

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**  
**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

Специальность 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия  
*код, наименование*

Кафедра: госпитальной хирургии им. Б.А. Королева

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2022

### **1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»**

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия». 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 «Сердечно-сосудистая хирургия» используются следующие оценочные средства:

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

### **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
УК-1, УК-4, ОПК – 1, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК – 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1 Введение в сердечно-сосудистую хирургию Раздел 2 Заболевания сердца Раздел 3 Заболевания перикарда Раздел 4 Заболевания сосудов Раздел 5 Травмы сердца и сосудов Раздел 6 Опухоли органов сердечно-сосудистой системы Раздел 7. Инфекция в сердечно-сосудистой хирургии	ситуационные задачи, тесты,

		Раздел 8. Цифровые технологии в сердечно-сосудистой хирургии	
УК-1, УК-4, ОПК – 1, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Промежуточн ый	Все разделы	Перечень вопросов в экзаменационны х билетах

#### 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: УК-1, УК-4, ОПК – 1, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	К о д	Текст названи я трудово й функци и/ текст элемент а мини- кейса
Н	-	001
Ф	А / 0 1 . 8	Способ ен провод ить обследо вания пациент ов в целях выявле ния заболе ваний и (или) патолог ических состоян

	ий сердечн о- сосудис той систем ы, требую щих хирурги ческого лечения
Ф	А / 0 2 . 8 Способ ен назнача ть и провод ить лечения пациент ам с заболев аниями и (или) патолог ически ми состоян иями сердечн о- сосудис той систем ы, требую щими хирурги ческого лечения , контрол ь его эффект ивности и безопас ности
Ф	А / 0 Способ ен

	3 8	провод ить и контрол лировать эффект ивность медици нской реабили тации при заболев аниях и (или) патолог ических состоян иях сердечн о- сосудис той систем ы, требую щих хирурги ческого лечения
Ф	А / 0 4 . 8	Способ ен провод ить анализ медико- статист ической информ ации, ведение медици нской докуме нтации, organiz ация деятель ности находя щегося в распоря

		жении медици нского персона ла
Ф		А / 0 5 . 8 Способ ен провод ить и контрол ировать эффект ивность меропр иятий по профил актике и формир ованию здорово го образа жизни, санитар но- гигиени ческом у просве щению населен ия
Ф		А / 0 6 . 8 Способ ен оказыва ть медици нскую помощь в экстрен ной форме
И		- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С</b>

	<b>СИТУАЦИИ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	<p>Мальчик М., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 10 кг), появление одышки и цианоза носогубного треугольника при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза</p>

	известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз, симптомы «барабанных палочек» и «часовых
--	---



	<p>стеклол»</p> <p>.</p> <p>Област ь сердца визуаль но не измене на.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмич ные, ЧСС — 120 ударов в мин, ЧД — 25 в 1 минуту.</p> <p>Вдоль левого края грудин ы выслуш ивается жестки й систоли ческий шум, II тон ослабле н во втором межреб ерье слева.</p> <p>Границ ы относит ельной сердечн ой тупости : левая — по левой среднек лючичн</p>
--	--

	<p>ой линии, правая — по правой парасте рнально й линии, верхняя — П межреб ерье. В легких пуэриль ное дыхани е, хрипов нет. Живот мягкий, безболе зненны й при пальпац ии. Печень и селезен ка не увеличе ны. <i>Общий анализ крови:</i> г ематокр ит — 44% , НЬ — 165 г/л, Эр — <math>5,2 \times 10^{12}</math> /л, Ц.п. — 0,91, Лейк — <math>6,3 \times 10^9</math>/ л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л</p>
--	---

		— 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью, названы не все пороки
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения

		ия диагноз а?
Э	-	УЗИ сердца (с доплеро графии й), рентген ографи я грудной клетки, рентген оконтра стное исследо вание сердца, ЭКГ, АД монито рирован ие.
P2	-	Методы перечис лены в полном объеме
P1	-	Не перечис лены основн ые общекл иническ ие методы исследо вания
P0	-	Метод не указан
В	3	Причин ы появлен ия диффуз ного

		цианоза при этом пороке.
Э		Диффузный цианоз – развивается постепенно, так как при рождении функционирует ОАП, затем развиваются коллатерали. Цианоз проявляется в силу обеднения малого круга кровообращения, за счет право-левого сброса
P2		Причины указаны верно
P1		Отражены не все причины.
P0		Причины назван

		ы не верно
В	4	Назови те анатом ию данного порока?
Э	-	Дефект межжел удочков ой перегор одки, стеноз лёгочно й артерии (инфун дибуля рный), гипертр офия миокар да правого желудо чка, декстра позиция аорты («верхо м» над МЖП).
Р2	-	Анатом ия порока указана в полном объеме
Р1	-	Назван ы не все анатом ические структу ры порока

P0	-	Анатомия указана неверно
B	5	Хирургическое лечение данного порока
Э	-	1. Паллиативная операция Предусматривает наложение системного- легочных анастомозов Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией и легочной артерией является операцией выбора у

	<p>младенцев младше 3 мес.</p> <p>2. Радикальная коррекция Радикальная операция состоит в закрытии и ДМЖП заплатой, устранение инфундулярного стеноза, резекция или пластика ВОПЖ и при необходимости — трансулярной пластикой выводного тракта правого желудочка.</p>
P2	<p>Все виды операций указаны в</p>



		полном объеме
P1		Допущены погрешности в описании техники операций
P0		Ответ неверный: не названы виды оперативных вмешательств
Н		- 002
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Девочка К., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической

	<p>нагрузк е, общую слабост ь, повыше нную утомляе мость, плохо прибыв ает в весе. Анамне з заболеван ия: Врожде нный порок сердца впервы е установ лен в 1 мес. Анамне з жизни: Наслед ственно сть не отягощ ена. Ребёнок от 1 береме нности, протека вшей с токсико зом, угрозой прерыв ания береме нности в начале береме нности, анемие</p>
--	---

	<p>й 1 ст.  Роды  срочны  е, вес  при  рожден  ии  3664г.  Перене  сенные  заболев  ания:  ОРЗ,  пневмо  ния.  Вскарм  ливание  грудное  до 6  мес.  Моторн  ое  развити  е по  возраст  у.  Всегда  плохо  прибыв  ает в  весе.  При  осмотре  :  Состоя  ние  средней  степени  тяжести  .  Сознан  ие  ясное,  положе  ние  активно  е.  Телосл  ожение  правиль  ное,  питание</p>
--	--

	<p>пониженное, снижен тонус и тургор тканей, мышечный тонус. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.</p> <p>Периферически лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 160 в мин. Выслушивается систолический шум по левому краю грудины,</p>
--	---

	<p>акцент 2 тона на ЛА. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень у края реберно й дуги. Отеков нет. ЭКГ: Ритм синусов ый, ЧСС= 150 в мин. Правог рамма. Гиперт рофия правого желудо чка. Очагов ые наруше ния внутри желудо чковой провод имости. Рентген ографи я: Лёгочн ые поля прозрач ные. Лёгочн ый рисуно к усилен за счёт сосудис того</p>
--	--

		компонента. КТК= 59 %, инд. Мура= 32%. Тень сердца расширена за счёт гипертрофии правых отделов. Общий ан.крови: Нв= 106 г/л, Эр.= 3,28 x 10 <sup>12</sup> /л, ЦП=0,9, Ле= 8,2 x 10 <sup>9</sup> /л, п-2, с-36, л-48, э-2, м-12, СОЭ= 7 мм/ч.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки,

		анемия смешан ного генеза лёгкой степени тяжести .
P2		Диагно з - поставл ен верно.
P1		Диагно з - поставл ен не полност ью.
P0		Диагно з - поставл ен неверно .
B	2	Какие дополн ительн ые методы обследо вания следует провест и для уточнен ия диагноз а?
Э		ЭхоКГ, МСКТ с контрас том, - зондиро вание полосте й сердца с

		монометрией при необходимости
P2	-	Методы перечислены в полном объеме
P1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	-	Метод не указан
B	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По локализации: - Перимembrозный ДМЖП - Подarterиальный ДМЖП - Мышечный ДМЖП - Приточ



		ный ДМЖП По размеру : - Рестрик тивный ДМЖП - Нерестр иктивн ый ДМЖП
P2		Класси фикаци я - указана верно
P1		Класси фикаци я - неполна я.
P0		Класси фикаци я - названа не верно
B	4	Диффер енциаль ная диагнос тика порока
Э		Диффер енциаль ный диагноз ДМЖП необхо димо провод ить с порока ми, протека ющими с

		обогащением малого круга кровообращения: с первичным ДМПП, АВК, ОАП с легочной гипертензией.
P2		Все варианты указаны в полном объеме
P1		Варианты указаны частично
P0		Не указан ни один из пунктов .
B	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э		1 Эндова скулярное хирургическое лечение : Предполагает

	закрывает дефект окклюдером. 2 Хирургическое лечение открытым доступом: - Дефект закрывают с помощью заплаты PTFE или ксеноперикарда - Небольшие мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2	Названы все виды операций
P1	Виды операций названы частично
P0	Виды операций

		й назван ы неверно .
Н	-	003
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Родител и с девочко й Ж. 3 месяца, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состоян ие ребенка удовлет ворител ьное, кожные покров ы бледно- розовог о цвета. Ребенок не отстает в физиче

	<p>ском развитии, активен. В анамнезе: шум над областью ю сердца выявлен после рождения ребенка. При осмотре: Область сердца визуаль но не измене на. В легких дыхани е пуэриль ное, ЧД — 35 в 1 минуту. Границ ы сердца не расшир ены. Тоны сердца ясные, ритмич ные, определ яется грубый систоли ческий шум в III-IV</p>
--	---

		межреберье, усиление II тона на ЛА. Пульсация на периферических артериях отчетливая. ЧСС — 126 ударов в мин.,. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врожденный порок сердца, ДМЖП, стеноз ЛА
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Перечислены не все возможные

		вариант ы диагно з а
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какие дополн ительн ые методы обследо вания следует провест и для уточнен ия диагноз а?
Э	-	УЗИ сердца (с доплеро графии й), МСКТ с контрас том, зондиро вание полосте й сердца с мономе трией при необхо димост и
P2	-	Методы перечис лены в

		полном объеме
P1		Не перечис лены основн ые - общекл иническ ие методы исследо вания
P0		Методы - не указаны
B	3	Назвать класси фикаци ю порока
Э		По локализ ации: - Периме мбрано зный ДМЖП - Подарт ериальн ый ДМЖП - Мышеч ный ДМЖП - Приточ ный ДМЖП По размеру : - Рестрик тивный ДМЖП



		- Нерестр иктивн ый ДМЖП
P2		- Класси фикаци я указана верно
P1		- Класси фикаци я неполна я.
P0		- Класси фикаци я названа не верно
B	4	Назвать показан ия к хирурги ческому у лечени ю данного порока
Э		- наличие нерестр иктивн ого ДМЖП с застойн ой сердечн ой недоста точност ью и легочно й гиперте нзие

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие пролапса аортального клапана или недостаточности аортального клапана</li> <li>- наличие всех обоюдных субартериальных дефектов</li> <li>- наличие предшествующих эпизодов бактериального эндокардита.</li> </ul>
P2	<p>Все показания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- указаны в полном объеме</li> </ul>
P1	<p>Показания названы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- частично или не</li> </ul>

		полност ью
P0	-	Показа ния назван ы неверно
B	5	Назвать виды и тактику хирурги ческого лечения
Э		1 Эндова скулярн ое хирурги ческое лечение : Предпо лагает закрыти е дефекта окклюд ером. 2 Хирург ическое лечение открыт ым доступо м: - Дефект закрыва ют с помощь ю заплаты PTFE или ксенопе рикарда - Неболь шие

		мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2		Названы все виды операций
P1		Виды операций названы частично
P0		Виды операций названы неверно.
Н	-	004
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Родители с мальчиком М.

	<p>1          месяц,          пришли          на          осмотр          к врачу.          При          осмотре          состоян          ие          ребенка          удовлет          ворител          ьное,          кожные          покров          ы          бледно-          розовог          о цвета.          Област          ь          сердца          визуаль          но не          измене          на.          Перифе          рически          й пульс          на          верхних          конечн          остях          отчетли          вый, на          нижних          конечн          остях          не          определ          яется.          Тоны          сердца          ясные,          ритмич          ные,          определ          яется          слабый          систоли          ческий</p>
--	---

	<p>шум в межлоп аточной области слева от позвоно чника, ЧСС — 140 ударов в мин, ЧД — 35 в 1 минуту. В легких пуэриль ное дыхани е, хрипов нет. Живот мягкий, безболе зненны й при пальпац ии. Печень и селезен ка не увеличе ны. Измере но АД, которое состави ло 115/65 мм рт.ст. На ногах АД определ ить не удалось . Общий анализ</p>
--	--

		крови: г ематокр ит — 44% , НЬ — 135 г/л, Эр — 5,2x10 <sup>12</sup> / л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,3x10 <sup>9</sup> / л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 8 мм/час.
В	1	Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз
Э	-	Врождё нный порок сердца, коаркта ция аорты
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .

В	2 Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	- УЗИ сердца (с доплерографией), УЗДГ артерий нижних конечностей и почечного кровотока, МСКТ с контрастом, или ангиографию по показанием, измерить транскатанную сатурацию на нижних и верхних конечностях.
Р2	- Методы перечис



		лены в полном объеме
P1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	-	Методы не указаны
B	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По взаимосвязи коарктации с артериальным протоком: 1 - преедуктальный тип 2 юкстадуктальный тип 3 постдуктальный тип
P2	-	Классификация указана верно
P1	-	Классификация

		я неполна я.
P0	-	Класси фикаци я названа не верно
B	4	Назвать показан ия к хирурги ческому у лечени ю данного порока
Э	-	- наличие градиен та более 30 мм рт. ст. в области сужени я аорты - наличие симпто мов СН, устойчи вых к медика ментозн ой терапии - уменьш ение диамет ра аорты более чем на 50% на уровне коаркта

		ции (по данным ЭХО, МРТ, ангиографии) - наличие стабильной АГ устойчивой к медикаментозной терапии.
P2		Все показания - указаны в полном объеме
P1		Показания названы - частично или не полностью
P0		Показания названы - неверно
B	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э	1	Эндоваскулярное хирургическое

	<p>лечение : Предполагает выполнение баллонной дилатации места сужения.</p> <p>2 Хирургическое лечение открытым доступом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец»</li> <li>- резекция коарктации и протезирование аорты</li> <li>- истмопластика аорты, лоскутом из левой подключичной артерии</li> </ul>
P2	Названы все

		виды операци й
P1		Виды операци й назван ы частичн о
P0		Виды операци й назван ы неверно .
H	-	005
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Ребенок , 6 месяцев , жалобы со слов матери на малые прибавк и в весе, одышку при кормле нии.

	<p>Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре беременности, 1 срочных родов. Вес при рождении 3650г. Рост 54 см. Наследственность неотягощена. В течение нескольких месяцев – малые прибавки в весе. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычно</p>
--	--

	<p>й окраски, отеков нет. В легких дыхания епуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 120 уд.в мин., АД на руках – 130/85 мм рт.ст. АД на руках – 70/50 мм рт.ст. Аускультативно – выраженный систолический шум по левому карюю грудин ы, проводящийся в межлопаточную область. Живот мягкий, при пальпации</p>
--	---

	<p>безболе зненны й во всех отделах . Печень +3 см из-под края реберно й дуги, селезен ка не увеличе на. Пульса ция на стопах – не определ яется; на бедрах – резко ослабле на. ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС – 120 в мин. Левогра мма. Гиперт рофия левого желудо чка.</p>
В	<p>1 Предпо ложите наиболе е вероятн ый диагноз .</p>



Э	-	Коаркта ция аорты. Вторич ная артериа льная гиперте нзия 2 ст. НК 2А
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полност ью: не оценена или неверно оценена степень артериа льной гиперте нзии, не учтено наличие недоста точност и кровооб ращени я.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Привед ите дополн ительн ые

	методы обследо вания.
Э	- Необхо димо выполн ение ЭХО КГ сердца, УЗДГ артерий нижних конечн остей и МСКТ грудной клетки с внутрив енным контраст тирован ием. Данные методы диагнос тики позволя ют оценить степень сужени я аорты в зоне переше йка (диамет р аорты, градиен т давлени я), размер ы дуги аорты (оценка степени возмож ной гипопла

		зии), функци ю левого желудо чка. А так же выстави ть показан ия к операти вному лечени ю (Градие нт давлени я выше 50 мм рт.ст.).
P2	-	Метод обоснов ан полност ью
P1	-	Метод обоснов ан не полност ью: Не отмечен ы все принци пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методов диагнос тики и/или не верно определ ены

		показан ия к операти вному лечени ю.
P0	-	Метод обоснов ан или диагноз обоснов ан полност ью неверно .
B	3	Какова тактика лечения .
Э	-	Пациен ту показан а планова я операци я: радикал ьная коррекц ия коаркта ции аорты.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предло жена экстрен ная операци я.
P0	-	Ответ отсутст вует.
B	4	Техник а

		оперативного вмешательства
Э		Основные этапы: доступ к нисходящей аорте левосторонней боковой торактомией, оценка суженного участка протяженности, резекция участка коарктации, выполнение анастомоза «конец в конец».
P2		Основные этапы указаны верно
P1		Указаны не все этапы хирургического вмешательства.

Р0	Ответ неверный: указан другой доступ, предложен другой тип хирургического вмешательства (протезирование участка аорты или обходное шунтирование).
В	Возможные послеоперационные осложнения
Э	Стойкая артериальная гипертензия, рекоарктация, параплегия нижних конечностей, острая почечная недостаточность

		точност ь.
P2	-	Перечи слены все осложн ения
P1	-	Осложн ения перечис лены не полност ью
P0	-	Осложн ения указаны неверно .
Н	-	006
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Мальчи к 2 месяцев , доставл ен в стацион ар машино й «Скоро й помощи » с приступ

	<p>ом судорог .</p> <p>Анамне з жизни: ребенок от I береме нности. Береме нность и роды в срок. На 3 сут начал выслуш иваться шум над область ю сердца. Ребенок был выписа н под наблюд ение педиатр а по мету житель ства. С подозре нием на ВПС ребенок был госпита лизиров ан в стацион ар, где после проведе нного  обследо вания ему</p>
--	---



	<p>был поставлен диагноз : Тетрада Фалло. От операции и родителей мальчика отказались и, в связи со стабильным состоянием, ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра с рекомендацией повторного осмотра через 3 месяца. Анамнез заболевания: через 2 недели после выписки из стационара у</p>
--	---

	ребенка во время беспоко йства стала появлят ься одышка , усилилс я цианоз. Во время одного из таких приступ ов мальчи к потерял сознани е, началис ь судорог и; вызвана машина «Скоро й помощи » При осмотре : состоян ие ребенка очень тяжелое . В сознани и. Крайне беспоко ен. Кожа цианот ичная.
--	---

	В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 88 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. ЧСС 172 уд/мин. Выслушивается систолический шум слабой интенсивности во 2 межреберье слева от грудины. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
В	1 Сформулируйте предварительный диагноз

Э	-	Врождённый порок сердца, Тетрада Фалло, одышечно-цианотический приступ
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите симптомы монокс тетрады Фалло?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундикулярный), гипертрофия

		миокарда правого желудочка, декстра позиция аорты («верхом» над МЖП).
P2	-	Анатомия порока указана в полном объеме
P1	-	Названы не все анатомические структуры порока
P0	-	Анатомия указана неверно
B	3	Описать патогенез данного приступа
Э	-	В основе патогенеза ОЦП — преходящее повышение тонуса лёгочной артерии

		<p>ограничивающее выброс из правого желудочка и усугубляющее обеднение малого круга. Острая гипоксия приводит к стремительному развитию метаболического ацидоза, что еще в большей мере усугубляет спазм сосудов малого круга и гипоксию головного мозга.</p>
P2	-	Патогенез описан верно
P1	-	Патогенез описан

		частично
P0	-	Патогенез описан неверно
B	4	Неотложная помощь при данном приступе
Э	-	1. Успокоить ребенка, расстегнуть стесняющую одежду. Уложить на живот в коленно-локтевое положение (с приведенными к грудной клетке и согнутыми в коленных суставах ногами) 2. Провести ингаляци

	ию увлажн енного кислоро да через маску. 3. При тяжело м приступ е обеспеч ить доступ к вене и назначи ть: 4% раствор натрия бикарбо ната в дозе 4-5 мл/кг (150- 200 мг/кг) в/в медлен но в течение 5 мин; можно повтори ть введени е в полови нной дозе через 30 мин и в течение последу ющих 4 часов под контрол ем рН крови;
--	---



	1% раствор морфин а или промед ола в дозе 0,1 мл/год жизни п/к или в/в (детям старше 2 лет при отсутст вии симпто мов угнетен ия дыхани я); при отсутст вии эффект а ввести медлен но 0,1% раствор обзидан а в дозе 0,1-0,2 мл/кг (0,1-0,2 мг/кг) в 10 мл 20% раствор а глюкоз ы в/в медлен но (со скорост ью 1 мл/мин или 0,005
--	--

	мг/мин) . 4. При судорог ах ввести 20% раствор оксипу тирата натрия 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/в струйно медлен но. 5. При некупи рующе мся приступ е и развити и гипоксе мическ ой комы показан перевод на ИВЛ и экстрен ная паллиат ивная хирурги ческая операци я (наложе ние аортоле гочного анастом оза). Против опказа ны
--	---

		сердечные гликозиды и диуретики!
P2	-	Помощь оказана правильно
P1	-	Помощь оказана частично или с нарушениями стандартов
P0	-	Помощь оказана неверно
И	-	007
	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Юноша 16 лет, поступил в стационар с жалобами на

	<p>одышку при физической нагрузке, головок ружения.</p> <p>Анамнез жизни: при рождении и выслушивался шум сердца. В течении жизни часто болел бронхолегочными и простудными заболеваниями. Анамнез заболевания: в течение последнего года стали беспокоить одышка, головные боли при физической нагрузке.</p>
--	---

	При осмотре : состоян ие стабиль ное. Сознан ие ясное положе ние активно е. Физиче ское развити е нормал ьное. Кожа бледно- розовог о цвета. В легких хрипы не выслуш иваютс я. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмич ные. Выслу шивает ся слабый систоли ческий шум во II-III межреб ерье слева. ЧСС 90 уд/мин., АД
--	---

	<p>110/70. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. ЭКГ. ЭОС отклонена вправо, признак и гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия; неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Рентгенологически выявляется усиление легочного</p>
--	---

		рисунка . В прямой проекц ии сердце увеличе но за счет правого желудо чка, талия сердца сглажен а за счёт выбуха ния вен
В	1	Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз
Э	-	Врождё нный порок сердца, ДМПП
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Назови те диффер енциаль ный диагноз
Э	-	Диффер енциаль

	ный диагноз необхо димо провод ить с изолиро ванным стенозо м легочно й артерии , ДМЖП, аномал ьным дренаж ом легочн ых вен, аномал ией развити я трехств орчатог о клапана Эбштей на.
P2	- Диффер енциаль ный диагноз указан полном объеме
P1	- Диффер енциаль ный диагноз указан частичн о
P0	- Диффер енциаль ный диагноз указан неверно



В	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По анатомической локализации и симптомам различают первичный и вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), а также дефект венозного синуса. Первичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) располагается ниже овальной ямки и является составной

	частью признак а врождё нного порока сердца, называе мого открыт ым АВ- канало м. Вторич ный дефект межпре дсердно й перегор одки (ДМПП ) распола гается в области овально й ямки. Дефект венозно го синуса предста вляет собой такой симпто м как сообще ние верхней полой вены с обоими предсер диями, распола гающее ся над нормал ьной межпре
--	--

		дсердно й перегор одкой
P2	-	Класси фикаци я названа верно
P1	-	Класси фикаци я названа неполн остью
P0	-	Класси фикаци я не названа
B	4	Назвать показан ия к хирурги ческой коррекц ии порока.
Э	-	Сердеч ная недоста точност ь, отстава ние в физиче ском развити и, легочн ые заболеван ия. Гемоди намиче ское показан ие к операци и—

		соотношение легочного кровотока к системному более чем 2:1.
P2	-	Показания названы полностью
P0	-	Показания названы частично
P0	-	Показания не названы
B	5	Описать виды хирургического лечения порока
Э	-	Вторичные дефекты закрываются ушиванием; первичные ДМПП закрывают заплатой из аутоперикарда или

	<p>синтетической ткани с использованием торакотомии и искусственного кровообращения. Эндоваскулярная пластика дефекта с помощью окклюдеров возможна только при вторичном ДМПП размером до 25-40 мм, вокруг которого имеется кайма перегородки, шириной до 10 мм.</p>
P2	<p>Виды операций</p> <p>- описаны полностью</p>

Р0	-	Виды операций описаны частично
Р0	-	Виды операций не названы
Н	-	008
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной И. 68 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения,

	<p>перебои в работе сердца, на чувство диском форта в области сердца, отеchnocть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестаби льность АД с повыше нием до 160/110 мм рт.ст., головн ые боли. Из анамнез а: ревмати зма в анамнез е нет. Впервы е порок аорталь ного клапана был диагнос тирован в 2006г., во</p>
--	--

	<p>время планового мед. осмотра, по поводу чего больно й был направлен на консультацию в СККБ, от которой он воздержался. В последующем отмечает появление чувства дискомфорта в области сердца, незначительную одышку.</p> <p>Больно й ничем не лечился, за помощью не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования</p>
--	---



	ия болей в области сердца с 2015г., в связи с чем находи лся на обследо вании по месту житель ства. При осмотре : состоян ие удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски . Перифе рически е лимфоу злы не увеличе ны. Нормос теник. В легких
--	--

	<p>везикул ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные с ЧСС 76 в минуту. На всей области сердца выслуш ивается грубый систоли ческий шум с эпицент ром над аортой с иррадиа цией на сосуды шеи. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не увеличе на. Перифе рически х отеков нет.</p>
--	---

	<p>             Физиологические отправления в норме.              ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 62.              Гипертрофия ЛЖ.              Изменение процессов реполяризации.              ЭхоКГ: ЛП: 55/43              КДР: 48              КСР: 27              КДО 102              КСО 29              ФВ: 72%              тЗСЛЖ: 13/23              тМЖП: 14/19              Аортальный клапан: 3 створки распространенный кальциноз по периметру с переходом на стенку аорты,           </p>
--	--

	<p>митрально-аортальный контакт.</p> <p>Регургитация: I ст.</p> <p>Градиент давления: 81/43 мм рт.ст.</p> <p>Митральный клапан: очаговые кальцинаты в основании задней створки, створки умеренно уплотнены.</p> <p>Регургитация: I ст.</p> <p>Трехстворчатый клапан: створки не изменены.</p> <p>Регургитация: нет.</p> <p>расчетное давление в ЛА 30</p>
--	---

	<p>мм.рт.с т. СКГ: гемоди намиче ски значим ых стенозо в коронар ных артерий не выявле но. УЗДГ- БЦА: признак и атероск лероза сонных артерий . Гемоди намиче ски значим ых стенозо в не выявле но. Неровн ый ход позвоно чных артерий , гемоди намиче ски значим ый изгиб в первом сегмент е справа. Флебэк тазия</p>
--	--

		ВЯВ справа.
В	1	Сформу лируйте диагноз
Э	-	Аортал ьный стеноз. Са III. Относи тельная коронар ная недоста точност ь. Наруше ние ритма по типу парокси змально й формы фибрил ляции предсер дий. НК II A, ФК III.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полност ью.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Характе ристика

	метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или транспицевоальное. Метод позволяет оценить состояние камер сердца, сократительную способность миокарда определяемую главным образом по ФВ (в норме не

	<p>менее 50 %), состояние клапанного аппарата сердца, в частности структур аортального клапана и корня аорты (количество створок, их подвижность; эффективную площадь открытия створок аортального клапана, фиброзное кольцо клапана, которое необходимо для предоперационного подбора типоразмера</p>
--	--



	протеза клапана и выработки тактики оказания хирургического пособия ; трансклапанной градиент давления (показанием к операции и является градиент давления более 50 мм рт.стт.); наличие кальциноза и его степень ( выделяют 3 степени кальциноза); наличие регургитации и т.д.
P2	- Характеристика метода дана в полном объеме

P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
B	3	Показания для операции и при данной патологии
Э	-	Размер аортального отверстия менее 1 см <sup>2</sup> , Стеноз у детей врожденного характера, Критический стеноз у беременных женщин (используется баллонная вальвулопластика),

		Трансклапанный градиент давления более 50 мм рт.ст. Фракция выброса левого желудочка более 50%, Клинические проявления сердечной недостаточности.
P2	-	Показания к операции указаны верно
P1	-	Отражены не все показания для операции.
P0	-	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4	Назовите

	степени кальцин оза.
Э	<p>Кальци ноз 1 степени : очагов ые кальцин аты створки аорталь ного клапана .</p> <p>Кальци ноз 2 степени : кальцин оз створки аорталь ного клапана не выходя щий за предел ы фиброз ного кольца. Кальци ноз 3 степени : массив ный кальцин оз, выходя щий за предел ы фиброз ного кольца, с переход ом на</p>

		МЖП, створку митрал ьного клапана .
P2		Все вариант ы - указаны в полном объеме
P1		Не указан один из типов кальцин оза -
P0		Не указаны два и более типов кальцин оза -
B	5	Хирург ическое пособие при аорталь ном стенозе
Э		Традиц ионная операци я по замене клапана Традиц ионная операци я по замене клапана являетс я наиболе е распрос

	траненн ой, её преиму щества ми являют ся: высокая эффект ивность и отработ анность методи ки на сотнях тысяч пациент ов. Основн ыми недоста тками являетс я высокая травмат ичность , ведь для замены клапана приход иться рассека ть грудну ю клетку, останав ливать сердце, что влечет за собой сложны й и продол житель ный восстан
--	--

	<p>овитель ный период. В настоя щее время имплан тируют клапан ы двух видов: искусст венный (из специал ьного синтети ческого материа ла и металла ) и биологи ческие (донорс кие или получе нные от животн ых). Биолог ические клапан ы менее долгове чны, но вместе с тем не требую т поддер живаю щей антикоа гулянтн ой (кровер азжижа ющей) терапии .</p>
--	--

	<p>Поэтом у такие клапан ы имплан тируют чаще пожилы м людям или женщи нам, планир ующим в ближай шее время береме нность (с последу ющей заменой клапана на искуст венный ).</p> <p>Баллон ная вальвул опласти ка</p> <p>Баллон ная вальвул опласти ка</p> <p>предста вляет собой вмешат ельство провод имое через артерии рук или ног, что делает</p>
--	---



	<p>ее безболезненной, малотравматичной и может выполняться даже у тех пациентов, для которых проведение общего наркоза невозможно, в том числе ввиду тяжелой сопутствующей патологии.</p> <p>Суть метода заключается в подведении к сердцу специального проводника с воздушным баллоном на конце. Этот баллон под контролем</p>
--	---

	<p>рентген а вводить ся в отверст ие суженн ого аорталь ного клапана и раздува ется. Таким образом , диамет р клапанн ого отверст ия станови тся шире и степень стеноза уменьш ается. Однако, эффект ивность этого метода крайне низкая из-за частого развити я после такой процед уры недоста точност и клапана и быстрог о рециди</p>
--	---

	<p>ва (возобн овления ) стеноза. Именно поэтом у такая операци я провид ится только в тех случаях , когда традици онный метод по различн ым причин ам использ овать нельзя, а степень сужени я значите льная. Переку танная замена аорталь ного клапана Провод ится подобн о вальвул опласти ки, но при этом после разруш ения клапана</p>
--	--

	баллоно м, внутри него развора чивают новый искусст венный клапан, размещ енный на металли ческом каркасе , за счет которог о устройс тво прочно удержи вается в нужном месте. Немот ря на то, что данный метод являетс я малотра вматич ным, он все же имеет сущест венные недоста тки в виде повыше нного риска послеоп ерацион ных осложн ений, в том
--	--

	<p>числе инсульт ов. Кроме того он имеете огромн ое количес тво противо показан ий которы х лишен традици онный — открыт ый метод. Поэтом у использ ование данной методи ки провид ится по строгим медици нским показан иям и желани е пациент ов и хирурго в «обойт ись малой кровью » тут играет второст епенну ю роль.</p>
--	---

P2	-	Все виды операци й указаны в полном объеме
P1	-	Допуще ны погреш ности в описан ии техники операци й
P0	-	Ответ неверн ый: не показан диффер енциро ванный подход в зависим ости от уровня пораже ния
H	-	009
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Большо й В. 64

	<p>лет предъяв ляет жалобы на умерен ную одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебои в работе сердца, на чувство диском форта в области сердца, отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестаб ильность АД с повыше нием до 160/110 мм рт.ст., головн</p>
--	--

	ые боли. Анамне з заболев ания: ревмати зма в анамнез е нет. Считает себя больны м с 2015 года, когда впервые е появилс я диском форт в области сердца. Больно й ничем не лечился , никуда не обраща лся. Ухудше ние состоян ия, в виде прогрес сирован ия боле за грудино й, одышки в течении последн его месяца, в связи
--	---



	<p>с чем          больно          й был          консуль          тирован          в          поликл          инику          №1. По          данным          СКГ от          01.11.1          6г.:          гемоди          намиче          ски          значим          ых          сужени          й          коронар          ных          артерий          не          обнару          жено.          При          осмотре          :          состоян          ие          удовлет          ворител          ьное.          Сознан          ие          ясное.          Положе          ние          активно          е. Кожа          и          видимы          е          слизист          ые          физиол          огическ          ой          окраски          .          Перифе</p>
--	--

	<p>рически е лимфоу злы не увеличе ны. Нормос теник. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслуш ивается грубый систоли ческий шум с эпицент ром над аортой с иррадиа цией на сосуды шеи. АД 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболе зненны</p>
--	--

	й. Печень не увеличе на. Перифе рически х отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. ЭКГ: ритм синусов ый регуляр ный 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 Аортал ьный клапан: створки не диффер енциру ются, распрос траненн ый кальцин оз. ФК
--	---

	26 мм. Регургия: I ст. Градиент давления: 98/60 мм рт.ст. Митральный клапан: очаговые кальцинаты по кольцу, в подклапанных структурах. Регургия: I ст. Трехстворчатый клапан: створки не изменены. Регургия: нет. расчетное давление в ЛА 25 мм.рт.ст. Доп. Особ.: Тахикардия с ЧСС 97 ударов в минуту. Полост
--	--

	<p>ь перикар да не расшир ена. Сократ ительна я способн ость миокар да ЛЖ равном ерная, зон гипокен еза не выявле но. Призна ки кардиос клероза . Жидкос ть в плеврал ьных полостя х не лоциру ется. ХЭКГ: регистр ировалс я регуляр ный синусов ый ритм с ЧСС 48 – 91 в минуту, с тенденц ией к брадика рдии в ночной период времен</p>
--	--

		и. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные экстрасистолы с нормальным проведением. В течение всего периода наблюдения полная блокада ПППГ и связанные с ней изменения сегмента ST-T в отведениях V1, V2, V5. Паузы ритма больше 2 сек не было.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аортальный стеноз.

		Са III. Относи тельная коронар ная недоста точност ь. НК II А, ФК III.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полност ью.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Характе ристика метода, которы й позволя ет верифи цироват ь диагноз порока сердца (аортал ьный стеноз).
Э	-	Основн ым методо м диагнос тики служит

	<p>ЭхоКГ, трансторакальное или трансопицевоидное. 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</p>
--	--



	<p>створок  , их  подвиж  ность;  эффект  ивную  площад  ь  открыт  ия  створок  аорталь  ного  клапана  ,  фиброз  ное  кольцо  клапана  ,  которое  необхо  димо  для  предопе  рацион  ного  подбор  а  типораз  мера  протеза  клапана  и  вырабо  тки  тактики  оказани  я  хирурги  ческого  пособия  ;  транскл  апанной  градиен  т  давлени  я  (показа  нием к</p>
--	--

		операци и являетс я градиен т давлени я более 50 мм рт.стт.); наличие каъцино за и его степень ( выделя ют 3 степени кальцин оза); наличие регурги тации и т.д.
P2	-	Характе ристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недост аточно отраже на ультраз вуковая семиот ика флотир ующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
B	3	Укажит е основн ые причин

	ы развити я данной патолог ии
Э	Дегенер ативны е пороки аорталь ного клапана (связан ы с прогрес сирован ием атероск леротич еких процесс ов и наруше нием минера льного обмена) Врожде нные пороки аорталь ного клапана (двуств орчаты й артальн ый клапан) Ревмат изм Инфекц ионный эндокар дит
P2	Основн ые причин ы указаны верно.

P1	-	Указаны не все причины.
P0	-	Причины не указаны.
B	4	Назовите степени кальциноза.
Э	-	Кальциноз 1 степени : очаговые кальциноз аты створки аортального клапана . Кальциноз 2 степени : кальциноз створки аортального клапана не выходящий за пределы фиброзного кольца. Кальциноз 3 степени : массив

		ный 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
B	5	Какие виды искусственных протезов существуют на данный момент и какой

	из них показан для имплантации данному пациенту?
Э	<p>На данный момент для протезирования аортального клапана используются следующие типы протезов:</p> <p>Биологические протезы клапана в сердца — представляют собой протез, частично состоящий из бычьего перикарда или клапана аорты свиньи, специально обработанных химически для</p>

	<p>придан ия биологи ческой инертно сти и наружн ого стента для закрепл ения в просвет е клапана .</p> <p>Требую т приёма антикоа гулянт о в только в первые три месяца после операци и. Механи ческие протезы — сущест вует множес тво констру кций таких протезо в, но наиболе е соверш енными и использ уемыми являют ся</p>
--	---

	<p>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. Создаю</p>
--	--



	<p>т необхо димост ь в приёме антикоа гулянто в в течение всей жизни. Для данного пациент а, учитыв ая возраст ные риски развити я тромбо- геммор агическ их осложн ений на фоне постоян ного приема оральн ых антикоа гулянто в показан а имплан тация биологи ческого протеза .</p>
P2	<p>- Все виды протезо в указаны в</p>

		полном объеме
P1		Допущены погрешности в описании типов протезов
P0		Ответ неверный: не указаны типы протезов и их характеристики.
H		- 010
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной А. 24 лет предъявляет жалобы на значительную одышку при умерен

	<p>ной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебои в работе сердца, на чувство диском форта в области сердца, отечнос ть нижних конечн остей до уровня лодыже к, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестаб ильность АД с повыше нием до 180/20 мм рт.ст., головн ые боли. Анамне з заболе вания: ревмати</p>
--	--

	<p>зма в анамнез е нет. В анамнез е гиперто ническа я болезнь с 14 лет, с максим альным подъем ом АД до 180/20 мм рт.ст. Считает себя больны м с 2009г., когда при прохож дении планово го медосм отра по линии РВК по данным ЭхоКГ был диагнос тирован врожде нный порок сердца: двуство рчатый аорталь ный клапан без признак ов стенози</p>
--	--

	<p>рования</p> <p>. Больно й консуль тирован в СККБ. По характе ру заболев ания было показан о амбулат орное наблюд ение в условия х клиник и. В ноябре 2016г., после перенес енной ОРВИ стал отмечат ь лихорад ку с повыше нием темпера туры тела до 400С., по поводу чего самосто ятельно приним ал антибио тики и НПВС. В связи</p>
--	--

	<p>с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больно й обследован в инфекционной больнице по месту жительства. Обследование на маркеры по поводу лихорадки неясного генеза — маркеры отрицательные. В марте 2017г. находился на лечении в ОБКБ имени Н.А.Семашко с диагнозом: ВПС: двусторчатый аортальный клапан.</p>
--	--

	<p>Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2-3. Вторичный ИЭ аортального клапана.</p> <p>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. Больно</p>
--	---

	<p>й был выписа н на амбулат орное лечение кардиол ога по месту житель ства. Ухудше ние состоян ия, в виде повторн ых эпизодо в подъем а темпера туры до 380С с мая 2017г. Больно й повторн о был кгоспит ализиро ван в ОБКБ имени Н.А.Се машко. ЭКГ: ритм синусов ый с ЧСС 87. Гиперт рофия ЛЖ. Очагова я в/ж блокада . ЭхоКГ: ЛП:</p>
--	---



	49/45 КДР: 79 КСР: 53 КДО/К СО – 266/116 ФВ: 56% тЗСЛЖ: 10/17 тМЖП: 11/15 Аортал ьный клапан: ФК – 29 мм, 2 створки , рыхлые , утолще ны, пролаб ирует передня я створка . Регурги тация II ст. Митрал ьный клапан: ФК – 34 мм, флотир ующие наложе ния на передне й створке в проекц ии заднее – медиал ьной комисс
--	---

	<p>уры, фенестр ация передне й створки . Регурги тация: III. Трикус пидаль ный клапан: створки тонкие. Регурги тация: нет. Средне е давлени е в легочно й артерии 34 мм рт.ст. Дополн ительн ые особенн ости: Дилата ция предсер дий. Сократ имость ЛЖ равном ерная. Расшир ение полости перикар да до 8 мм. В плеврал ьных полостя х</p>
--	---

	<p>жидкос ть не лоциру ется. Селезен ка – очагов ых измене ний нет. ФГДС: гастрит без атрофи и слизист ой. Тест на НР отрицат ельный. LE – клетки: не найдены. Посев крови на стериль ность: роста нет. УЗИ органов брюшн ой полости : гепатом егалия. Кальци нат печени. Диффуз ные измене ния печени. Призна ки хронич</p>
--	--

		еского бескаме нного холецис тита. Деформ ация, застойн ые явления в желчно м пузыре. Сплено мегалия .
В	1	Сформу лируйте диагноз
Э	-	Инфекц ионный эндокар дит с пораже нием аорталь ного, митрал ьного клапано в подостр ого течения . Недост аточнос ть аорталь ного клапана . Недост аточнос ть митрал ьного клапана .

		Наруше ние ритма по типу пробеж ек наджел удочков ой тахикар дии. НК ПБ, ФК III. Сопутс твующи й: Артери альная гиперте нзия III, ст. III, риск 4. Хронич еский холецис топанкр еотит, ремисс ия. Железо дефици тная анемия, легкой степени тяжести .
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью.
P0	-	Диагно з поставл

		ен неверно .
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	-	Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или трансошеечное. 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.
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод

		не указан
В	3	Укажит е класси фикаци ю инфекц ионног о эндокар дита.
Э	-	В зависим ости от основн ых возбуди телей и связанн ых с этим особенн остей антибак териаль ной терапии инфекц ионные эндокар диты подразд еляют на следую щие основн ые категор ии: инфекц ионный эндокар дит естеств енных клапано в;



	<p>инфекционный эндокардит у наркоманов, использующих в/в путь введения наркотических веществ ;</p> <p>инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний</p>
--	---

	<p>(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 транзитной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый</p>
--	---

		ый инфекц ионный эндокар дит. Однако наиболе е сущест венным являетс я подразд еление по бактери альной этиолог ии, так как это определ яет выбор АМП и продол житель ность терапии .
P2	-	Пункты класси фикаци и указаны верно
P1	-	Отраже ны не все пункты класси фикаци и
P0	-	Ответ не верный.
B	4	Диффер енциаль ная диагнос тика

	инфекц ионног о эндокар дита.
Э	- Первую большу ю группу составл яют острые инфекц ионные заболе вания: грипп, пневмо нии, туберку лез, сепсис. Эти диагноз ы ставят с одинак овой частото й у лиц молодо го, среднег о и пожило го возраст а. Ко второй группе заболе ваний, которы е ошибоч но диагнос тируют у больны х ИЭ,

	относят ся ревмати зм, системн ая красная волчанк а, реже узелков ый периарт ериит. Третья группа ошибоч ных диагноз ов включа ет предпо ложени е о лимфоп ролифе ративн ых заболе ваниях, но чаще о злокаче ственн ых опухоля х различн ой локализ ации, особенн о у лиц пожило го и старчес кого возраст а. Основа нием 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 и у них таких
--	---

		заболеваний, как простатит, пиелонефрит, холецистит.
P2	-	Все варианты указаны в полном объеме
P1	-	Не указана одна из групп заболеваний, дифференцируемых с инфекционным эндокардитом.
P0	-	Не указан ни один из пунктов.
B	5	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованные)

Э	<p>В состав усовершенствованных больших DUKE-критериев вошли:</p> <p>1. Положительная гемокультура из 2-х отдельных 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;</p> <p>2. Эхокар</p>
---	--



	<p>диогра фическ ие признак и (МВ, абсцесс или дисфун кция протеза клапана , появлен ие регургитации). В состав уточнённых малых DUKE- критери ев вошли: 1. Предшес твующее пораже ние клапано в и (или) внутрив енная нарком ания, 2. Лихора дка свыше 38°C, 3. Сосуди стые симпто мы (артери альные эмболи и,</p>
--	---

	<p>инфаркты лёгких, микотические аневризмы, интракраниальные кровоизлияния, симптом Лукина),</p> <p>4. Иммунологические проявления (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор)</p> <p>5. Увеличение размеров селезёнки,</p> <p>6. Анемия (снижение гемоглобина менее 120 г/л). Диагноз ИЭ является</p>
--	--

	<p>я 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</p>
--	--

		введен малый критери й - сплено мегалия .
P2	-	Все виды критери ев указаны в полном объеме
P1	-	Допуще ны погреш ности в описан ии критери ев.
P0	-	Ответ неверн ый: не указано ни один критери й.
H	-	011
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Больно й М. 24 лет

	<p>предъяв ляет жалобы на длитель ную лихорад ку, выраже нную одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, на чувство диском форта в области сердца, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь. Анамне з заболев ания: ревмати зма в анамнез е нет. В анамнез е употреб ление в/в опиоид ов с 16 лет.</p>
--	--

	<p>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</p>
--	---

	<p>обследо вания, по данным ЭхоКГ от 27.05.1 5г., обнару жены признак и инфекц ионног о эндокар дита с пораже нием трехств орчатог о клапана . 24.06.2 015г по жизнен ным показан иям выполн ена операци я - протези рование трикусп идально го клапана (биопротез «ЮниЛ айн»- 26, №28000 914), санация правых отделов сердца. Через 2</p>
--	--

		<p>месяца после выпуск и отметил подъем темпера туры до 40° с потряса ющим ознобо м. До настоя щего времен и трижды обследо вался и лечился в б-це №2 г.Дзерж инска (послед няя госпита лизация в апреле 2016г.). Приним ал антибио тики (назван ий не помнит ).</p>
В	1	Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз
Э	-	Протез ный эндокар дит



		трикуспидального клапана, подострое течение . НК ПБ, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие методы дообследования необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза.
Э	-	Лабораторные данные: ОАК, ОАМ, б/х, посев крови

		на стериль ность и чувстви тельнос ть к антибио тикам. Инстру менталь ные данные: ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхо КГ, Рентген ографи ю органов гр.клет ки (для уточнен ия состоян ия легких на предме т развити я гнойно- септиче ских осложн ений).
P2	-	Методы дообсле дования даны в полном объеме
P1	-	Недост аточно обоснов ано значени е методов дообсле дования

P0	-	Методы не указаны.
B	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
Э	-	В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим особенностей антибактериальной терапии инфекционные эндокардиты подразделяют на следующие основные категории: инфекционный эндокардит естественных

	клапано в; инфекц ионный эндокар дит у нарком анов, использ ующих в/в путь введени я наркоти ческих веществ ; инфекц ионный эндокар дит искусст венных (протез ирован ных) клапано в: ранний (развив ающийся я в течение 60 дней после операци и) — чаще вследст вие контам инации клапано в или в результ ате периопе рацион ной бактери емии;
--	---

	<p>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 транзитной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый</p>
--	---

		и подрост ый инфекц ионный эндокар дит. Однако наиболе е сущест венным являетс я подразд еление по бактери альной этиолог ии, так как это определ яет выбор АМП и продол житель ность терапии .
P2	-	Пункты класси фикаци и указаны верно
P1	-	Отраже ны не все пункты класси фикаци и
P0	-	Ответ не верный.
B	4	Опиши те технику

	оперативного вмешательства.
Э	Срединная стернотомия по послеоперационному рубцу (в целях профилактики осложнений) используется асциляторная пила и периферическое подключение аппарата АИК через бедренные сосуды до стернотомии). Гемостаз коагуляцией. Рассечение перикарда Т-образно и взятие его на держалки. Кардио

	<p>лиз основн ых структу р сердца, необъо димых для подклю чения аппарат а АИК. Канюля ция аорты и полых вен. Пережа тие аорты и введени е кардио плегоче ского раствор а (Консол , Куста иол в стандар тных дозиров ках) Доступ к трехств орчато му клапану через стенку правого предсер дия. Иссече ние биологи ческого протеза</p>
--	---



	<p>Тщательная механическая и химическая санация кольца, правых камер сердца. Обшитие кольца клапана на П-образных швах на прокладках со стороны ПЖ и реимплантация протеза.</p> <p>Двурядный шов ПП. Восстановление сердечной деятельности Деканюляция полых вен и аорты. Контроль гемостаза. Превентивное подшивание</p>
--	---

	<p>электродов для ЭКС. Герметизация ран сердца с использованием гемостатического материала. Дренаж и в полость перикарда и в правую плевральную полость.</p> <p>Перикард ушивается наглухо.</p> <p>Остеосинтез грудины провололочными швами. Послойный шов раны. Йод. Асс. наклейка.</p>
P2	- Технические аспекты указаны в

		полном объеме
P1	-	Наруше на последо вательн ость операти вного протоко ла.
P0	-	Не указан ни один из пунктов .
B	5	Укажит е критери и диагнос тики инфекц ионног о эндокар дита (усовер шенств ованны е)
Э	-	Какой тип искусст венного протеза предпо чититель но имплан тироват ь в позици ю трикусп идально го клапана и

	<p>почему ?</p> <p>Низкие скоростные потоки в правых отделах сердца, риски нарушения режима антикоагулянтной терапии у пациентов ведущих асоциальный образ жизни и высокий процент нарушений ритма, требующий имплантации временной или постоянной системы ЭКС склоняют использовать биологические протезы в позиции</p>
--	--

		и трикуспидально го клапана .
P2	-	Все виды критериев указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании критериев.
P0	-	Ответ неверный: не указано ни один критерий.
H	-	012
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Р. 68 лет предъяв

	<p>ляет жалобы на давящие боли в области сердца вне связи с физической нагрузкой; на перебои в сердце, приступы учащенного сердцебиения; синкопальные состояния, на головные боли при повышении АД.</p> <p>Анамнез заболевания: Гипертонический анамнез более 20 лет с максимальным подъемом АД до 210/110 мм рт.ст.</p> <p>06.12.2015г.</p>
--	--

	был эпизод учащен ного сердцеб иения на фоне повыше ния АД, вызвал СМП. После инфузи и верапам ила состоян ие улучши лось. С 12.01.1 6г. по 23.01.1 6г. находи лся на лечении в ОКБ им.Сем ашко. При обследо вании по данным Эхо-КГ выявле но объемн ое образов ание левого предсер дия размера ми 27х26 мм. При осмотре :
--	---

	<p>Состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски.</p> <p>Периферически лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. Положение активно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, диастолический шум, с эпицент</p>
--	---



	<p>ром на верхуш ке, с ЧСС 58 в минуту. АД 160/100 мм.рт.с т. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не увеличе на. Перифе рически х отеков нет. ЭКГ: левогра мма, ритм синусов ый, ЧСС 59 в мин. ЭхоКГ: клапанн ые структу ры с очагов ыми уплотне ниями. В полости левого предсер дия определ яется округло е образов ание</p>
--	--

	<p>43x36 неодно родной плотнос ти с четким и контура ми по свободн ому краю, фиксир ующеес я в верхней части МПП на протяж ении 1,5 см. Общ. ан. крови: Нб 119 г/л; эритр. 3,84x10 12/л; цв.пок 0,9; СОЭ 20 мм/ч; лейк. 9,6x109 /л; палочко яд. 6%; сегм. 48%; эоз. 6%; лимфоц иты 34%; мон. 6%. Ан. мочи: цвет – желт; реакция</p>
--	---

	<p>– щелочн ая; уд. вес - 1006; прозрач ность – полная; белок – отр.; сахар – 0,1%; ацетон – отр.; лейкоц иты – 0- 1 в п/зр. Биохим ические анализ ы крови: Profile lipid: Cholest B - mg/dL (N 81- 239); Trigly - mg/dL (N35- 169); HDL Cholest erol - mg/dL (N 30- 85); K.A. – (N 1,0- 3,0); LDL Cholest erol – (N 65- 174); VLDL – (N 10,1- 40,2); RISK IBS-1 –</p>
--	--

	(N до 5,5) K de RITISA – 0,84 (N 0,91- 1,75); AlAT – 32,7U/L (N 5,0- 49,0); AsAT – 27,4U/L (N 5,0- 48,0); NDBili (непрям ой) – 1,22 mg/dL (N 0,2- 0,8); Bili Dir (прямо й) – 0,24mg/ dL (N 0,0- 0,35); TotBili (общий ) – 1,5mg/d L (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/ dL (N 10,0- 45,0); Glucosa e - 162mg/ dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5).

В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Объемное образование левого предсердия (миксома?) НК: ПА ФК: П
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Укажите основные гипотезы происхождения миксом.
Э	-	Клетки опухоли развиваются из соедин

	ительно й ткани. По происх ождени ю различа ют первич ные миксом ы (истинн ые), которы е развива ются непосре дственн о из тканей сердечн ой стенки и вторичн ые (ложны е) — источни ком служат опухол и соседни х органов , клетки из кожных новооб разован ий, надпоче чников. Истинн ые новооб разован ия отлича
--	--

	ются высоки м содерж анием гиалуро новой кислот ы, именно она придает опухол и желеоб разную консист енцию. Некото рые ученые считаю т, что миксом а сердца предста вляет собой видоиз менивш ийся тромб. Более совреме нные данные связыва ют опухоль с воздейс твием вирусов . К ним относят 3 типа папилл омы человек а, Эпштей
--	---

		н-Барр и герпеса.
P2		Характе ристика гистог неза дана в полном объеме
P1		Недост аточно отраже на морфол огия новооб разован ия
P0		Ответ неверн ый.
B	3	Охарак теризуй те макроск опическ ий вид миксом ы.
Э	-	При макроск опическ ом обследо вании различа ют два вида миксом : 1. Б е с ц в е т



	на я п о л у п р о з р а ч н а я о п у х о л ь , и м е ю ш а я ш и р о к о е о с н о в а
--	---

	Н и е . О н а п л о т н о п р и л е г а е т к с т е н к е , и м е е т м я г к у ю к о н с
--	---

	<div>и с т е н ц и ю ·</div> <div>2. К р у г л о е п о л и п о о б р а з н о е о б р а з о в а н и е н а н</div>
--	--

	<p>о ж к е . Э т а о п у х о л ь г о р а з д о п л о т н е е п е р в о й .</p> <p>Поверх ность миксом ы гладкая . Внутри находит ся желеоб</p>
--	--

	<p>разная масса, в которой мало клеточных элементов. Иногда образования могут обызвестляться с последующим окостенением. Но это происходит с очень «пожилыми» миксомами. Кровью они снабжаются посредством различных сосудов: капилляров и артериол. Ткань опухол и довольно хрупкая, что объясняет ее частую эмболи</p>
--	--

	<p>зацию (отрыв отдельн ых участко в). Обнару женные миксом ы могут иметь самые разные размер ы: от одного до несколь ких сантима тров. Кажетс я, какой вред может нанести малень кое доброка чествен ное образов ание? В общем, никако й. Неболь шие опухол и никак себя не выдают , находят их случайн о при проведе нии полного кардиол огическ</p>
--	--

	ого обследо вания пациент а. Но опаснос ть в том, что рано или поздно они выраста ют. «Застар елые» образов ания диагнос тироват ь, конечн о, легче. Они больше по размера м и проявля ются характе рными клинич ескими признак ами. Но, к сожале нию, именно они привод ят к грозны м осложн ениям.
P2	- Миксом а, ее макроск

		опическ ие типы описан ы в полном объеме.
P1	-	Описан один из типов миксом ы.
P0	-	Нет сходств а с вышеиз ложенн ыми подтипа ми.
B	4	Укажит е фактор ы риска развити я миксом.
Э	-	Пол – женщи ны болеют чаще; Возраст –30-60 лет; Аналог ичные заболе вания у родстве нников; Онколо гически е заболе вания
P2	-	Все вариант ы указаны в



		полном объеме
P1	-	Указан ы не все фактор ы риска
P0	-	Не указан ни один из фактор ов риска.
B	5	Укажит е основн ые методы диагнос тики миксом сердца.
Э	-	1. Э л е к т р о к а р д и о г р а ф и я . И м е н

	Н О С Э Т О Й П Р О Ц Е Д У Р Ы В Р А Ч Н А Ч И Н А Е Т К А Р Д И О Л О Г И Ч Е С К О Е О
--	---

		б с л е д о в а н и е п а ц и е н т а · П о д а н н ы м Э К Г н е л ь з я п о с т а в и т
--	--	---

	Б Т О Ч Н Ы Й Д И А Г Н О З , Н О О П Р Е Д Е Л Е Н Н Ы Е В Ы В О Д Ы С Д Е Л А Т Ь М О Ж
--	---

		Н О · Н а п р и м е р , г и п е р т р о ф и я п р е д с е р д и й , ч а с т о с о п р о в
--	--	---

		О ж д а ю ш а я м и к с о м у , ф и к с и р у е т с я э л е к т р о к а р д и о г р а ф о
--	--	---

		М , К а К и с и н у с о в ы й с е р д е ч н ы й р и т м . Ч е м в ы ш е с т е н о з ( с у
--	--	---

	Ж е н и е о т в е р с т и й ) , т е м б о л ь ш е в ы р а ж е н а с т е п е н ь и з м е н
--	---



	<div>е н и й Э К Г ·</div> <div>2. Ф о н о к а р д и о г р а ф и я · Э т и м и с с л е д о в а н и е м о п</div>
--	--

	р е д е л я е т с я р а с ш е п л е н и е І т о н а , ч т о п р о и с х о д и т и з - з а
--	---

	н е п о л н о г о о с в о б о ж д е н и я п р е д с е р д и й п р и о п у х о л и · Е с л
--	---

	И И М е е Т с я М И К с О М а Л е в О Г О П р е д с е р д и я , Т О О Т М е ч а е Т с я Д
--	---

	и а с т о л и ч е с к и й п у м , а т а к ж е о т с у т с т в у е т т о н о т к р ы т и я
--	---

	<div>М и т р а л ь н о г о к л а п а н а ·  3. Р е н т г е н о л о г и ч е с к о е и с с л е д о</div>
--	--

	В а н и е . Э т о т м е т о д п о з в о л я е т о б н а р у ж и т ь и з м е н е н и е п
--	--

	и р и н ы п о л о с т и л е в о г о п р е д с е р д и я и о т с у т с т в и е в ы б у х а
--	---



	Н и я е г о у ш к а ( п р и л е в о п р е д с е р д н о м р а з м е щ е н и и м и к с о м
--	---

		Ы ) · П О Л О С Т И С Е Р Д Ц А М О Г У Т Б Ы Т Ь Р А В Н О М Е Р Н О У В Е Л И Ч Е Н Н Ы
--	--	---

		М и · О т ч е т л и в о в и д е н н а р е н т г е н о в с к о м с н и м к е к а л ь ц и н
--	--	---

	<div>О З · 4. Э х о к а р д и о г р а ф и я · Э т о с а м ы й и н ф о р м а т и в н ы й м е т о</div>
--	---

		Д . О н в х о д и т в п р е д о п е р а ц и о н н о е о б с л е д о в а н и е п а ц и е н
--	--	---

		Т О В · Е с л и о п у х о л ь л о к а л и з о в а н а в л е в о м п р е д с е р д и и , Т
--	--	---

		О В О В Р Е М Я И С С Л Е Д О В А Н И Я П О Я В Л Я Е Т С Я « О Б Л А Ч К О » Э Х О С И Г
--	--	---

	Н а л а , п е р е м е ш а ю щ е е с я и з п р е д с е р д и я в ж е л у д о ч е к и н а о
--	---



		б о р о т . Э х о с и г н а л ч е т к и й , т а к к а к а п с у л а м и к с о м ы г л а
--	--	--

		Д к а я . П р и д р у г и х ж е п а т о л о г и я х о т м е ч а е т с я н е к о т о р а я
--	--	---

		« р а з м ы т о с т ь » с и г н а л а · П о д а н н ы м Э х о К Г м о ж н о с б о л ь ш о
--	--	---

	<div>й д о л е й в е р о я т н о с т и о п р е д е л и т ь р а з м е р ы о п у х о л и ·</div> <div>5. У л</div>
--	--

	ь т р а з в у к о в о е и с с л е д о в а н и е . М о ж н о у в и д е т ь п о д в и ж н о
--	---

		е э х о г е н н о е о б р а з о в а н и е в н у т р и п о л о с т и . П р и э т о м м е т
--	--	---

		о д е м и к с о м у н е о б х о д и м о д и ф е р е н ц и р о в а т ь о т в н у т р и п
--	--	--

		О Л О С Т Н О Г О Т Р О М Б а , К О Т О Р Ы Й П Р И П Р О В Е Д Е Н И И Т Р О М Б О Л И Т
--	--	---



	<div>и ч е с к о й т е р а п и и д о л ж е н у м е н ь щ а т ь с я .</div> <div>6. А н г и о г р а ф и я .</div>
--	--

	М е т о д , п о л у ч и в ш и й в п о с л е д н е е в р е м я ш и р о к о е р а с п р о с
--	---

	Т р а н е н и е . К о н т р а с т н о е в е щ е с т в о м о ж е т в в о д и т ь с я к а к
--	---

	В п р а в о е п р е д с е р д и е ( п р и с о о т в е т с т в у ю щ е й л о к а л и з а ц
--	---

		И И М И К С О М Ы ) , Т а К И В С О С У Д Ы .
P2	-	Все виды обследо ваний указаны в полном объеме
P1	-	Допуще ны погреш ности в описан ии методов обследо вания
P0	-	Ответ неверн ый: нет четкого понима ния в назначе

	нии методов дообсле дования .
Н	- 013
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Больно й Х. 37 лет предъяв ляет жалобы на незначи тельную ю одышку при выраже нной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебои в работе сердца, на чувство диском

	<p>форта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности.</p> <p>Из анамнеза пневматизма в анамнезе нет. Синоусности, беспокойства и нарушения ритма по типу синусовой ритмии.</p> <p>Считает себя здоровым.</p> <p>10 февраля 2017г., когда появились первые симптомы проявления пароксизмов с последующим возникновением устойчивой формы фибрилляции предсердий.</p>
--	---

	<p>При осмотре : состоян ие в покое удовлет ворител ьное. Тоны сердца: ритмич ные. Шумы: систоли ческий шум на верхуш ке, провод ится в подмы шечну ю впадин у. АД: 110/70 мм рт.ст. ЧСС: в мин. Печень не увеличе на, отеков нет. ЭКГ: нормог рамма, фибрил ляция предсер дий с ЧСС = 78 в мин. Очагова я в/желуд очковая блокада</p>
--	--



	<p>. Измене ния процесс ов реполяри зации. Суточн ое монито рирован ие ЭКГ: ритм, фибрил ляция предсер дий с средней ЧСС 55 в мин (от 20 до 135 в мин). Наибол ее удлине нный интерва л R-R - 2,6 сек, всего пауз - 7245. Эктопи ческая активно сть: вентрик улярная – 4, все одинач ные. Ишеми ческие событи я не зарегис трирова ны . ЭхоКГ. ЛП: 41x53</p>
--	--

	ПП: 34x43 ПЖ: 15x20 КДО: 137 КСО: 67 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 9/10 тМЖП: 10/12 Митрал ьный клапан: ств. тонкие, ПС больша я пролаб ирует. ФК: 22 Регурги тация: II ст. Аортал ьный клапан: 3 ств. не измене ны. ФК: 25 Регурги тация: нет.Тре хстворч атый клапан: ств. не измене ны, пролаб ируют. ФК: 29 Регурги тация: I ст. Расчетн ое давлени
--	---

		е в ЛА: 17 мм рт.ст.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Дегенеративный митральный порок. Недостаточность митрального клапана. Постоянная форма фибрилляции предсердий. НК: ПА ФК: II
P2	-	Диагноз - поставлен верно.
P1	-	Диагноз - поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз - поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, котормы

	й позволя ет верифи цироват ь диагноз порока сердца (аортал ьный стеноз).
Э	Основн ым методо м диагнос тики служит ЭхоКГ, трансто ракальн ое или транспи щеводн ое. Данный метод позволя ет оценить подвиж ность створок клапана , оценить наруше ния внутрис ердечно го тока крови с регург тацией, измерит ь фракци ю регург тации, давлени

	<p>е в</p> <p>легочно</p> <p>й</p> <p>артерии</p> <p>,</p> <p>определ</p> <p>ить</p> <p>фракци</p> <p>ю</p> <p>выброс</p> <p>а крови</p> <p>в аорту,</p> <p>измерит</p> <p>ь</p> <p>эффект</p> <p>ивную</p> <p>площад</p> <p>ь</p> <p>отверст</p> <p>ия</p> <p>регург</p> <p>тации.</p> <p>В</p> <p>зависим</p> <p>ости от</p> <p>этих</p> <p>показат</p> <p>елей</p> <p>недоста</p> <p>точност</p> <p>ь</p> <p>митрал</p> <p>ьного</p> <p>клапана</p> <p>подразд</p> <p>еляется</p> <p>на</p> <p>следую</p> <p>щие</p> <p>степени</p> <p>:</p> <p>-</p> <p>незначи</p> <p>тельная</p> <p>недоста</p> <p>точност</p> <p>ь:</p> <p>фракци</p> <p>я</p> <p>регург</p> <p>тации</p> <p>менее</p>
--	---

	<p>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.</p> <p>- выраженная</p>
--	---

	<p>недоста точност ь: фракци я регурги тации 30 — 50%, площад ь отверст ия регурги тации 0.2 — 0.4 кв. см, струя крови заполня ет собой полови ну предсер дия. - тяжелая недоста точност ь: фракци я регурги тации более 50%, площад ь отверст ия более 0.4 кв. см, струя крови заполня ет все левое предсер дие.</p>
--	---

P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика
P0	-	Данный метод не указан
B	3	Показания для операции и при данной патологии
Э	-	Операция показана при второй степени порока (выраженная недостаточность) и при третьей стадиях течения процесса (суб- и декомпенсации). В стадии выраже



		нной декомпенсации применение хирургического метода лечения остается спорным в силу тяжести общего состояния, а при терминальной стадии операция строго противопоказана.
P2	-	Показания к операции и указаны верно
P1	-	Отражены не все показания для операции.
P0	-	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4	Назовите

	степени недостаточности и митрального клапана.
Э	Выделяют три степени митральной недостаточности в зависимости от того, насколько сильно выражена регургитация. 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.

	<p>ет, симптомы и жалобы отсутствуют. ЭКГ не показывает никаких изменений, при 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 %.</p> <p>Предсердие не может вытолк</p>
--	--

	<p>нать кровь без повыше ния давлени я. Развива ется лег очная гиперте нзия. В этот период появляе тся одышка , частое сердцеб иение во время нагрузо к и в покое, кашель. На ЭКГ видны измене ния в предсер дии, при обследо вании выявля ются систоли ческие шумы и расшир ение сердечн ых границ: влево — до 2 см, вверх и вправо — на 0,5 см.</p>
--	---

	<p>При 3 степени кровь доходит до задней стенки предсердия и может составлять до 90% систолического объема. Это стадия декомпенсации.</p> <p>Наблюдается гипертрофия левого предсердия, которое не может вытолкнуть все количество крови. Появляются отеки, увеличивается печень, повышается венозное давление. ЭКГ показывает наличие гипертр</p>
--	--

	офии левого желудо чка и митрал ьного зубца. Прослу шивает ся выраже нный систоли ческий шум, границ ы сердца значите льно расшир ены.
P2	Все вариант ы - указаны в полном объеме
P1	Не указан - одна из степене й.
P0	Не указаны два и более - степени недотат очности .
B	5 Хирург ическое пособие при митрал ьной недоста

	точност и
Э	Недост аточнос ть митрал ьного клапана 2 и 3 степени без серьезн ых измене ний створок являетс я показан ием для проведе ния пластич еской операци и. - Данное лечение провод ится без замены собстве нного клапанн ого аппарат а. Виды пластик и: Разл ичны е виды анну лопл асти к (опо рные коль ца(ж естк

	ие и гибк ие бэнд ы), синт етич ески е запл аты, шов ная плас тика, запл аты из ауто пери кард а) ; Плас тика хорд (нео хорд ы); иссе чени е пато логи ческ и изме ненн ых част ей ство рки клап ана (разл ичны е вари анты резе кцио нных
--	---



	<p>плас тик (сла йдин г плас тика, резе кция пато логи ческ и изме ненн ых фраг мент ов ство рки МК). Операт ивное лечение с помощь ю протезо в провод ится при грубых патолог иях клапанн ого аппарат а и при неэффе ктивнос ти пластич еской операци и, проведе нной ранее. Виды</p>
--	--

	протезо в: биол огич ески й прот ез изго тавл ивае тся из сосу дов живо тных (аорт ы), лече ние с помо щью таки х прот езов пров одит ся детя м и жен щин ам дето родн ого возр аста, кото рые соби рают ся в даль ней шем завес ти дете й;
--	--

	<p>искусственные (механические) протезы из медицинского металла используются в лечении всех остальных групп лиц. Оперативное лечение не проводится при тяжелых осложнениях, которые могут привести к летальному исходу вскоре после операции.</p>
P2	<p>- Все виды операции</p>

	й указаны в полном объеме
P1	Допущены погрешности в описании техники операций
P0	Ответ неверный: не показан дифференциро- ванный подход в зависимости от уровня поражения
Н	- 014
И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной И. 48 - лет предъявляет

	<p>жалобы на выраженные одышку в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным с февраля 2016г., когда стал отмечать отеки левой н/к., болезненность по ходу большой подкожной вены</p> <p>Больной ничем</p>
--	---

	<p>не лечился, за помощь ю не обраща лся. Резкое ухудше ние состоян ия, в виде резкого приступ а одышки , более в области сердца 07.03.17 г., в связи с чем КСМП был экстрен но госпита лизиров ан в условия стацион ара. При осмотре : состоян ие тяжелое . Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист</p>
--	---

	<p>ые бледны е. Гиперст еник. В легких везикул ярное дыхани е, ослабле нное в нижних полях обоих легких, единич ные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглу шены, ритмич ны с ЧСС 90 в минуту. Аускул ьтативн о выслуш ивается дующи й систоли ческий шум с эпицент ром на мечеви дном отростк е, акцент 2 тона над легочно</p>
--	---

	<p>й артерии . АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не пальпи руется. Перифе рически х отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. ЭКГ:ри тм синусов ый регуляр ный с ЧСС 53. Очагова я в/ж блокада . Субэнд окардиа льная ишемия по передне й, боково й стенке. Ангиоп ульмон ографи я: картина</p>
--	--



	<p>тромбо эмболи и долевы х и сегмент арных ветвей обеих легочн ых артерий , ЛГ. ЭхоКГ: ЛП: 49/39 ҚДР: 53 КСР: 35 ФВ: 63% тЗСЛЖ: 9/14 тМЖП: 14/19 Митрал ьный клапан: створки с очагов ыми измене ниями. Регурги тация: нет. Аортал ьный клапан: створки с очагов ыми измене ниями. Регурги тация: 1 ст. Трехств орчаты й клапан:</p>
--	---

		створки с очагов ыми измене ниями. Регурги тация: нет. Кровот ок в легочно й артерии необстр уктивно го типа. расчетн ое давлени е в ЛА 47мм.рт .ст., Доп. Особ.: Сократ имость равном ерная.
В	1	Сформу лируйте диагноз
Э	-	Тромбо эмболи я долевы х ветвей легочно й артерии . Легочн ая гиперте нзия. ДН 2 степени . Миокар диодист

	рофия. НК II Б - IV ФК. Сопутс твующи й: Варико зная болезнь вен н/к. Тромбо флебит глубоки х вен левой нижней конечн ости. Двухст оронни й коксарт роз. ГПОД. ГЭРБ, вне обостре ния. Язвенна я болезнь желудк а, вне обостре ния. Артери альная гиперте нзия III, ст. III, риск 4.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з - поставл ен неполн остью.

P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Характе ристика метода, которы й позволя ет верифи цироват ь диагноз порока сердца( аорталь ный стеноз).
Э	-	Основн ым методо м диагнос тики служит ангиопу льмогра фия;. Выделя ют три основн ых метода ангиопу льмоно графии: Ангиоп ульмон ографи я — метод рентген ологиче ской диагнос тики

	<p>состоян ия лёгочно го кровооб ращени я путём введени я рентген оконтра стных веществ в артерии лёгких. Выделя ют общую и селекти вную ангиопу льмоно графию . При общей ангиопу льмоно графии контрас тное веществ о вводят в ствол лёгочно й артерии , при этом заполня ются все сосуды малого круга кровооб ращени я. При селекти вной</p>
--	---

	контрас т вводитс я лишь в одну из ветвей лёгочно й артерии и оценива ется состоян ие кровото ка только одного лёгкого или его доли.
P2	- Характе ристика метода дана в полном объеме
P1	- Недост аточно отраже на ультраз вуковая семиот ика флотир ующего тромба
P0	- Данный метод не указан
В	3 Показа ния для операци и при данной патолог ии

Э	<p>массивная тромбоэмболия; ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимое консервативное лечение;</p> <p>тромбоэмболия самой легочной артерии или ее крупных ветвей; резкое ограничение притока крови к легким, сопровождающееся нарушением общего кровообращения;</p> <p>хроническая рецидивирующая тромбоэмболия</p>
---	---

	легочной артерии ; резкое снижение артериального давления;
P2	- Показания к операции указаны верно
P1	- Отражены не все показания для операции.
P0	- Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4 - Виды хирургических операций при ТЭЛА.
Э	- Эмбоlectомия – удаление эмбола. Это хирургическое вмешательство провод



	<p>             ится в              больши              нстве              случаев              , при              острой              ТЭЛА.              Тромбэ              ндартер              эктомия              –              удалени              е              внутрен              ней              стенки              артерии              с              прикре              пленно              й к ней              бляшко              й.              Примен              яется              при              хронич              еской              ТЭЛА.              Операц              ия при              тромбо              эмболи              и              легочно              й              артерии              достато              чно              сложна              я. Тело              пациент              а              охлажд              ают до              28°C.              Хирург              вскрыва              ет              грудну              ю              клетку           </p>
--	---

	<p>пациент а, рассека я его грудину вдоль, и получае т доступ к легочно й артерии . После подклю чения систем ы искусст венного кровооб ращени я вскрыва ют артери ю и удаляю т эмбол. Часто при ТЭЛА в результ ате повыше ния давлени я в легочно й артерии происх одит растяже ние правого желудо чка и трехств орчатог о клапана</p>
--	---

	. В этом случае хирург дополнительно проводит операцию на сердце – выполняет пластик у трехстворчатого клапана.
P2	Все варианты - указаны в полном объеме
P1	Не указан один из вариантов - ов хирургического пособия.
P0	Не указан ни один тип.
B	5 Укажите возможные осложнения ТЭЛА.
Э	- остановка сердца

	и внезапн ая смерть; инфарк т легкого с последу ющим развити ем воспали тельног о процесс а (пневмо нии); плеврит (воспал ение плевры — пленки из соедин ительно й ткани, которая покрыв ает легкие и выстил ает изнутри грудну ю клетку); рециди в — тромбо эмболи я может возникн уть повторн о, и при этом так же высок
--	---

	риск гибели больног о.
P2	- Все виды осложн ений указаны в полном объеме
P1	- Допуще ны погреш ности в описан ии осложн ений.
P0	- Ответ неверн ый: не указано ни одно осложн ение.
Н	- 015
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Больная А. 53 лет поступи ла в отделен

	<p>ие приобр етенны х пороков сердца с жалоба ми на выраже нную одышку при незначи тельной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебое в в работе сердца, боли в области сердца ноющег о, колюще го характе ра, отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь. Анамне з заболев</p>
--	---

	<p>ания: 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 полугодя. Состояние средней тяжести. Сознан</p>
--	---

	<p>ие ясное. Положе ние активно е. Акроци аноз. Иктери чность кожных покрово в, склер. Перифе рически е лимфоу злы не увеличе ны. Нормос теник. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмич ные с ЧСС 110 в минуту. На верхуш ке систоли ческий шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий,</p>
--	--



	<p>безболе зненны й. Печень увеличе на на 8 см. от края реберно й дуги. Пастозн ость голеней . Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 x 10<sup>12</sup>/л, Le-8,2 x 10<sup>9</sup>/л, Тр-226 x 10<sup>9</sup> /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль/ л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин — 88,4 мкмоль/ л,</p>
--	---

	глюкоза 5,5 ммоль/ л ЭКГ: ритм синусов ый, регуляр ный, гипертр офия левого желудо чка с перегру зкой.. Очагова я в/желуд очковая блокада . ЧСС 59 в 1 мин. ЭХО- КГ: лев. предсер дие 65X42 мм; прав. предсер дие 57X44 мм. Лев. желудо чек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракци я выброс а 40%.
--	---

	<p>Задняя стенка ЛЖ:  <math>T_{\text{диаст}} = 9</math> мм,  <math>T_{\text{сист}} = 13</math> мм.          Межжелудочковая перегородка:  <math>T_{\text{диаст}} = 9</math> мм,  <math>T_{\text{сист}} = 12</math> мм.          Аортальный клапан:  <math>S = 3,1 \text{ см}^2</math>.          Створки и не изменены.          Раскрытие полное.          Митральный клапан:          ФК 36 мм.          Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролабирует А-2, регургитация 11-111.          Трехстворчатый</p>
--	--

		клапан — створки не измене ны, рег. 2 ст. Клапан легочно й артерии N. $P_{pulm}=$ 43 мм Hg.
	В	1 Предпо ложите наиболе е вероятн ый диагноз .
	Э	- Недост аточнос ть митрал ьного клапана , относит ельная недоста точност ь трехств орчатог о клапана . Легочн ая гиперте нзия. Н 11 А-Б 111 КФК
	Р2	- Диагно з поставл

	ен верно.
P1	Не указан - тип аневриз мы
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Что позволя ет оценить ЭхоКГ при данной патолог ии
Э	Эхо- кардиог рафия обеспеч ивает базову ю оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, - оценку фракци и выброс а и позволя ет прибли зительн о оценить тяжесть регург тации.

P2	-	Перечислены все факторы
P1	-	Перечислены все факторы кроме одного
P0	-	Не указаны два и более факторов
B	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 митрал

	ьного аппарат а.
P2	- Перечислены все 3 типа
P1	- Перечислены 2 типа
P0	- Перечислен 1 тип или менее
B	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Верно
P0	- Ответ неверный
H	- 016
И	- <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТ</b>

	<b>Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
у	Бо́льна я А. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную одышку при легкой физиче ской нагрузк е и иногда в покое, на ощуще ние сердцеб иения, перебо и в работе сердца, на чувство диском форта, боли в области сердца сжима



	<p>ющего характера, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: в анамнезе ревматизм школьного возраста. Считает себя больным с 2012г., когда впервые стали беспокоить боли в области сердца и появилась одышка. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления</p>
--	--

	<p>ния          болей в          области          сердца          около          полуго          да.          Состоя          ние          средней          тяжести          и. Тоны          сердца:          аритми          чные.          Шумы:          на          верхуш          ке          выслуш          ивается          грубый          систоли          ческий          шум,          провод          ящийся          в          п/мышечную          впадин          у. АД:          120/80          мм          рт.ст.          ЧСС:          80 в          мин.          Печень          не          увеличе          на,          отеков          нет.          В          анализа          х: Hb-          138 г/л,          Эп-4,2          х          1012/л,          Le-8,2 х</p>
--	--

	109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: нормог рамма, ритм синусов ый с ЧСС=7 8 в мин. Гиперт рофия ЛЖ. Измене ния процесс ов реполя ризации. ЭХО- КГ:
--	---

	ЛП: 57х68 ПП: - ПЖ: 23х26 КДО: 158 КСО: 77 ФВ: 52% тЗСЛЖ : 11/19 тМЖП: 13/14 Митрал ьный клапан: пансист олическ ий пролап с Р2, возмож но расщел ение. ФК: 40 Регурги тация: II - III ст. Аортал ьный клапан: ств. не измене ны. ФК: 26 Регурги тация: нет. Трехств орчаты й клапан: ств. не измене ны. Регурги тация: I ст.

В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	Недост аточнос ть митрал ьного клапана , относит ельная - недоста точност ь трехств орчатог о клапана . НК ПА, ФК III.
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.
P1	-	Не указана степень регурги тации.
P0	-	Диагно з - поставл ен неверно .
В	2	Что позволя ет оценит ь Эхо- КГ при данной

	патолог ии
Э	- Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров в ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции и выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
P2	- Перечислены все факторы
P1	- Перечислены все факторы кроме одного
P0	- Не указаны два и более факторов
В	3 Какие типы операц

	ий использ уются при данной патолог ии
Э	1) пластик а МК; 2) протези рование МК с сохране нием части или всего ми- трально го аппарат а; 3) протези рование МК с удален ием митрал ьного аппарат а.
P2	Перечи слены все 3 типа
P1	Перечи слены 2 типа
P0	Перечи слен 1 тип или менее
В	4 Провед ение какого обследо вания

	необхо димо перед операц ией с данной патолог ией у пациен тов с риском ИБС?
Э	Селект ивная - корона рограф ия
P2	- Верно
P0	Ответ - неверн ый
В	5 Основн ые осложн ения в раннем послео пераци онном период е
Э	Кардиа льные событи я, острая почечн ая - недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	Перечи слены - основн ые



	осложн ения
P1	Не указано - одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по - коморб идным состоян иям
H	- 017
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b> -
У	Больна я А. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х - пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную

	<p>одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез</p>
--	---

	заболевания: В анамнезе ревматизм с 7-летнего возраста. Находилась на диспансерном учете в ГКБ №5, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активно. Кожа и видимые слизистые
--	--

	<p>бледны е. Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. Гиперс теник. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглу шены, ритмич ны с ЧСС 76 в минуту. Систол ически й шум над всей область ю сердца с эпицен тром над аортой с ирради ацией на сосуды шеи. АД 130/70</p>
--	---

	<p>мм рт ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не увеличе на. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Ле-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л,</p>
--	--

	<p>креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый. Блокада правой ножки ПГ неполная. ЧСС 67 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 41Х35 мм; прав. предсердие 43Х35 мм. Лев. желудочек: КДР 47мм; КСР 34мм; КДО 94мл; КСО 45мл; фракция выброса 52%. Задняя стенка ЛЖ:</p>
--	---

	<p>Тдиаст = 9 мм, Тсист= 17 мм. Межжелудочковая перегородка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм. Аортальный клапан: фиброз, очаги Са; Са по кольцу, стенкам аорты, МЖП; щелевидное отверстие. S=1,2 см<sup>2</sup>. Градиент (Δp) сист. макс./с редн=89,7/54,7 мм Нг. ФК 22мм. Митральный клапан: N. Трехстворчатый клапан N. Ppulm= 30 мм Нг.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	Скорость кровотока, м/с: 1. мягкий - Менее 3,0



	<p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - Более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.:</p> <p>1. мягкий - Менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - Более 40</p> <p>Площадь отверстия, см<sup>2</sup>:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умеренный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелый - Менее 1,0</p>
P2	<p>Перечислены</p> <p>- все параметры</p>
P1	<p>Перечислен</p> <p>- все</p>

	параметры кроме одного
P0	- Не указаны два и более параметров
B	3 Какие типы операций используются при данной патологии
Э	- 1) пластика АК ; 2) аортальная баллонная вальвулотомия
P2	- Перечислены все 2 типа
P1	- Перечислен 1 тип
P0	- Типы не перечислены
B	4 Проведение какого обследования необходимо перед

	операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	Селективная - коронарография
P2	- Верно
P0	Ответ - неверный
В	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза -
P2	- Перечислены основные осложнения

P1	-	Не указано одно из осложн ения.
P0	-	Недост аточны знания по коморб идным состоян иям
H	-	019
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Больно й А. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную одышку при

	<p>средней физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 170 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>Анамнез заболевания: В анамнезе</p>
--	---

	<p>артериальная гипертензия более 5 лет. Считаю себя больным в течение последних 2 лет с постепенным появлением выше перечисленных жалоб. К врачам не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Состояние в покое ближе к удовлетворительному. Сознание</p>
--	--

	<p>ясное. Положение активно е. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены.</p> <p>Нормостеник В легких везикулярное дыхание, с бронхиальным компонентом, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту.</p> <p>Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные с ЧСС 64 в минуту.</p> <p>На верхушке усилен</p>
--	--

	<p>I тон, выраженный систолический шум с эпицентром на аорте. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме. В анализах: Hb-138 г/л, Эп-4,2 х 10<sup>12</sup>/л, Le-8,2 х 10<sup>9</sup>/л, Тр-226 х 10<sup>9</sup>/л, СОЭ-14 мм/ч. Общий билирубин 15,4</p>
--	--



	мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: нормог рамма, ритм синусов ый, регуляр ный, гипертр офия левого желудо чка. Изме ние процесс ов реполя ризаци и. Q- рубец по боково й стенке. ЧСС 64 в 1 мин. ЭХО- КГ: лев. предсер дие
--	---

	56x40 мм; Лев. желудо чек: КДР 51мм; КСР 38мм; фракци я выброс а 62%. Задняя стенка ЛЖ: 16\19 мм. Межже лудочк овая перегор одка: 15\18 мм. Аортал ьный клапан: 23\30, фиброк альцин оз с распрос транени ем за предел ы ф\кольц а, Гради нт ( $\Delta p$ ) сист. макс./с редн= 100\74м м Нг., рег 1 ст. Митрал ьный клапан: рег 1-2
--	---

		ст. Трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии N. Умеренная дилатация полости ЛП ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ. сократимость равномерная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК ПА, ФК III.
P2	- 3	Диагноз поставл

		ен верно.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Класси фикаци я тяжест и данной патолог ии
Э	-	Скорос ть кровото ка, м/с: 1. мягкий - менее 3,0 2. умерен ный - 3,0–4,0 3. тяжелу ый - более 4,0 Средни й градиен т, мм рт. ст. 1. мягкий - менее 25 2. умерен ный - 25–40 3. тяжелы й -

		более 40 Площадь отверстия, см <sup>2</sup> : 1. мягкий - более 1,5 2. умеренный - 1,0–1,5 3. тяжелый - менее 1,0 Индекс площади и отверстия, см <sup>2</sup> /м <sup>2</sup> 3. тяжелый - менее 0,6
P2		Перечислены - все параметры
P1		Перечислены все параметры - кроме одного
P0		Не указаны два и более - параметров
B	3	Какие типы

	операций используются при данной патологии
Э	- 1) пластика АК; 2) аортальная баллонная вальвулотомия
P2	- Перечислены все 2 типа
P1	- Перечислен 1 тип
P0	- Типы не перечислены
В	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная корона

	рография
P2	- Верно
P0	- Ответ неверный
В	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	- Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	- Перечислены основные осложнения
P1	- Не указано одно из осложнений.
P0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям

Н	-	019
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженные одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в работе



	<p>сердца, боли в области сердца ноющего, колющего характера, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной</p>
--	--

	<p>гиперто нии. Ухудше ние состоян ия в виде прогрес сирован ия одышк и и появле ния болей в области сердца около полуго да. Состоя ние средней тяжест и. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Акроци аноз. Иктери чность кожных покров ов, склер. Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. Нормос теник. В легких везикул</p>
--	--

	<p>ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмич ные с ЧСС 110 в минуту. На верхуш ке систоли ческий шум. АД 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень увеличе на на 8 см. от края реберно й дуги. Пастоз ность голеней . Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х</p>
--	---

	1012/л, Le-8,2 x 109/л, Тр-226 x 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: ритм синусов ый, регуляр ный, гипертр офия левого желудо чка с перегру зкой.. Очагов ая в/желуд очковая блокада . ЧСС
--	--

	<p>59 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 65X42 мм; прав. предсердие 57X44 мм. Лев. желудочек: чек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 13мм. Межжелудочковая перегородка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм. Аортальный клапан: S= 3,1см<sup>2</sup>. Створки и не</p>
--	---

	<p>изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролабирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан – створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочной артерии N. <math>P_{pulm}=43</math> мм Hg.</p>
В	<p>1 Предположите наиболее вероятный</p>

	диагноз
Э	Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. N 11 А-Б 111 КФК
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Не указан тип аневризмы
P0	Диагноз - поставлен неверно.
В	2 Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной

	патолог ии
Э	- Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров в ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции и выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
P2	- Перечислены все факторы
P1	- Перечислены все факторы кроме одного
P0	- Не указаны два и более факторов
В	3 Какие типы операц



	ий использ уются при данной патолог ии
Э	1) пластик а МК; 2) протези рование МК с сохране нием части или всего ми- - трально го аппарат а; 3) протези рование МК с удален ием митрал ьного аппарат а.
P2	- Перечи слены все 3 типа
P1	- Перечи слены 2 типа
P0	- Перечи слен 1 тип или менее
В	4 Провед ение какого обследо вания

	необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	Селективная коронарография
P2	- Верно
P0	Ответ - неверный
В	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	Перечислены основные

	осложн ения
P1	Не указано - одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по - коморб идным состоян иям
H	- 020
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b> -
У	Больна я В. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х - пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную

	<p>одышку при минимальной нагрузке и в покое, сухой кашель, слабость, головные боли, на слабость в левой руке и левой ноге. Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии.</p>
--	---

	<p>Ухудше ние состоян ия в виде прогрес сирован ия одышк и и появле ния болей в области сердца около полуго да. Объект ивный статус: Состоя ние в покое средней степени тяжест и. Сознан ие ясное. Положе ние вынужд енное полуси дя. Кожа и видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски . Перифе рическ ие лимфоу злы не</p>
--	---

	<p>увеличе ны. Нормос теник. В легких жестко е дыхани е, справа в нижних отделах выслуш иваютс я сухие свистя щие хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмич ные, ЧСС 97 в минуту. Выраже нный систоли ческий шум у мечеви дного отростк а, на верхуш ке с ирради ацией в подмы шечну ю область . АД 120/100 мм.рт.с т.</p>
--	---

	<p>Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Печень у края реберной дуги, мягкая, безболезненная.</p> <p>Физиологические отправления в норме.</p> <p>Неврологический статус: ограниченные движения в левых конечностях, больше в руке.</p> <p>В анализах: Нб-138 г/л, Эр-4,2 х 10<sup>12</sup>/л, Ле-8,2 х 10<sup>9</sup>/л, Тр-226 х 10<sup>9</sup>/л, СОЭ-14 мм/ч.</p> <p>Общий билирубин 15,4 мкмоль</p>
--	--

	/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: синусов ый ритм с ЧСС 87 в мин. Гиперт рофия ЛЖ. Очагов ая в/жел. блокада . Рубец по передне й стенке? . ЭХО- КГ: ЛП 42/54м м, ПП 46/46м м; ЛЖ: КДР/К СР 66/39м м; ФВ 70%; КДО/К СО
--	--



		130/75 мм л; ФВ 65%. МК: S=5,7 см <sup>2</sup> ; створки неоднородной плотности, краевой фиброз. отрыв хорды. Пансистолический пролапс задней створки. Регургитация 3 ст. ТК: регургитация 2 ст. АК в норме. Давление на ЛА 56 мм.рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Недостаточность митрального клапана

	относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. НК II А-Б. IV фк.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Не указана недостаточность трехстворчатого клапана.
P0	Диагноз - поставлен неверно.
B	2 Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
Э	- Эхокардиог

	рафия обеспеч ивает базову ю оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, оценку фракци и выброс а и позволя ет прибли зительн о оценит ь тяжесть регургитации.
P2	Перечи слены - все фактор ы
P1	Перечи слен - все фактор ы кроме одного
P0	Не указан - ы два и более фактор ов
B	Какие типы операц ий 3 использ уются 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-либо обследования необходимо перед операцией

	ией с данной патолог ией у пациен тов с риском ИБС?
Э	Селект ивная - корона рограф ия
P2	- Верно
P0	Ответ - неверн ый
В	5 Основн ые осложн ения в раннем послео пераци онном период е
Э	Кардиа льные событи я, острая почечн ая - недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	Перечи слены - основн ые осложн ения
P1	- Не указано

	одно из осложн ения.
P0	- Недост аточны знания по коморб идным состоян иям
H	- 021
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Больна я Д. 63 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на одышку при умерен ной физиче ской

	<p>нагрузк е, на чувство жжения за грудин ой, период ическу ю отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабил ьность АД с повыше нием повыше ние до 160/90 мм рт.ст., головн ые боли. Анамне з заболе вания: В анамнез е ревмат изм с 10 летнего возраст а. Находи лась на диспан серном учете в</p>
--	---

	<p>ГКБ №38, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, более в области сердца около полугода.</p> <p>Объективный статус: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активно. Кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперс</p>
--	---



	<p>теник.</p> <p>В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту.</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 74 в минуту.</p> <p>На верхушке усилен I тон, выраженный диастолический шум. Систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой с иррадиацией</p>
--	---

	на сосуды шей. АД 160/90м м рт ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не увеличе на. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Le-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л;
--	---

	<p>мочеви на 5,0 ммоль/ л, креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: нормог рамма, ритм синусов ый регуляр ный с ЧСС = 72 в мин. Гиперт рофия ЛЖ с перегру зкой. Субэнд окардиа льная ишемия по боково й, нижней стенке. ЭХО- КГ: ЛП: 44/54 ПП:40/ 60ЛЖ: КСР/К ДР – 50/32. КДО:80 . КСО:30 ФВ: 64 %</p>
--	---

	<p>тЗСЛЖ :16/22 тМЖП: 16/21 Митрал ьный клапан: диамет р кольца – 31. Отверс тие: 2,6 см<sup>2</sup> Градие нт 2/1 мм рт ст. Регурги тация: I ст. Передн ая створка – краевой фиброз, хорды утолще ны. Ao - 22/35. Аортал ьный клапан: 3 створки . S - 0,6 см<sup>2</sup>. Градие нт 105/68 мм.. Левая корона рная створка коротка я. Са III. Трехств орчатый</p>
--	---

		клапан: створки тонкие. Регурги тация I ст. расчетн ое давлен ие в ЛА 25 мм рт.ст.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	Аортал ьный стеноз, кальци ноз III. Относи тельная корона рная недоста точност ь. НК ПА, ФК III.
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.
P0	-	Диагно з - поставл ен неверно .
В	2	Класси фикаци я тяжест

	и данной патологии
Э	<p>Скорость кровотока, м/с:</p> <p>1. мягкий - Менее 3,0</p> <p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - Более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.</p> <p>1. мягкий - Менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - Более 40</p> <p>Площадь отверстия, см<sup>2</sup>:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умеренный - 1,0–1,5</p>

	3. тяжелый - Менее 1,0 Индекс площади и отверстия, см <sup>2</sup> /м <sup>2</sup> 3. тяжелый - Менее 0,6
P2	Перечислены - все параметры
P1	Перечислены все - параметры кроме одного
P0	Не указаны два и - более параметров
B	Какие типы операций 3 используются при данной патологии
Э	1) пластика АК ; - 2) аортальная

	баллонная вальвулотомия
P2	- Перечислены все 2 типа
P1	- Перечислен 1 тип
P0	- Типы не перечислены
B	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Верно
P0	- Ответ неверный
B	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном



	период е
Э	Кардиальны события, острая почечная - недоста точность, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	Перечислены основные - осложн ения
P1	Не указано - одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по - коморб идным состоян иям
Н	- 022
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ - И И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ</b>

	<b>Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
у	<p>Бољна я Д. 63 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную одышку при легкой физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебо и в работе сердца, на чувство диском форта, боли в области сердца сжима ющего характе ра, снижен ие работос пособн ости,</p>

	<p>общую слабость, нестабильность АД с повышением до 200 мм рт ст. Анамнез заболевания: длительный анамнез артериальной гипертензии с повышением АД до 200 мм рт. ст. Коронарный анамнез с 2011г. Инфарктов миокарда не было. По данным селективной коронарографии (СКГ) от 2011г.: гемодинамически значимых стенозов не</p>
--	--

	<p>выявлено. Ухудшение состояния с января 2016г. связано с усилением одышки, появление выраженной слабости и Объективный статус: состояние средней тяжести. Тоны сердца: ритмичные. Шумы: интенсивный систолический шум над всей областью сердца с эпикентром над аортой. АД: 130/80 мм рт.ст. ЧСС:</p>
--	---

	64 мин. Печень не увеличена, отеков нет. В анализах: Нв-138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Ле-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109/л, СОЭ-14 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/л, , креатинин — 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: нормограмма, ритм
--	--

	<p>синусовый регулярный с ЧСС = 64 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/желудочковая блокада .</p> <p>Изменения процессов реполяризации.</p> <p>ЭХО-КГ: ЛП: 41x54 ПП: 41x56 ПЖ: 19x19 КДО: 59 КСО: 29 ФВ: 51% тЗСЛЖ : 15/21 тМЖП: 16/18 Митральный клапан: ств. с краевым фиброзом. ФК: 29 Регургитация: 0 ст.</p>
--	---

	<p>Аортальный клапан: ств. с фиброзом и распространенным кальцинозом. ФК: 23 Регургитация: I ст. Градиент ЛЖ - АО – 81/51 мм рт.ст. Трехстворчатый клапан: ств. не изменены. ФК: 40 Регургитация: 0 ст. Доп. особ.: сократимость по контурам равномерна, диастолическая дисфункция ЛЖ I типа.</p>
В	1 Предположите наиболее

	вероятный диагноз
Э	- Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIA, ФК III.
P2	- Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: указан только стеноз или только недостаточность
P0	- Диагноз поставлен неверно.
В	2 Классификация тяжести данной



	патолог ии
Э	<p>Скорос ть кровото ка, м/с:</p> <p>1. мягкий - менее 3,0</p> <p>2. умерен ный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелы й - более 4,0</p> <p>Средни й градиен т, мм рт. ст.</p> <p>1. мягкий - менее 25</p> <p>2. умерен ный - 25–40</p> <p>3. тяжелы й - более 40</p> <p>Площад ь отверст ия, см<sup>2</sup>:</p> <p>1. мягкий - более 1,5</p> <p>2. умерен ный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелы й -</p>

	менее 1,0 Индекс площад и отверст ия, см2/м2 3. тяжелы й - менее 0,6
P2	Перечи слены - все парамет ры
P1	Перечи слен все - парамет ры кроме одного
P0	Не указан ы два и - более парамет ров
B	3 Какие типы операц ий использ уются при данной патолог ии
Э	1) пластик а АК - 2) аорталь ная баллон ная

	вальвул отомия
P2	- Перечислены все 2 типа
P1	- Перечислен 1 тип
P0	- Типы не перечислены
В	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Метод указан верно
P1	Не сказано о селективности коронарографии
P0	- Метод указан неверно

В	5	Основн ые осложн ения в в раннем послео пераци онном период е
Э	-	Кардиа льные событи я, острая почечн ая недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	-	Перечи слены основн ые осложн ения
P1	-	Не указано одно из осложн ения.
P0	-	Недост аточны знания по коморб идным состоян иям
Н	-	023
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ</b>

	<b>АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
у	Женщи на, 54 года, предъяв ляет жалобы отёчнос ть, тяжесть , ноюще ю боль в левой нижней конечн ости, в области язвенно го дефекта - левой стопы, к вечеру и после физиче ской нагрузк и. Из анамнез а: страдае т варикоз ной болезнь ю в течение многих лет

	(после первых родов). В течении последних 6 месяцев беспокоят тяжесть и отёчность левой нижней конечности к вечеру и после физической нагрузки, появился язвенный дефект на левой стопе. Лечилась самостоятельно (троксе рутиновая мазь) без значительного эффекта. При осмотре: состояние удовлетворител
--	---

	<p>             ьное,              сознани              е ясное.              Кожны              е              покров              ы              чистые,              обычно              й              окраски              . В              легких              дыхани              е              везикул              ярное,              хрипов              нет. ЧД              – 20 в              мин.              Тоны              сердца              ясные,              ритмич              ные.              ЧСС –              64              ударов              в мин.,              АД –              140/90              мм              рт.ст.              Живот              мягкий,              при              пальпа              ции              безболе              зненны              й во              всех              отделах              .              Печень              и              селезен              ка не              увеличе              ны.              Дизури           </p>
--	---

	<p>й нет.</p> <p>Симпто</p> <p>м</p> <p>покола</p> <p>чивани</p> <p>я по</p> <p>поясни</p> <p>чной</p> <p>области</p> <p>отрицат</p> <p>ельный.</p> <p>Status</p> <p>localis:</p> <p>по ходу</p> <p>большо</p> <p>й</p> <p>подкож</p> <p>ной</p> <p>вены</p> <p>слева</p> <p>отмеча</p> <p>ются</p> <p>варикоз</p> <p>но</p> <p>измене</p> <p>нные</p> <p>приток</p> <p>и</p> <p>большо</p> <p>й</p> <p>подкож</p> <p>ной</p> <p>вены,</p> <p>мягкие,</p> <p>безболе</p> <p>зненны</p> <p>е при</p> <p>пальпа</p> <p>ции.</p> <p>Левая</p> <p>нижняя</p> <p>конечн</p> <p>ость</p> <p>отёчна,</p> <p>тёплая</p> <p>на</p> <p>ощупь,</p> <p>в</p> <p>нижней</p> <p>трети</p> <p>левой</p> <p>голени</p>
--	--



	<p>отмечае тся выраже нный липоде рматос клероз. На передне й поверх ности левой стопы имеется язвенн ый дефект 1*1 см, дно язвы выполн ено фибрин ом, без отделяе мого. Перифе рическа я пульсац ия сохране на. Выполн ено УЗДГ и ДС вен нижних конечн остей: выявле но варикоз ная трансф ормаци я приток ов БПВ слева, ствол</p>
--	---

	БПВ расшир ен. При проведе нии пробы с натужи ванием ретрогр адный кровото к определ яется. Несост оятельн ость перфор антов на голени слева. В анализа х: Нб 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.били рубин 18,8 мкмоль /л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/ л, креатин ин — 97,2 мкмоль
--	---

		/л, глюкоз а 5,6 ммоль/ л Коагул ограмм а: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибрин оген – 4,8 г/л, Д- димер> 500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е положе ние ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Экстрас истолия . Призна ки гипертр офии левого желудо чка.
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Варико зная

	болезнь вен нижних конечностей, стадия декомпенсации, с трофическими нарушениями
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикозной болезни
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	2 Характеристика метода, который позволяет

	<p>верифицировать диагноз варикозной болезни.</p>
Э	<p>Основным методом диагностики служит компрессионное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Метод позволяет оценить состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба (окклюзивный, пристеночный, флотирующий), его дисталь</p>

	<p>ную и прокси мальную границу, проходимость глубоких и перфорантных вен и даже ориентировочно судить о давности процесса. В стандартный объем ультразвукового ангиосканирования обязательно должно входить исследование подкожных и глубоких вен не только пораженной тромбофлебитом, но и контралатераль</p>
--	---

	ной конечн ости для исключ ения симуль танного их пораже ния, часто протека ющего бессим птомно. Глубок ое венозно е русло обеих нижних конечн остей осматр ивают на всем протяж ении, начина я от дисталь ных отделов голени до уровня пахово й связки, а если не препятс твует кишечн ый газ, то исследу ют сосуды илиока вальног
--	--

	о сегмент а.
P2	Характ еристик а - метода дана в полном объеме
P1	Недост аточно отраже на ультраз вуковая семиот ика флотир ующего тромба -
P0	Данный метод - не указан
В	3 Показа ния к операц ии при данной патолог ии
Э	выраже нном варикоз ном расши- рении поверх ностны х вен с - пораже нием стволов большо й или малой подкож ных вен;



	при недоста точност и коммун икантн ых вен и клапан ной несосто ятельно сти глубок их вен бедр и голени с явления ми хронич еской венозно й недоста точност и; осложн ениях варикоз ной болезни (тромбо флебит, кровоте чение).
P2	Показа ния к операц ии указан ы верно
P1	Отраже ны не все критери и для операц ии.

P0	- Показа ния не даны.
B	4 Назови те обязате льные этапы хирург ическо й операц ии при ВБВНК .
Э	1. приусть евая перевяз ка и пересеч ение большо й и/или малой подкож ных вен со всеми притока ми; 2. - пересеч ение недоста точных перфор антных вен (прямы м или эндоско пическ им способо м). Абсолю тным показан ием к

	эндоскопическ ой субфас циальн ой диссекц ии перфор антных вен являют ся обширн ые трофич еские наруше ния кожи. 3. удален ие стволов подкож ных вен с учетом протяж енности их клапан ной недоста точност и и варикоз ной трансф ормаци и.
P2	- Все этапы указан ы в полном объеме
P1	- Не указан один из этапов

Р0	Не указан - ы два и более этапов
В	Назови те совреме нные 5 методы лечения варикоз ной болезни
Э	<div>1. С к л е р о т е р а п и я .</div> <div>- 2. Л а з е р н о е л е ч е н и е</div>

	3. Р а д и о ч а с т о т н а я а б л я ц и я в е н н и ж н и х к о н е ч н о с т е й
	4. М и к

		р о ф л е б э к т о м и я
P2	-	Все виды операц ий указан ы в полном объеме.
P1	-	Допуще ны погреш ности в описан ии техник и операц ий.
P0	-	Ответ неверн ый: не показан диффер енциро ванный подход в зависи мости от уровня пораже ния.
H	-	024

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастриальной области, иррадиирующей в правое подреберье, усиливающиеся при приеме пищи, метеоризм. Из анамнеза: боли в эпигастриальной области беспокоят в

	течении 6 месяцев , обраща лся в поликл инику по месту житель ства, где получа л консерв ативну ю терапи ю антаци дами, без эффект а. В течение послед них несколь ких дней отмечае т нараста ние болевог о синдро ма. При осмотр е: состоян ие удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Кожны е покров
--	--



	ы чистые, обычно й окраски . В легких дыхани е везикул ярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмич ные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпа ции безболе зненны й во всех отделах , незначи тельно вздут за счёт метеор изма. Печень и селезен ка не увеличе ны. Дизури
--	--

	<p>й нет.</p> <p>Симпто</p> <p>м</p> <p>покола</p> <p>чивани</p> <p>я по</p> <p>поясни</p> <p>чной</p> <p>области</p> <p>отрицат</p> <p>ельный.</p> <p>Выполн</p> <p>ено</p> <p>УЗДГ</p> <p>аорты и</p> <p>висцера</p> <p>льных</p> <p>артерий</p> <p>:</p> <p>выявле</p> <p>но</p> <p>экстрав</p> <p>азальна</p> <p>я</p> <p>компре</p> <p>ссия</p> <p>чревног</p> <p>о</p> <p>ствола</p> <p>медиал</p> <p>ьной</p> <p>ножки</p> <p>дугообр</p> <p>азной</p> <p>связки,</p> <p>со</p> <p>стенозо</p> <p>м около</p> <p>80%.</p> <p>В</p> <p>анализа</p> <p>х: Нб</p> <p>120 г/л,</p> <p>Эр-4,02</p> <p>х</p> <p>1012/л,</p> <p>Le-10,4</p> <p>х 109/л,</p> <p>Тр-220</p> <p>х 109 /л,</p> <p>СОЭ-</p> <p>25</p>
--	--

	мм/ч. О.били рубин 18,8 мкмоль /л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/ л, креатин ин — 97,2 мкмоль /л, глюкоз а 5,6 ммоль/ л Коагул ограмм а: АЧТВ — 32 сек, ТВ — 18 сек, фибрин оген — 4,8 г/л, Д- димер> 500 мкг/л, МНО — 1,0 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е положе ние ЭОС. ЧСС — 66 в мин. Призна
--	---

		ки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Атеросклеротический стеноз чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикозной болезни
P0	-	Диагноз поставлен

	неверно .
В	2 Назови те формы хронич еской абдоми нально й ишеми и исходя из клинич еской картин ы.
Э	- <ul style="list-style-type: none"> <li>• ч р е в н у ю ( б о л е в у ю ) ;</li> <li>• п р о к с и м а л ь н</li> </ul>

		у ю б р ы ж е е ч н у ю — п р о к с и м а л ь н а я э н т е р о п а т и я ( д и с ф у н к
--	--	---

		Ц и я т о н к о й к и ш к и ) ;  • д и с т а л ь н у ю б р ь ж е е ч н у ю — т е р м и н а
--	--	--

	Л Ь Н А Я К О Л О П А Т И Я ( Д И С Ф У Н К Ц И Я П Р Е И М У Щ Е С Т В Е Н Н О Л Е В О Й
--	---



		П О Л О В И Н Ы Т О Л С Т О Й К И Щ К И ) ; • с м е щ а н н у ю .
P2	-	Все формы указан ы верно
P1	-	Назван о менее 3 форм
P0	-	Фомы не назван ы

В	3 Назови те стадии хронич еской абдоми нально й ишеми и.
Э	Класси фикаци я А. В. Покров ского: 1. Доклин ическая , или стадия компен сации, - свидете льствуе т о сохран ности компен саторн ых - возмож ностей коллате ральног о кровоо бращен ия или же о нерезко м стенози ровани и магистр альных артерий . 2. Стадия субком

	<p>пенсац ии – начало клинич еских проявле ний окклюз ирующ их пораже ний висцера льных ветвей, симпто мы появля ются лишь при функци ональн ой нагрузк е на органы пищева рения. Клинич еская картина в этой стадии доволь но неопре деленна я: чувство тяжест и в эпигаст рии, вздутие живота, чувство перееда ния после приема неболь</p>
--	--

	<p>шого количества пищи и др.</p> <p>3. Стадия декомпенсации - клиническая картина ХИОП становится более отчетливой - появляется типичная триада симптомов: боли в животе после приема пищи, нарушение абсорбционной и моторной функций кишечника, прогрессирующее похудание.</p>
P2	<p>Стадии указаны верно и раскры</p>

	то их значени е
P1	Стадии указан ы - верно, но без описан ия
P0	Стадии не указан ы.
B	Назови те возмож ные причин ы экстрав азально го пораже ния висцера льных артерий .
Э	Сдавле ние серпови дной связкой . Левой ножкой диафра гмы. - Правой ножкой . Медиал ьной ножкой . Элемен тами солнеч ного

	сплетен ия.
P2	- Все причин ы указан ы верно
P1	- Не указана 1 из причин
P0	- Не указан ы две и более причин ы
B	5 Назови те возмож ные хирург ические вмешат ельства при экстрав азально м пораже нии висцера льных артерий брюшн ой аорты.
Э	- Различа ют три вида таких операц ий: средин ная лигаме нтотом ия и крурото мия,

	десоляризация и ликвидация различных приобретенных компрессионных факторов.
P2	- Все виды операций указаны в полном объеме
P1	- Допущены погрешности в описании техники и операций
P0	- Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения
Н	- 025

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина, 64 года, предъявляет жалобы на боли левой верхней конечности, усиливающиеся при подъеме конечности вверх, зябкость в левой руке, онемение кончиков пальцев, головокружения, приступы потемнения в



	<p>глазах, обморочные состояния. Из анамнеза: зябкость, ноющие боли при подъеме левой руки вверх, беспокоят более 3 лет, в течении года появился приступы головокружения, потери сознания, усилились боли в левой верхней конечности. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные</p>
--	---

	<p>покровы чистые, обычно окраски . В легких дыхани е везикул ярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в мин., АД – на правой руке 160/90 мм рт ст., на левой 110/60 мм рт/ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненны й во всех отделах . Печень и селезенка не увеличены.</p>
--	--

	<p>Дизури й нет. Симпто м покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. St. localis: На правой верхнее конечн ости пульсац ия артерий определ яется на всех уровня х. На левой верхней конечн ости в подмы шечной ямке не определ яется. Левая верхняя конечн ость прохла дная на ощупь в сравнен ии с правой. Чувств ительно сть пальцев левой верхней</p>
--	--

	<p>конечн ости снижен а в сравнен ии с правой. Выполн ено ДС с УЗДГ артерий верхни х конечн остей: выявле на окклюз ия левой подклю чичной артерии в 1 сегмент е, патолог ически й ретрогр адный кровото к по левой позвон очной артерии . В анализа х: Hb 130 г/л, Эр-5,0 х 1012/л, Le-11,4 х 109/л, Тр-332 х 109 /л, СОЭ- 18 мм/ч. О.били</p>
--	---

	<p>рубин 24,8 мкмоль /л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/ л, креатин ин — 97,2 мкмоль /л, глюкоз а 9,6 ммоль/ л Коагул ограмм а: АЧТВ — 30 сек, ТВ — 18 сек, фибрин оген — 4,8 г/л, Д- димер&gt; 500 мкг/л, МНО — 1,1 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е положе ние ЭОС. ЧСС — 70 в мин. Призна ки гипертр</p>
--	--

		офии левого желудо чка.
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Атерос клероти ческая окклюз ия левой подклю чичной артерии . Стил синдро м.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: не указано , что тромбо флебит являетс я следств ием варикоз ной болезни
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .

В	2 Назови те стадии ишемии верхней конечности.
Э	I— стадия компенсации кровообращения, или стадия начальных проявлений окклюзионного заболевания (зябкость, парестезии, повышенная чувствительность к холоду с вазомоторными реакциями). II— стадия относительной компенсации, или стадия недостаточности

	<p>кровоо бращен ия при функци ональн ой нагрузк е верхни х конечн остей (преход ящие симпто мы— похоло дание, онемен ие, чувство быстро й усталос ти и утомл яемост и в пальцах и кисти , мышца х предпл ечья либо развити е на фоне функци ональн ой нагрузк и преход ящих симпто мов вертебр обазия рной недоста</p>
--	---



	<p>точност и).</p> <p>III— стадия недоста точност и кровоо бращен ия в верхней конечн ости в состо янии покоя (постоя нное похоло дание, боли, онемен ие пальцев кисти, атрофи я мышц плечево го пояса, предпл ечья, снижен ие мышеч ной силы, потеря возмож ности выполн ения тонких движен ий пальца ми рук— чувство неловко сти в</p>
--	--

	пальцах ). IV— стадия язвенно - некроти ческих измене ний в верхни х конечн остях (отечно сть, синюш ность пальцев рук, болезне нные трещин ы, участки некрозо в в облас ти ногтев ых фаланг, гангрена пальцев ).
P2	Характ еристик а - стадий дана в полном объеме
P1	Характ еристик а - стадий дана не в полном объеме

P0	-	Стадии не приведены.
В	3	Проведите дифференциальную диагностику атеросклеротического поражения подключичной артерии.
Э	-	Нейроаскулярный синдром. Болезнь Рэйно
P2	-	Приведено 2 и более заболеваний.
P1	-	Приведено 1 заболевание.
P0	-	Не приведено примеров.
В	4	Назовите методы диагностики ишемии и верхней

	конечн ости.
Э	1. ДС с УЗДГ 2. МСКТ ангиогра фия 3. МРТ
P2	Все методы диагнос тики назван ы в полном объеме.
P1	Не указан один из - методо в диагнос тики.
P0	Не указан ы два и более - методо в диагнос тики.
В	Назови те методы хирург ического 5 о лечения ишеми и верхней конечн ости.
Э	1. Имплан тация - ПкА в общую сонную

	<p>артерию.</p> <p>2. Сонно-подключичное шунтирование.</p> <p>3. Подключично-подключичное перекрестное шунтирование.</p> <p>4. Стентирование.</p>
P2	<p>Все виды операций</p> <p>- указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Допущены погрешности в описании техник и операций</p> <p>-</p>
P0	<p>Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости</p> <p>-</p>

	от уровня пораже ния
Н	- 026
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	Мужчи на, 56 лет, предъяв ляет жалобы на боли в эпигаст рально й области , ирради ирующ ей в правое подреб ерье, усилива ющиеся при приёме пищи, метеор изм. Из анамнез а: боли

	<p>в эпигастрально-областной области беспокоят в течении 6 месяцев, обраща- лся в поликлинику по месту жительства, где получал консервативную терапию антацидами, без эффекта. В течение последних нескольких дней отмечает нарастающее болевое синдром. При осмотре: состояние удовлет</p>
--	---

	<p>ворител ьное, сознани е ясное. Кожны е покров ы чистые, обычно й окраски . В легких дыхани е везикул ярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмич ные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпа ции безболе зненны й во всех отделах , незначи тельно вздут за счёт метеор изма.</p>
--	--



	<p>Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачиваний по поясничной области отрицательный. Выполнено УЗИ аорты и висцеральных артерий:</p> <p>выявлено атеросклеротический стеноз чревного ствола до 85%, с переходом на устье верхней брыжечной артерии, стеноз 62%.</p> <p>В анализах: Hb 120 г/л, Эп-4,02х</p>
--	--

	1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.били рубин 18,8 мкмоль /л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/ л, креатин ин – 97,2 мкмоль /л, глюкоз а 5,6 ммоль/ л Коагул ограмм а: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибрин оген – 4,8 г/л, Д- димер> 500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е
--	--

		положе ние ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Призна ки гипертр офии левого желудо чка.
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Атерос клероти ческий стеноз чревног о ствола и верхней брыжее чной артерии .
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: не указано , что тромбо флебит являетс я следств ием

	варикозной болезни
P0	- Диагноз поставлен неверно.
B	2 Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	- чревную (болевую); проксимальную брыжеечную — проксимальная - энтеропатия (дисфункция тонкой кишки); дистальную брыжеечную —

	терминальная колопатия (дисфункция преимущественно левой половины толстой кишки); смешанную.
P2	- Все формы указаны верно
P1	- Названо менее 3 форм
P0	- Формы не названы
В	3 Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
Э	- Классификация А. В. Покровского: 1. Доклиническая

	<p>, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения или же о нерезком стенозировании магистральных артерий.</p> <p>2. Стадия субкомпенсации - начало клинических проявлений окклюдующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются</p>
--	--

	<p>лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии довольно неопределенная: чувство тяжести и в эпигастрии, вздутие живота, чувство переедания после приема небольшого количества пищи и др.</p> <p>3. Стадия декомпенсации - клиническая картина ХИОП становится более отчетливой -</p>
--	--

		появляется типичная триада симптомов: боли в животе после приема пищи, нарушение абсорб- ционно й и моторн ой функци й кишечн ика, прогрес сирую щее похуде ние.
P2	-	Стадии указан ы верно и раскры то их значени е
P1	-	Стадии указан ы верно, но без описан ия
P0	-	Стадии не указан ы.
B	4	Назови те возмож



	ные хирург ические вмешат ельства при атероск леротич еском пораже нии висцера льных артерий брюшн ой аорты.
Э	1) восстан овление антегра дного кровото ка путем тромбэ ндартер эктоми и, резекци и артерии с реимпл аптацие й в аорту или протези ровани я артерии ауотра нсплант атом или син тетичес ким протезо м; 2) создани

	е шунтир ующих путей притока ; 3) операц ия переключе ния (аортов исцерал ьные и артерио висцера льные анастом озы). 4) Стенти рование чревног о ствола.
P2	- Все виды операц ий указан ы в полном объеме
P1	- Допуще ны погреш ности в описан ии техник и операц ий
P0	- Ответ неверн ый: не показан диффер енциро ванный подход

	В зависи мости от уровня пораже ния
В	5 Назови те методы медика ментоз ного лечения хронич еской ишеми и органов пищева рения.
Э	1.Корре кцию наруше ний функци и желудо чно- кишечн ого тракта. В зависи мости от преобла дающе й клиник и пораже ния (хронич еский атрофи ческий гастрит , холеци

	стопанк реатит, энтерок олит) показан ы: а) препара ты, нормал изующ ие моторн ую функци ю (церука л, активир ованны й уголь и т.д.); б) замести тельная фермен тная терапия (панзин орм, фестал и т.д.); в) препара ты, улучша ющие функци ю печени и дренаж ную функци ю желчев ыводящ их путей (эссенц иале, ЛИВ-
--	---

	<p>52,аллохол и т.д.); г) терапия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ; д) диетолечение; е) лечение железодефицитной анемии.</p> <p>2. Адекватное обезболивание (ненаркотическое анальгетики): а) обязательно спазмолитическая терапия (но-шпа,нитроглицерин и т.д.).</p> <p>3. Противовоспалительное лечение (бруфен,индоме</p>
--	---

	<p>тацин и т.д.) и седативные препараты при компрессионных стенозах.</p> <p>4. Коррекция нарушений микроциркуляции (курантил, трентал, аспирин, ксантинола никотинат, реополиглюкин в/в и т.д.).</p>
P2	<p>Названы все виды консервативной терапии.</p>
P1	<p>Допущены погрешности в описании терапии</p>
P0	<p>Консервативная</p>

	терапия не дана.
Н	- 027
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	Мужчи на, 59 лет, обрати лся к врачу с жалоба ми на нестаб ильное АД (колеба ния от 140/85 до 185/115 мм рт.ст.) в течение полуго да, на постоян ные головн ые боли, головок ружени я, дискоо рдинац

	<p>ия движен ий, снижен ие памяти, снижен ие вниман ия, сосредо точенн ости, слабост ь. Из анамнез а известн о, что послед ние 6 месяцев отмечае т присту пы головок ружени я, головн ые боли, свистя щий шум в голове. Эпизод ов ОНМК не отмечае т. По данным ДС БЦА: выявле но атероск леротич еское пораже</p>
--	---



	<p>ние брахио цефаль ных артерий .</p> <p>Справа —стеноз на бифурк ации ОСА 40-45%, стеноз ВСА в устье 50-55%. Слева — стеноз на бифурк ации ОСА 30-40%, стеноз ВСА 30-35% При осмотр е: состоян ие относит ельно удовлет ворител ьное. Кожны е покров ы чистые, обычно й окраски .</p> <p>В легких дыхани е везикул ярное, хрипов</p>
--	--

	<p>нет.</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичные.</p> <p>ЧСС – 70 уд. В мин., АД – 150/100 мм рт.ст.</p> <p>Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.</p> <p>Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Дизурий нет.</p> <p>Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>При аускультации сонных артерий справа выслушивается слабый</p>
--	--

		систолический шум. Очаговой неврологической симптоматики нет. Менингеальных симптомов нет
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Облитерирующий атеросклероз. Атеросклеротический стеноз ВСА справа. СМН III ст. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО 4.
P2	-	Диагноз поставл

	ен верно.
P1	Диагно з поставл ен неполн остью: часть нозолог ий упущен а или неверно оценен ы стадии и/или степень артериа льной гиперто нии;
P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	Класси фикаци я сосудис той недоста точност и мозгово го кровоо бращен ия
Э	I степень — асимпт омное течение (отсутс твие

	при- знаков ишеми и мозга) на фоне доказан ного клинич ески значим ого пораже ния сосудов головно го мозга. II степень — переход ящие наруше ния мозгово го кровоо бращен ия (ПНМК ) или транзит орные ишемич еские атаки (ТИА), то есть возник новени е очагово го неврол огическ ого дефици та с полным регресс ом
--	---

	<p>неврологической симптоматики в срок до 24 ч.</p> <p>III степень – так называемое хроническое течение СМН (дисциркуляторная энцефалопатия), то есть присутствие общезговой неврологической симптоматики или хронической вертебробазиллярной недостаточности без перенесенного очагового дефицита в анамнезе.</p> <p>IV степень –</p>
--	--

	перенесенный завершённый или полный инсульт, то есть существование очаговой неврологической симптоматики в течение 24 ч и более.
P2	Классификация - я названа верно.
P1	Классификация названа неполностью: отсутствует - вует обособление одной из нозологических форм
P0	Обособление двух и более - нозологических форм дано

	неверно или Классификация названа неверно
В	3 Инструментальный метод диагностики атеросклеротических поражений сонных артерий
Э	- Дуплексное сканирование артерий – заключается в сочетании УЗИ с доплерографией и цветным окрашиванием кровотока Ангиография – Изображени



	е просве та артери и получа ют с помощ ью контра стного вещест ва. Мульт испира льная компь ютерн ая томогр афия
P2	- Метод ы инстру ментал ьного обследо вание перечис лены верно.
P1	- Метод ы инстру ментал ьного обследо вание перечис лены верно, однако нет обосно вания одного из методо в
P0	- Метод ы

	инструментального обследования перечислены полностью неверно.
В	4 Методы хирургического лечения стенозов сонных артерий
Э	Каротидная эндартерэктомия (выполняется под общим наркозом или местной анестезией с внутривенной седацией. Хирург производит разрез на шее в проекции стенозированной

	<p>ой сонной артерии, удаляет атеросклеротическую бляшку, сшивает сосуд, затем накладывает швы на кожу. Приток к мозгу восстанавливается. Каротидная ангиопластика и стентирование: как правило, выполняется без общей анестезии, но с использованием седации. Баллонный катетер вводится в кровеносный сосуд и под</p>
--	---

	контролем ангиография направляется в место стеноза сонной артерии, далее баллон раздувается в течение нескольких секунд, чтобы расширить артерию. При применении стентирования вместо баллона на суженном участке размещается стент, который будет постоянно поддерживать стенки артерий, просвет сосуда остается открытым)
--	---

P2	-	Перечислены все методы хирургического лечения и обоснованы полностью
P1	-	Перечислены все методы без обоснования
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите тактику лечения для данного больного
Э	-	Хирургическое лечение не показано. Тактика лечения направлена на профилактику инсульта: Коррекция артериальной

	<p>гипертензии (ингибиторы АПФ, диуретики и блокаторы кальциевых каналов)</p> <p>Снижение уровня липидов.</p> <p>Назначение статинов с исследованием функции и печени перед началом приема.</p> <p>Отказ от курения</p> <p>Антитромботические препараты (ацетилсалициловая кислота или клопидогрел) или антикоагулянты по показаниям</p>
--	--

	ДС БЦА через 6 месяцев
P2	- Дальне йшая тактика лечения выбран а верно.
P1	- Тактик а ведения пациен та выбран а верно, однако не обосно вана или обосно вана неверно .
P0	- Тактик а ведения данного пациен та выбран а полнос тью неверно .
Н	- 028
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ</b>

	<b>БЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
у	Женщи на, 34 лет, предъяв ляет жалобы на частое повыше ние АД до 150/100 , головн ые боли, головок ружени я, непосто янные тянущи е боли в - правых отделах живота. Из анамнез а: Считае т себя больно й около года, когда стала отмечат ь непосто янные тянущи е боли в правых отделах живота, наблюд алась у



	<p>уролога , боли не проход или. Крайни е полгода стала отмечат ь частое повыше ние АД до 150/100 , сопров ождаяю щееся головн ыми болями, головок ружени ями. Амбула торно выполн ено УЗИ брюшн ой полост и и МСКТ с контрас том: Правая почка располо жена на уровне Th12- L3 позвонк ов, размеро м 57,9x56 ,0x110, 0 мм.</p>
--	---

	<p>Контур ы четкие, ровные. Паренх има гомоген ная, обычно й плотно сти, чашечн ый аппарат не измене н. Лоханк а не расшир ена. В режиме ангиогр афии в воротах почки в области бифурк ации правой почечн ой артерии определ яется аневриз матиче ское расшир ение сосудис той стенки мешотч атой формы, размеро м 16,0x18 ,0x16,2 мм.</p>
--	--

	<p>Мочеточник прослеживается на всем протяжении, без признаков деформации. Левая почка расположена на уровне Th12-L3 позвонков, размером 56,4х56,3х105,9 мм. Контуры четкие, ровные, паренхима однородная, обычной плотности. Лоханка не расширена. Мочеточник прослеживается на всем протяжении.</p>
--	---

	<p>При осмотр е: Состоя ние удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые чистые, физиол огическ ой окраски . Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмич ные. ЧСС 74 уд/ мин. АД — 130/80 мм. рт. ст.</p>
--	--

	<p>Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный во всех отделах, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правом мезогастрии, в проекции почки. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируется. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме.</p>
--	--

	<p>Костно-мышечная система без видимой патологии. Status localis: На сонных артериях и в проекции брюшного отдела аорты – без шумовой симптоматики. На магистральных сосудах пульсация определяется в полном объеме. В анализах: Нб-138 г/л, Эр-4,2 х 10<sup>12</sup>/л, Ле-8,2 х 10<sup>9</sup>/л, Тр-226 х 10<sup>9</sup> /л, СОЭ-14 мм/ч. Общий билирубин</p>
--	--

	15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л, СКФ – 81,1 мл/ мин/1,7 3м2 ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС – 74 в мин. Диффуз ные наруше ния реполя ризаци и. Наруше ния внутри желудо чковой провод имости.
В	1 Сформ улируй те диагноз

Э	-	Аневризма правой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. Хроническая болезнь почек 2 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет



	<p>верифицировать диагноз аневризмы правой почечной артерии.</p>
Э	<p>МСКТ брюшной аорты с внутривенным контрастированием. Данный метод (неинвазивный) считается «золотым стандартом» - верификации данной патологии. Позволяет визуально определить характер, локализацию и протяженность патологических изменений</p>

	<p>ний в почечных артериях, оценить степень их выраженности и гемодинамическую значимость. Аневризмы почечных артерий обычно локализируются в воротах почки с нередким вовлечением основных ее ветвей. Истинные размеры аневризматического мешка могут не соответствовать таковым на ангиограммах из-за</p>
--	---

	его тромби ровани я. Характ ерными признак ами этой патолог ии являют ся замедле нная эвакуац ия контрас тного вещест ва из аневриз мы, наличи е кальци фикато в в ее стенке. Эксцен трическ ое скопле ние контрас тного вещест ва в виде "висяче й капли" характе рно для ложной аневриз мы почечн ой артерии . Типичн
--	--

		ая ангиографическая картина при аневризмах почечных артерий при фибромышечной дисплазии имеет вид "нитки бус" или четок.
P2		Характеристика - метода дана в полном объеме
P1		Недостаточно отражена рентгенологическая - семиотика аневризм почечных артерий
P0		Данный метод - не указан
B	3	Приведите

	классификацию аневризм почечных артерий
Э	<p>I. По локализации:</p> <p>—</p> <p>устьевые;</p> <p>стволовые;</p> <p>бифуркационные;</p> <p>ветвей I и II порядков;</p> <p>внутриорганные;</p> <p>тотальные (распространяющиеся на ствол и ветви почечных артерий).</p> <p>II. По форме:</p> <p>мешковидные;</p> <p>веретеннообразные;</p> <p>диффузные;</p> <p>расслаивающие.</p> <p>III. По распрос</p>

	<p>траненн ости и сочетан ии с другой патолог ией почечн ых артерий : одинач ные; множес твенны е; двустор онные; — сочетан ные. IV. По этиолог ии: врожде нные; дегенер ативны е (фиброз но- мышеч ная дисплаз ия, болезнь Эрдгей ма и др.) атероск леротич еские; воспали тельны е (специ фическ ие, неспец ифичес кие); посттра</p>
--	--

	вматич еские; ятроген ные. V. По структу ре стенки: истинн ые; ложные .
P2	Класси фикаци я - привед ена правил ьно
P1	Класси фикаци я привед ена не полнос - тью: не указан один пункт класси фикаци и.
P0	Не указан ы два и более - пункто в класси фикаци и
B	Показа ния и основн ые 4 виды операц ий при данной

	патолог ии
Э	Наличи е аневриз мы почечн ой артерии во всех случаях являетс я показан ием к операц ии. 1) Аневри зморра фия со швом или наложе нием заплаты , основн ым условие м выполн ения операц ии являетс я возмож ность боково й пластик и стенки артерии . 2) При располо жении аневриз мы в прокси



	<p>мально м отделе почечн ой артерии целесоо бразно выполн ение реимпл антаци и артерии в аорту выше или ниже естеств енного устья. 3) При невозм ожност и выполн ения реимпл антаци и, предпо чтение отдаец я аортопо чечном у или подвздо шно- почечн ому шунтир ованию аутовен озным транспл антатом или синтети ческим протезо м.</p>
--	---

	<p>4) Показаниями к нефрэктомии служат внутрипочечные аневризмы, являющиеся особенно трудными и спорными для хирургического лечения. В целом показанием к первичной нефрэктомии при АПА является нефроангиосклероз, основные признаки которого — полное отсутствие функции почки по данным радиоиз</p>
--	--

	Отопных методов, уплотнение почечной ткани и уменьшение размеров почки менее 8 см между полюсами по данным ультразвуковых методов.
P2	Показания и основные виды операций указаны верно
P1	Не указан один из видов оперативного вмешательства
P0	Не указаны два и более видов оперативного вмешательства

В	5	Основн ые осложн ения в раннем послео пераци онном период е
Э	-	Кардиа льные событи я, острая почечн ая недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	-	Перечи слены основн ые осложн ения
P1	-	Не указано одно из осложн ения.
P0	-	Осложн ения не указан ы
Н	-	029
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е</b>

	<b>РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	<p>Мужчина, 48 лет, поступил в стационар с жалобами на частые головные боли, слабость, перемежающаяся хромота у правой нижней конечности при ходьбе более чем на 300 метров, судороги в мышцах голени справа. Из анамнеза: Болен в течение последних полутора лет,</p>

	<p>когда у него было определено стойкое высокое артериальное давление. Лекарственная терапия — без эффекта.</p> <p>Артериальное давление достигало 200/130 мм рт.ст. Произведена аортография по Сельдингеру, обнаружено склеротическое сужение левой главной почечной артерии, калибр почечной артерии в месте сужения 3 мм. Размер левой</p>
--	---

	<p> почки  11 см,  правой  почки  12,5 см.  На  нефрог  рамме  контрас  тирован  ие  левой  почки  по  времен  и  отстает  от  контрас  тирован  ия  правой  почки.  По  данным  ангиогр  афии и  УЗДГ  артерий  нижних  конечн  остей –  стеноз  подкол  енной  артерии  справа  50%,  кровото  к  компен  сирован  .  При  осмотр  е:  Состоя  ние  удовлет  ворител  ьное.  Сознан </p>
--	--

	<p>ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые чистые, физиол огическ ой окраски . Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмич ные. ЧСС 74 уд/ мин. АД — 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболе зненный. Печень не увеличе на. Селезен</p>
--	---



	<p>ка, почки не пальпируется. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии.</p> <p>Status localis: На сонных артериях и в проекции брюшного отдела аорты – без шумовой симптоматики. В проекции левой почечной артерии – систолический</p>
--	--

	<p>шум. На магистр альных сосудах нижних конечн остей пульсац ия определ яется слева — в полном объеме, справа на уровне бедрен ной артерии , ниже резко ослабле на. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Le-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви</p>
--	--

		на 5,0 ммоль/ л, креатин ин — 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л, СКФ — 78,3 мл/ мин/1,7 3м2 ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС — 76 в мин. Диффуз ные наруше ния реполя ризаци и. Наруше ния внутри желудо чковой провод имости.
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Мульти фокаль ный атероск лероз. Стеноз левой почечн ой

	артерии , ХПН I. Вазоре нальная гиперте нзия, ст. декомп енсац и. Стеноз подкол енной артерии справа, ХАН Па степени .
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен неполн остью: пропущ ена одна из нозолог ий
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Опиши те характе рную для данной патолог ии ангиогр

	афическую картину
Э	<p>Атеросклеротический стеноз почечной артерии характеризуется преимущественным поражением устья и проксимального сегмента сосуда (1—2 см), обычно с выраженным постстенотическим расширением (рис. 6.22). Поражение среднего и дистального участка в артерии наблюдается редко. Коллатеральна</p>

	<p>я сеть сосудов обычно не развита . Характ ерной особен ностью атероск лероза являетс я частое сочетан ное пораже ние почечн ых артерий и других сосудис тых бассейн ов (корона рные, брахио цефаль ные артерии , аорта и артерии нижних конечн остей). Изолир ованны е пораже ния почечн ых артерий встреча ются лишь у трети</p>
--	--

		больны х.
P2	-	Ангио- графиче- ская картина описана в полном объеме
P1	-	Недост- аточно отраже- на рентген- ологиче- ская семиот- ика атероск- леротич- еского стеноза почечн- ой артерии
P0	-	Ангио- графиче- ская картина не описана
B	3	Опиши- те патоген- ез вазоре- альной гиперте- нзии
Э	-	До настоя- щего времен- и некотор- ые вопрос- ы патоген

	<p>еза вазорен альной гиперте нзии, включа ющие сложны й компле кс гумора льных нейроге нных, гемоди намиче ских механи змов и их взаимоз ависим ость, остают ся неясны ми. Считае тся, что главное значени е в механи зме развити я артериа льной гиперте нзии имеет снижен ие именно пульсов ого и перфуз ионног о давлен ия в</p>
--	--



	<p>почках. В этих условиях юкстагломерулярный аппарат ишемизированной почки секретирует повышенное количество протеолитического фермента ренина, который и является пусковым фактором развития гипертензии. В крови ренин соединяется с ангиотензином, образуя прессорный амин ангиотензин-I. Под воздействием</p>
--	--

	<p>конвертирующ его фермента ангиотензин-І переходит в свою активную форму</p> <p>—</p> <p>ангиотензин-ІІ, который является мощным вазопрессором. Спазм резистивных сосудов приводит к повышению периферического сопротивления кровотока, увеличивая работу сердца, что проявляется повышением артериального давления</p>
--	---

	<p>ия.</p> <p>Кроме того, под влиянием ангиотензина-II на надпочечники происходит гиперсекреция минералокортикоидного гормона альдостерона, изменяющего фильтрационную функцию почек. Происходят задержка натрия в организме и повышение объема внеклеточной жидкости, изменение реакции и сосудов на</p>
--	---

	<p>действи е катехол аминов, отек сосудис той стенки, усилен ие вазokon стрикц ии и рост гиперте нзии. Одновр еменно снижае тся антигип ертензи вная (депрес сорная) функци я почек, осушес твляема я посредс твом простаг ландин ов и кинино в. Наибол ьшее снижен ие депресс орной функци и почек происх одит при длитель ном течении болезни</p>
--	---

	и паренхиматозных изменениях в почках.
P2	- Патогенез приведен правильно
P1	- Патогенез приведен не полностью
P0	- Патогенез не представлен
В	4 Опишите характерные жалобы пациентов при атеросклеротическом стенозе почечной артерии
Э	- Субъективные проявления вазоренальной гипертензии не являются специфическими и во

	<p>многосходны с гипертонической болезнью. Выделяют 4 группы жалоб больных:</p> <p>жалобы, характерные для церебральной гипертонии, — головная боль, тяжесть в затылочной области, ощущение приливов в голове, шум в ушах, мелькание "мушек" перед глазами, плохой сон, снижение умственной работос</p>
--	---

	<p>пособн ости; жалобы , связанн ые с повыше нной нагрузк ой на сердце, — боли и неприя тные ощуще ния в области сердца, сердцеб иения, одышка ; жалобы , обуслов ленные пораже нием самих почек, — тупые боли, чувство тяжест и в поясни чной области , при инфарк те почки — гематур ия; жалобы , связанн ые с пораже</p>
--	---

	<p>нием и ишемией в других артериях, — боли и перемежающаяся хромота в нижних конечностях, боли и слабость в верхних конечностях, проявления каротидной и вертебробазиллярной недостаточности и пр. Эта группа жалоб имеет важное значение, так как наличие признаков ишемии в различных анатомически</p>
--	---



	х область х подтвер ждает систем ный характе р заболев ания, в том числе пораже ние почечн ых артерий .
P2	Жалоб ы - пациен тов указан ы верно
P1	Жалоб ы - пациен тов указан ы не полнос тью
P0	Не указан ы две и - более групп жалоб
В	5 Укажит е показан ия и против опоказа ния к стентир ованию почечн

	ых артерий
Э	Показа ния: гемоди намиче ски значим ое сужени е (стеноз) почечн ой артерии в сочетан ии со злокаче ственно й, прогрес сирую щей, резисте нтной к консерв ативно й терапии артериа льной гиперте нзии, либо в случае неперен осимос ти базисн ых антигип ертензи вных препара тов; гемоди намиче ски значим ое сужени

	<p>е (стеноз) почечн ой артерии в сочетан ии с ХБП; гемоди намиче ски значим ое сужени е (стеноз) почечн ой артерии в единств енной функци онирую щей почке. гемоди намиче ски значим ое сужени е (стеноз) почечн ой артерии в сочетан ии с рециди вирую щей сердечн ой недоста точност ью при сохран ной функци</p>
--	--

	и левого желудо чка или внезапн ым (необъя снямы м другим и причин ами) отеком легких, а также с резисте нтной к стандар тной терапии нестабил ьной стенокар дией. гемоди намиче ски значим ый стеноз в сочетан ии с внезапн о наступи вшей тяжелой артериа льной гиперте нзией или увеличе ние степени тяжест и артериа льной
--	--

	гипертензии. Противопоказания: тяжелые анафилактические реакции на рентгеноконтрастные препараты. некорригируемые коагулопатии. злокачественные новообразования; активный инфекционный процесс в области доступа; группа противопоказаний, связанных с невозможностью рентгеноконтрастных исследований.
--	---

P2	Перечислены основные показания и противопоказания.
P1	Показания и противопоказания - указаны не полностью
P0	Показания и противопоказания не указаны
H	- 030
И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 27 лет, предъявляет жалобы на частое

	<p>повыше ние АД до 160/100 , сопров ождаем ое головно й болью. Из анамнез а: Считае т себя больно й в течение 9 лет, когда впервы е отмети ла повыше ние артериа льного давлен ия до 180/100 мм рт.ст. Не обследо валась, не лечилас ь. 5 лет назад с явления ми гиперто ническ ого криза была госпита лизиров ана, при обследо</p>
--	--

	вании, включа я МСКТ сосудов почек, выявле но локальн ое сужени е контрас тируем ого просвет а правой почечн ой артерии и гипопл азия правой почки. При аортоар териогр афии, выявле но уменьш ение правой почки в размера х. В средне м сегмент е правой почечн ой артерии определ яется извитос ть хода с сужени
--	--



	<p>ем просвет а 3 степени . При осмотр е: Состоя ние удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые чистые, физиол огическ ой окраски . Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмич ные. ЧСС 80</p>
--	--

	<p>уд/ мин. АД — 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболе зненны й во всех отделах . Печень не увеличе на. Селезен ка, почки не пальпи руется. Синдро м Пастер нацкого отрицат ельный с обеих сторон. Отправ ления в норме. Костно- мышеч ная система без видимо й патолог ии. Status localis: Пульса ция на магистр альных артерия х нижних</p>
--	--

	<p>конечн остей определ яется в полном объеме. На аорте и сонных артерий без шумово й симпто матики. В проекц ии правой почечн ой артерии - систоли ческий шум. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Ле-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви</p>
--	---

		на 5,0 ммоль/ л, креатин ин — 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л, СКФ — 81,1 мл/ мин/1,7 3м2 ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС — 74 в мин.
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Фибро мускул ярная гиперп лазия правой почечн ой артерии . Гипопл азия правой почки. Вазоре нальная гиперте нзия, ст. декомп енсаци и. ХПН I ст.

P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: пропущ ена одна из нозолог ий
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Опиши те характе рную для данной патолог ии ангиогр афичес кую картину
Э	-	При фибром ускуляр ной дисплаз ии патолог ически й процесс в почечн ой артерии чаще локализ

	<p>уется в средней, реже — в дистальной ее трети, нередко распространяясь на зону деления сосуда и его ветви. Форма стеноза может быть различной: чаще всего это мультифокальное поражение, когда множественные локальные сужения чередуются с микроаневризматическими расширениями артерии ("нитка бус"), реже встречаются</p>
--	---

	<p>тубулярные (концентрическое сужение артерии в пределах 1—2 сегментов) и монофокальные (по типу "песочных часов") стенозы почечных артерий.</p> <p>Коллатеральное кровообращение почки обычно хорошо развито.</p> <p>У больных с фибромускулярной дисплазией наиболее часто встречаются аневризмы почечных артерий.</p>
--	---

		возмож но сочетан ие с нефроп тозом (ангиог рафия в вертика льном положе нии больног о или на вдохе).
P2	-	Ангиог рафиче ская картина описана в полном объеме
P1	-	Недост аточно отраже на рентген ологиче ская семиот ика фибром ускуляр ной гиперп лазии
P0	-	Ангиог рафиче ская картина не описана
B	3	Опиши те патоген ез данного



	заболевание
Э	При этой врожденной патологии основной патологический процесс занимает среднюю оболочку артерии и представлен пролиферацией гладкомышечных волокон и фиброзных элементов с истончением и разрывом волокон эластического каркаса. Дефицит эластической ткани является

	пусков ым момент ом в развити и заболев ания. В последу ющем наступа ет компен саторна я гипертр офия мышеч ной и пролиф ерация фиброз ной ткани, что сопров ождает ся дисплас тически ми процесс ами с пораже нием одного из слоев артериа льной стенки, хотя чаще всего измене ния интимы и адвенти ции носят вторич
--	---

	<p>ный характер. В отличие от атеросклероза поражение обычно локализуется в средней, реже в дистальной трети почечной артерии, нередко с вовлечением зоны ее деления и ветвей. Наиболее часто формируется стеноз, реже — аневризма почечной артерии.</p>
P2	<p>- Патогенез приведен правильно</p>
P1	<p>- Патогенез приведен не</p>

		полнос тью
P0	-	Патогене нез не предста влен
B	4	Выбери те оптима льный метод операти вного лечения данного пациен та и опишит е его основн ые принци пы
Э	-	При возмож ности выполн ения операц ией выбора при фибром ускуляр ной гиперп лазии с изолир ованным циркул ярным пораже нием почечн ой артерии являетс я балонн ая

	<p>ангиопластика .</p> <p>Диаметр рабочей части дилатационного катетера подбирается в зависимости от диаметра неповрежденной части почечной артерии и должен превышать ее на 10 %, но не более чем на 15 % из-за опасности разрыва стенки сосуда. Главным принципом баллонной дилатации является ее многократное применение.</p>
--	--

		ратное выполн ение с постепе нно нараста ющей амплит удой и величи ной дилати рующег о усилия.
P2	-	Показа ния и основн ые принци пы операц ии указан ы верно
P1	-	Показа ния и основн ые принци пы операц ии указан ы не полнос тью
P0	-	Показа ния и основн ые принци пы операц ии не указан ы
B	5	Основн ые осложн

	ения в раннем послео пераци онном период е
Э	- Кардиа льные событи я, острая почечн ая недоста точност ь, кровоте чение
P2	- Перечи слены основн ые осложн ения
P1	- Не указано одно из осложн ения.
P0	- Осложн ения не указан ы
Н	- 031
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА</b>

	<b>ВОПРОСЫ</b>
у	<p>Пациент К., 57 лет жалуется на умеренную одышку при легкой физической нагрузке, на чувство дискомфорта в области сердца, отеки нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе</p>



	<p>е нет. Считае т себя больны м с 1975 года, когда в процесс е планов ого мед. осмотр а в военко мате был диагнос тирован врожде нный порок сердца — открыт ый артериа льный проток. 25.12.1 975г. на базе ГКБ №5 была выполн ена перевяз ка протока . В последу ющем больно й нигде не наблюд ался. Ухудше ние состоян</p>
--	--

	<p>ия, в виде появления одышки, диском форта в области сердца с 2016г., по поводу чего находи лся на лечени и ЦРБ г. Заволж ья. В процесс е дообсле довани я, по данным ЭхоКГ был диагнос тирован порок аорталь ного клапана .</p> <p>Объект ивный статус: состоян ие удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и</p>
--	---

	<p>видимые слизистые физиологической окраски.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены. Гипертеник. 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 ирради</p>
--	--

	<p>ацией на сосудах шеи. АД 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме. Данные обследования: ЭКГ от 11.04.17г.: ритм синусовый с ЧСС 104 уд/мин, гипертрофия левого предсердия, левого желудочка, нарушение процессов</p>
--	---

	реполя ризаци и. ЭхоКГ от 04.10.1 7г.: Комбин ирован ный порок аорталь ного клапана . Недост аточнос ть митрал ьного и трикусп идальн ого клапан ов. ЛП: 50/40 КДР: 66 КСР: 31 КДО: 160 КСО: 66 ФВ: 58% тЗСЛЖ : 9/16 тМЖП: 9/16 Аортал ьный клапан: 2 створки (ложна я контрак тура) кальци ноз створок . Расшир ение
--	--

	<p>восходящего отдела аорты, аорта до 62 мм, на уровне сино-тубулярного гребня – 46 мм. Митральный клапан: плохая визуализация, пролабирование задней створки, регургитация II степени.</p> <p>Трикуспидальный клапан: регургитация I степени.</p> <p>СКГ от 12.04.17: тип кровотока – правый. Левая коронарная артерия без гемодинамически значим</p>
--	--

		ых сужени й. Правая корона рная артерия – без гемоди намиче ски значим ых сужени й.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ВПС. Двуств орчаты й аорталь ный клапан. Комбин ирован ный аорталь ный порок. - Аневри зма восходя щего отдела аорты. Недост аточнос ть митрал ьного клапана II ст. Недост

	а точнос ть трикусп ида льн ого клапана I ст. НК IIА (NYHA II)
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен неполн остью: часть нозолог ий упущен а или неверно оценен ы степень недоста - точност и митрал ьного, трикусп ида льн ого клапан ов, неверно оценена стадия наруше ния кровоо бращен ия.
P0	Диагно з - поставл



	ен неверно .
В	2 Какой метод дополн ительно го исследо вания предпо чителе н для больног о
Э	- Пациен ту показан о контрас тное исследо вание (аортог рафия и/или КТ- Ангиог рафия грудно й аорты) для верифи кации топики пораже ния, для выявле ния анатом ии корона рных артерий , протяж енности аневриз

	матического процесса.
P2	Метод определен - верно и обоснован
P1	Метод определен, но - неполностью обоснован
P0	Метод - не назван
B	3 Классификация аневризм аорты
Э	по локализации: а) грудного отдела: синуса Вальсальвы (А), восходящей - части (В), дуги (С), нисходящей части (О), грудной и брюшной частей

	<p>(Е), комбинированные аневризмы; б) брюшного отдела: супраренальные — аневризмы верхнего отдела брюшной аорты с вовлечением отходящих от нее ветвей (I тип), инфраренальные — без вовлечения бифуркации аорты (II тип), инфраренальные — с поражением бифуркации аорты и подвздошных артерий (III тип), тотальные</p>
--	---

	<p>аневризмы (IV тип); по этиологии: а) приобретенные: невоспалительные (атеросклеротические, травматические); воспалительные (сифилитические, микотические) идиопатические; б) врожденные; по форме: а) мешотчатые – представляют собой локальное выпячивание стенки, занимающее не более половины диаметра аорты.</p>
--	---

	<p>Мешотчатые аневризмы брюшного отдела аорты подразделяются на боковые, распротраняющиеся на подвздошные артерии (мешотчатые аортоподвздошные аневризмы) и аневризмы, спускающиеся в малый таз (аневризмы типа лягушки); б) веретеннообразные — образуется вследствие равномерного расширения стенки аорты</p>
--	---

	<p>по всей или большей части окружности ее определенного сегмента;</p> <p>по строению аневризматического мешка:</p> <p>а) истинные аневризмы имеют строение, идентичное строению стенки аорты;</p> <p>б) ложные — стенка аневризмы образована рубцовой тканью;</p> <p>по характеру клинического течения:</p> <p>бессимптомные,</p>
--	--

	типичные, неосложненные, осложненные (разрывом, расслоением, тромбозом, обызвествлением)
P2	- Дана полная классификация аневризм аорты.
P1	- Классификация дана неполностью
P0	- Не названы основные пункты классификации
B	4 Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения аневризмы аорты

Э	<p>разрывы (прорыв в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы – обильное, угрожающее жизни кровоотечение и образование сгустков (гематом); тромбозы аневризматического мешочка – образование в нем одного или нескольких (иногда слившихся в один)</p>
---	--



		сгустко в из-за накапл ивающе йся крови; тромбо эмболи и артерий на перифе рии из- за отрыва тромбо в, «родив шихся» в аневриз матиче ском выпячи вании; инфици рование полост и аневриз мы, как следств ие – абсцеди рование (гноеоб разован ие).
P2	-	Осложн ения указан ы верно
P1	-	Не указан ы 1-2 типа осложн ений
P0	-	Осложн ения не

	указан ы
В	5 Хирургическая тактика у данного пациента
Э	- Показано оперативное лечение : операция Бенталла Де Боно, пластика митрального и трикуспидального клапанов
P2	- Тактика лечения выбрана верно.
P1	- Предложены менее радикальные коррекции: раздельное протезирование аортального клапана и восходя

	щей аорты (редуци рующая аортопл астика)
P0	- Тактик а ведения данного пациен та выбран а полнос тью неверно .
H	- 032
И	- ОЗНАК ОМЬТЕ СЬ С СИТУА ЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРО СЫ
У	- пациен т П., 44 года поступ ил в отделен ие экстрен но с жалоба ми на острую боль за грудин ой, одышку .

	<p>головок ружени е, сердцеб иение. Болен около 8 часов, когда после подъем а тяжест и (подни мал диван на 4 этаж) резко возникл а острая боль за грудин ой, одышка , головок ружени е, потемн ение в глазах, слабост ь. Вызвал бригаду СМП, с подозре нием на ОКС доставл ен в ЦРБ, где на фоне лечения достигн уто некотор ое улучше</p>
--	--

	<p>ние. Выполн ено ЭХО- КГ: выявле но расшир ение восходя щей аорты (с ундули рующе й мембра ной) до 68 мм, диамет р АК – 30 мм, диамет р аорты на уровне синоту булярн ого ребня – 38 мм, регург итация на аорталь ном клапане II ст, расшир ение кольца АК за счет некоро нарного синуса. Объект ивно: кожные покров ы</p>
--	--

	<p>бледны е, Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, выслуш ивается диастол ически й шум во 2-ом межреб ерье справа. АД- 80/50 мм рт ст. Дыхани е везикул ярное, несколь ко ослабле нное. Живот мягкий, безболе зненны й. Для решени я вопроса о дальней шей тактике ведения  пациен т перевод ится в специал изирова нное отделен ие</p>
--	--

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Расслаивающаяся аневризма восходящей аорты, II типа по Де Бейки, острое течение. НК ПА (NYHA II)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указана стадия процесса, тип расслоения по Де Бейки, неверно оценена стадия нарушения кровоо

		браще ния.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какой метод дополн ительно го исследо вания предпо читите н для больног о
Э	-	Пациен ту показан о контрас тное исследо вание (аортог рафия и/или КТ- Ангиог рафия грудно й аорты) для верифи кации топики пораже ния, определ ения прокси мально й границ ы



	<p>             расслоения,              топики              ложного              и              истинного              просветов,              для              выявления              анатомии              коронарных              артерий,              протяженности              аневризматического              процесса,              взаимоотношения              различных              структур              средостения           </p>
P2	<p>             - Метод определен верно и обоснован           </p>
P1	<p>             - Метод определен, но неполностью обоснован           </p>
P0	<p>             - Метод не назван           </p>

В	Классификация расслаивающихся аневризм аорты (по ДеБейк и Stanford)
Э	Согласно классификации ДеБейк и, определяют 3 типа расслоения: I – надрыв интимы в восходящем сегменте аорты, расслоение распространяется до грудного и брюшного отделов; II – место надрыва и расслоение огранич

	<p>ено восходя щим отдело м аорты, III – надрыв интимы в нисход ящей аорте, расслое ние может распрос транять ся до дисталь ных отделов брюшн ой аорты, иногда ретрогр адно на дугу и восходя щую часть. Стэнфо рдская класси фикаци я выделя ет расслаи вающие ся аневриз мы аорты типа А - с прокси мальны м расслое нием,</p>
--	--

	затрагивающую ее восходящий отдел, и типа В - с дистальным расслоением дуги и нисходящей части аорты.
P2	- Дана полная классификация аневризм аорты.
P1	- Классификация дана неполностью
P0	- Не названы основные пункты классификации
B	4 Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения аневризмы аорты

Э	<p>разрывы (прорыв в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы – обильное, угрожающее жизни кровоотечение и образование сгустков в (гематом); тромбозы аневризматического мешочка – образование в нем одного или нескольких (иногда слившихся в один)</p>
---	--

		сгустко в из-за накапл ивающе йся крови; тромбо эмболи и артерий на перифе рии из- за отрыва тромбо в, «родив шихся» в аневриз матиче ском выпячи вании; инфици рование полост и аневриз мы, как следств ие – абсцеди рование (гноеоб разован ие).
P2	-	Осложн ения указан ы верно
P1	-	Не указан ы 1-2 типа осложн ений
P0	-	Осложн ения не

	указан ы
В	5 Хирургическая тактика у данного пациента
Э	Показано оперативное лечение : операция супракаротидное протезирование - восходящей аорты с протезированием некоронарного синуса – операция Вольфа .
P2	Тактика - лечения выбрана верно.
P1	Предложена операция - Бенталла Де Боно, раздельного

	протези ровани я аорталь ного клапана и восходя щей аорты
P0	Хирург ическая тактика пациен та - та выбран а неверно .
H	- 033
I	ОЗНАК ОМЬТЕ СЬ С СИТУА ЦИЕЙ И - ДАЙТЕ РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРО СЫ
У	Пациен тка 49 лет жалует ся на наличи е - расшир енных вен на ногах, боль, тяжесть , усталос ть,



	<p>отечнос ть ног. Болеет длитель ное время, когда после вторых родов стала отмечат ь указанн ые симпто мы. По данным дулекс ного сканир ования вен нижних конечн остей отмечае тся несосто ятельно сть остиаль ного клапана с обеих сторон, ретрогр адный кровото к по стволу большо й подкож ной вены, варикоз но расшир енные приток и,</p>
--	--

	<p>несосто- ятельно- сть перфор- антов в нижней трети голеней .</p> <p>Локаль- но: на нижних конечн- остях отмеча- ются варикоз- но расшир- енные вены в бассейн- е большо- й и малой подкож- ных вен, трофич- еских измене- ний нет. Пульса- ция артерий сохране- на на всех уровня- х.</p>
В	<p>1</p> <p>Предпо- ложите наибол- ее вероятн- ый диагноз .</p>

Э	- Варикозная болезнь нижних конечностей, стадия декомпенсации. ХВН II ст.
P2	- Диагноз поставлен верно.
P1	- Диагноз поставлен неполностью: не отражена степень венозной недостаточности
P0	- Диагноз поставлен неверно.
В	2 Классификация ХВН
Э	- ХВН 0 – асимптомное течение - ХВН 1 – синдром «тяжелых»

	ног, преход ящий отек ХВН 2 — стойки й отек, гипо- или гиперп игмент ация ХВН 3 — трофич еские измене ния
P2	Класси фикаци - я дана полнос тью
P1	Не указан ы наруше - ния пигмен тации кожи
P0	Класси фикаци - я не отраже на в ответе
B	Назови те принци пы хирург ическо 3 й коррек ции варикоз ной болезни

Э	Ликвидирование вертикального рефлюкса (перевязка сафено-фemorального/сафено-попliteального соустья), ликвидирование горизонтального рефлюкса (перевязка основных перфорантов)
P2	Основные принципы указаны полностью
P1	Принципы указаны не полностью
P0	Основные принципы не

	отражены в ответе
В	4 Хирургическая тактика у данной пациентки
Э	- Пациентке рекомендовано оперативное вмешательство : - венэктомия по Троянову-Тренделенбургу-Бэбкокку-Нарату
P2	- Тактика определена верно
P1	- Предложен менее радикальный вид операции
P0	- Предложен другой вид операции

В	5 Назови те основные осложнения после операций при варикозной болезни
Э	Кровотечение, нагноение, тромбоз глубоких вен, повреждение нервных стволов (кожные ветви, общий малоберцовый и большеберцовые нервы), повреждение артерий (в области СФС, в области тыла стопы и медиальной лодыжки), некроз кожи (при трофич

	еских измене ниях)
P2	- Осложн ения указан ы верно
P1	- Не указан ы 1-2 осложн ения
P0	- Не указан ы 3 и более осложн ений
H	- 034
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Мужчи на, 69 лет, поступ ил в отделен ие сосудис той хирург ии с жалоба ми на наличи е



	болезне нного плотного образования в правой паховой области , переме жающая хромота у правой нижней конечности при ходьбе более чем на 100 метров. Два года назад провод илась аортогра фия по Сельдин геру. После выписки и отмечае т медлен ный рост образов ания в области послеопе рационной раны. За медици
--	--

	<p>нской помощь ю по этому поводу пациен т не обраща лся. Причин ой данного обраще ния пациен та явилось появле ние болевог о синдро ма. Лабора торные данные при поступ лении: Hb — 127 г/л, Eг — 3,09 х 1012/л, L — 6,7 х 109/л, общий белок — 64г/л; креатин ин — 64 umol/l; калий — 0,6 mmol/l; натрий —137 mmol/l, АСТ — 26 U/l,</p>
--	---

	<p>АЛТ — 2-2 U/l, ПТИ — 73%; АЧТВ — 32,5 с.</p> <p>При осмотре: правая нижняя конечность бледная, при пальпации прохладная, вены опустошены. В паховой области по передней поверхности бедра, в проекции бедренной артерии определяется плотное, болезненное, слабо пульсирующее образование диаметром 5 см,</p>
--	--

	<p>возвышающееся над кожей на 7 см. Кожа над образованием имеет цианотичный оттенок. При аускультации выслушивается дурующий систолический шум. Тактильная чувствительность и активные движения в конечностях сохранены. Пульсация на подколенной артерии справа отсутствует, слева определяется до уровня стопы. Выполнена</p>
--	---

		дисталь ная артерио графия, по данным кото ро й, справа, визуали зируется полость 6 см в диамет ре, ниже бифурк ации общей бедрен ной артерии .
В	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Ложная аневриз ма бедрен ной артерии справа, I тип. Хронич еская артериа льная недоста точност ь правой нижней конечн ости II степени .

P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: не указан тип аневриз мы или степень хронич еской артериа льной недоста точност и.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Назови те инстру ментал ьные методы , которы е позволя ют верифи цироват ь диагноз ложной аневриз мы бедрен ной

	артерии
Э	<p>Для диагностики ложной аневризмы бедренной артерии в настоящее время используют сочетание методов ультразвукового и ангиографического исследования, поскольку каждый из них имеет свои недостатки в диагностике данного заболевания. Так, ультразвуковое дуплексное сканирование не позволяет</p>

	<p>визуализировать аневризму. При ангиографическом исследовании не всегда возможно оценить размеры аневризмы, так как контрастное вещество заполняет только свободный просвет. Эти два метода не исключают, а дополняют друг друга. В настоящее время в диагностике заболеваний периферических</p>
--	--



		артерий так же широко примен яют спираль ную компью терную и магнит но- резонан сную томогра фию.
P2	-	Инстру ментал ьные методы назван ы в полном объеме
P1	-	Недост аточно отраже на особен ность диагнос тики данного заболев ания инстру ментал ьными метода ми
P0	-	Метод ы не указан ы
B	3	Привед ите класси фикаци ю ложных

	аневриз м бедрен ной и подкол енной артерии .
Э	Выделя ют два типа аневриз м бедрен ной артерии . При типе I аневриз матиче ское расшир ение находи тся дисталь нее бифурк ации общей бедрен ной артерии , при типе II в процесс вовлече на глубока я артерия бедр. Аневри змы подкол енной артерии в зависи мости

	<p>от их локализации делят на три типа: проксимальные, средние, дистальные. Для первого типа характерны большие размеры и локализация позади мышц ковов бедренной кости, для второго типа — распространение более проксимально и дистально от уровня суставной щели коленного сустава; третий тип характеризуется</p>
--	---

	я меньши ми размера ми по сравнен ию с типами, указанн ыми выше.
P2	Класси фикаци я - привед ена правил ьно
P1	Класси фикаци я привед ена не полнос - тью: не указан один пункт класси фикаци и.
P0	Не указан ы два и более - пункто в класси фикаци и
B	4 Назови те основн ые виды операц ий при данной патолог ии

Э	<p>Существует пять основных принципов хирургического лечения аневризм бедренно-подколенной локализации: полное иссечение с последующим замещением сосудистого дефекта протезированием. Данный метод применим к аневризмам малого диаметра; перевязка приносящего и исходящего из аневризмы сегментов артерии</p>
---	--

	<p>с последующим обходным шунтированием; частичная резекция аневризматического мешка с внутримешковым протезированием; операция Матаса — облитерация просвета аневризматического мешка без восстановления магистрального кровотока по этому сегменту. Данный метод в настоящее время широко</p>
--	---

	<p>применения не имеет; и его использование целесообразно только при поражении не магистральных артерий, а ветвей подколленной или бедренной артерии; поясничная симпатэктомия, выполняемая для улучшения коллатерального кровообращения. Применяется только при состоявшемся тромбозе аневризматического мешка.</p>
--	--

	<p>В послед нее время стали широко использ овать методы эндовас кулярн ого лечения аневриз м подкол енной артерии , заключ ающиес я в постано вке стента внутри аневриз матиче ского мешка. Одним из вариант ов подобн ого вмешат ельства являетс я тромби рование аневриз мы с последу ющим стентир ование м и проведе нием региона</p>
--	--



	рного тромбо лизиса.
P2	- Основн ые виды операц ий указан ы верно
P1	- Не указан один из видов операти вного вмешат ельства
P0	- Не указан ы два и более видов операти вного вмешат ельства
B	5 Основн ые осложн ения ложной аневриз мы перифе рическ их артерий
Э	- Разрыв перифе рическо й аневриз мы, как правил о, характе ризуетс я манифе

	<p>стирую щими клинич ескими признак ами. Сдавле ние местны х тканей гемато мой, с последу ющим формир ование м некрозо в. Форми рование артерио венозно го свища Эмболи я в дисталь ное русло с его тромбо зом и развити ем критич еской ишеми и конечн ости. Развити е флегмо н, абсцесс ов и сепсиса .</p>
P2	- Перечи слены

	ОСНОВН ые ОСЛОЖН ения
P1	- Не указано одно из осложн ения.
P0	- Не указано два и более осложн ения
H	- 035
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Мужчи на, 66 лет, предъяв ляет жалобы на давящи е боли за грудин ой с ирради ацией в левую лопатку , возника

	<p>             ющие              при              умерен              ной              физиче              ской              нагрузк              е              (подъе              м на 2              этаж),              купиру              ющиеся              в покое,              на              присту              пы              сердцеб              иения,              на              снижен              ие              толеран              тности              к              физиче              ской              нагрузк              е.              Гиперт              оничес              кий              анамнез              более              30 лет.              Со слов              больног              о 8 лет              назад              во              время              планов              ого              обследо              вания              по              данным              ЭКГ              диагнос              тирован              признак              и           </p>
--	--

	<p>перенесенного ИМ. АД адаптирован к уровню АД 135-140/80 мм рт ст. Ухудшение состояния в виде появления одышки, учащение загрудинных болей, дискомфорта в области сердца при физической нагрузке с августа 2012г. В январе 2015 пароксизм фибрилляции предсердий, ритм восстановлен ЭДС. В сентябре 2016г обследо</p>
--	---

	<p>ван в стационаре, включая СКГ При осмотре: состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферическое лимфоузлы не увеличены. Гипертензия. Питание повышенное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД</p>
--	---

	<p>– 14 в минуту. Тоны сердца приглу шены, ритмич ны с ЧСС 72 в минуту. Аускул ьтативн о шумов в области сердца нет. АД 140/80 мм рт.ст. (на фоне терапии ).</p> <p>Живот мягкий, безболе зненны й.</p> <p>Живот мягкий, при пальпа ции безболе зненны й во всех отделах .</p> <p>Печень и селезен ка не увеличе ны.</p> <p>Дизури й нет.</p> <p>Симпто м</p>
--	---

	<p>покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб 140г/л; эритр. 5,22х10 12/л; СОЭ 20мм/ч; лейк. 8,0х109 /л. Тр- 280 х 109 /л, СОЭ- 10 мм/ч. Cholest В -165 мг/дл; АІАТ- 15,7 Ед/л; АsАТ- 24.1 Ед/л; билиру бин общий - 0,8 мг/дл; мочеви на-29.</p>
--	---



	мг/дл; глюкоз а–84.4 мг/дл; общий белок– 8,2 г/дл; креатин ин 1,0 мг/дл. ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС 60 в мин. А-В блокада 1 ст. Блокад а ПНПГ. Q рубец по нижней стенке. ЭХО- КГ: ЛП 41/46м м; ПП 35/42м м; ЛЖ: КДР/К СР 69/35м м; ФВ 60%; КДО/К СО 134/70м л. МЖП 18мм; ЗСЛЖ 21мм; Восход ящая аорта 36мм. Сократ имость по контура
--	--

	<p>м равном ерная СКГ: ПТКК. ЛКА без патолог ии. ПКА: стеноз 2 степени прокси мально го сегмент а. ЗБВ стеноз 3 ст. от устья с заполне нием дисталь ного сегмент а через коллате рали от ЛКА. Заключ ение: ангиогр афичес кие признак и двухсос удистог о атероск леротич еского пораже ния). Сбалан сирован ный тип корона рного кровото ка.</p>
--	---

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: ПИКС. Стенокардия напряжения 2 КФК. НК ПА II ФК Переходящая фибрилляция предсердий. Артериальная гипертензия III, ст. III, риск 4.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены функциональн

		ый класс ИБС, и/или недоста точност и кровоо бращен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Привед ите не инвазив ные методы обследо вания.
Э	-	Необхо димо выполн ение ЭКГ, Суточн ый монито ринг ЭКГ и АД. Ультра звуково е исследо вание сердца, селекти вная корона рограф ия. УЗДГ с ДС брахио цефаль ных

	артерий УЗИ органов брюшн ой полост и.
P2	Метод обосно - ван полнос тью
P1	Метод обосно ван не полнос тью: Отсутст вует обосно вание одной из нозолог - ически х форм или обосно вание одной из нозолог ически