |
| 3) травма | | |
| 4) гипертензия | | |

5) медиоцистонекроз

При ХОЗАНК часто выявляются

- 1) гипертрофия мышц пораженной стороны, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок
- 2) отек голеней, выпадение волос, мацерация кожи, лимфорея
- 3) деформация коленных и голеностопных суставов, частые переломы костей нижних конечностей
- 4) мышечная атрофия, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок

Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризующееся

- 1) поражением преимущественно микроциркуляторного русла с пролиферацией эндотелия и стенозированию просвета сосуда и развитию недостаточности кровообращения
- 2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде повышения проницаемости сосудистой стенки, отечности тканей и нарушения микроциркуляции
- 3) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового разрастания в их стенке соединительной ткани с липидной инфильтрацией внутренней оболочки, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне
- 4) поражением артерий мышечного типа в виде инфильтрации эндотелия липидными включениями, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне

Краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров с формированием участков стеноза, неравномерное или полное отсутствие контрастирования сосуда при окклюзии с заполнением дистального артериальное русло через сеть коллатералей характерно для

- 1) диабетической микроангиопатии
- 2) атеросклеротического поражения артерий
- 3) тромбангиита Бюргера
- 4) синдрома Рейно

По данным эпидемиологических исследований, на долю XO3AHK приходится

- 1) менее 5% всех видов сердечно-сосудистой патологии
- 2) менее 10% всех видов сердечно-сосудистой патологии
- 3) более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии
- 4) более 40% всех видов сердечно-сосудистой патологии

Обязательными компонентами терапии при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей являются

- 1) холестеринснижающая терапия с применением статинов
- 2) инсулинотерапия с применением статинов
- 3) дезагреганты, антикоагулянты и тромболитики
- 4) блокаторы протоновой помпы и простагландин Е

Критическая ишемия конечности — это синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, основными клиническими признаками которого являются

1) боль в покое, купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0.5

- 2) боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4
- 3) боль при ходьбе менее 25 м и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4
- 4) боль в покое, не купируемая ненаркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,1

К эффектам пентоксифиллина относятся

- 1) улучшение пластические свойства эритроцитов за счет снижения в них АТФ, повышение активности фосфодиэстеразы
- 2) снижает активность плазминогена и плазмина, антитромбина III, повышает уровень фибриногена в плазме крови
- 3) активирует миграцию, адгезию и активацию лейкоцитов, повышает выделение свободных радикалов кислорода
- 4) блокирует токсическое действие фактора некроза опухоли TNF-α на клетки эндотелия, цитокин-опосредованную активацию нейтрофилов и адгезию лейкоцитов к эндотелию

Сосудистые реконструктивные операции показаны при

- 1) эффективности терапии при ишемии I ст.
- 2) изолированном поражении дистального и микроциркуляторного сосудистого русла
- 3) неэффективности консервативной терапии, ишемии IIБ-IV ст.
- 4) тяжелой почечной недостаточности и ишемии IIA ст.

Бифуркационное аорто-бифеморальное шунтирование выполняется при

- 1) синдромеЛериша
- 2) тромбозе бедренных артерий
- 3) стенозах внутренних подвздошных артерий
- 4) окклюзии подколенных артерий

Проведение локальной аорто-подвздошной эндартерэктомии возможно при

- 1) диффузном поражении аорты
- 2) изолированном поражении в области бифуркации аорты
- 3) поражении аорты и подвздошных артерий на всем протяжении
- 4) поражении подвздошных и бедренных артерий

Проходимость через 10 лет после аорто-подвздошной эндартерэктомии составляет

- 1) от 12 до 48%
- 2) от 24 до 55%
- 3) от 48 до 77%
- 4) от 62 до 83%

У больных с высоким риском аорто-бифеморального шунтирования из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии при эндоваскулярной коррекции одной подвздошной артерии с перспективой хорошей проходимости возможно выполнение

- 1) билатерального аортоподвздошного шунтирования
- 2) эндартерэктомии из другой подвздошной артерии или унилатерального подвздошно-бедренного шунтирования
- 3) протезирования аорты с эндратерэктомией из контралатеральной подвздошной и обеих бедренных артерий
- 4) перевязки подвздошной артерии с контралатеральной стороны

К открытым реконструкциям относятся

- 1) стентирование артерий
- 2) эндоваскулярная роторная дезоблитерация
- 3) эндоваскулярная баллонная дилатация
- 4) эверсионная эндартер эктомия

Полузакрытаяэндартерэктомия из подвздошных артерий выполняется

- 1) из срединного лапаротомного доступа
- 2) из ретроперитонеального доступа над пупартовой связкой
- 3) на удалении из доступа ниже пупартовой связки
- 4) из подколенного доступа

Для экстраанатомического шунтирования лучше использовать

- 1) аутовену
- 2) аутоартерию
- 3) армированные синтетические протезы
- 4) неармированные синтетические протезы

К экстраанатомическому шунтированию относят

- 1) аорто-подвздошное и подвздошно-бедренное шунтирование
- 2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной
- 3) подмышечно-бедренное и перекрестное бедренно-бедренное шунтирование
- 4) протезирование артерии

При многоуровненых поражениях магистральных артерий

- 1) необходима коррекция в системе притока
- 2) необходима коррекция как в системе притока, так и оттока
- 3) необходима коррекции в системе оттока
- 4) хирургическая коррекция не возможна

В генезе диабетическойангиопатии большую роль играют

- 1) патологические изменения секреции простациклина, цитокинов и тканевого активатора плазминогена
- 2) гиперкальциемия
- 3) гиповитаминоз С и Д
- 4) сохранение способности эритроцитов к конформации

Отличительной особенностью диабетической макроангиопатии сосудов нижних конечностей в сравнении с облитерирующим атеросклерозом у лиц, не страдающих сахарным диабетом, является

- 1) ассимметричность поражения дистальных отделов сосудистого русла, слабаякальцификация стенки артерий
- 2) мигрирующий характер поражения, редкость формирования трофических язв
- 3) поражение как артерий, так и вен, преимущественно дистальных отделов сосудистого русла и симметричность
- 4) более выраженная кальцификация сосудистой стенки, частое поражение дистальных отделов сосудистого русла и симметричность

Роль курения как этиологического фактора атеросклероза сводится к

- 1) повреждению эндотелия с усилением тромбоцитарной агрегации
- 2) повышению уровня ЛПВП
- 3) понижению уровня ЛПНП
- 4) всем перечисленным

Наиболее значимыми факторами риска развития атеросклероза являются

1) сахарный диабет и артериальная гипертензия

- 2) тяжелая почечная недостаточность и язвенная болезнь желудка
- 3) курение и постоянная форма фибрилляции предсердий
- 4) варикозная болезнь вен нижних конечностей и миокардит

Появление в стенке артерии овального или округлого образования различной толщины и протяженности беловатого, перламутрового вида, содержащего липиды, пенистые клетки, вокруг которых происходит разрастание соединительной ткани, соответствует стадии

- 1) липидных пятен
- 2) липидной бляшки
- 3) фиброзной бляшки
- 4) сложной (осложненной) бляшки

К осложненным бляшкам относят структуры, имеющие

- 1) выпуклую форму
- 2) большую протяженность
- 3) пенистые клетки
- 4) кальциноз и кровоизлияния

Основным принципом, позволяющим определить гемодинамическую значимость стеноза, является

- 1) величина пиковой систолической скорости
- 2) зависимость между величиной пиковой систолической скорости, характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии
- 3) зависимость между характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии
- 4) соотношение пиковой систолической скорости и степени сужения просвета артерии

К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

- а) склероз артериол*
- б) петлистый артериальный тромбоз
- в) развитие синдрома Лериша
- г) тромбоз бедренной артерии
 - д) акроцианоз

Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью

- а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда
- б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит
- в) предотвратить сердечную недостаточность
- г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда*
 - д) обратить в норму симптом Тинеля

Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопыпротивопоказано в связи с тем, что

- а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции
- б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену
- в) может усилиться болевой синдром
- г) может усилиться интоксикация
- д) может иметь место все вышеперечисленное*

При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является

- а) удаление всех окаймлений ложного мешка
- б) лигирование артерии и вены в четырех местах

- в) широкое рассечение для лигирования коллатералей
- г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы*
 - д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

| Дли за тега | Критерии оценивания | | |
|--|---|---|--|
| Результаты обучения | Не зачтено | Зачтено | |
| Полнота знаний | Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки. | Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки | |
| Наличие умений задач не продемонстрированы основные умения. Имели место место основные умения. Имели место | | Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки. | |
| Наличие навыков (владение опытом) | При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки. | Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки. | |
| Мотивация (личностное отношение) | Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют | Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи. | |
| Характеристика сформированности компетенции | Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение | Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач. | |
| Уровень сформированности компетенций | Низкий | Средний/высокий | |

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

- 1. Иванов Леонид Николаевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва
- 2. Соболев Юрий Алексеевич, к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева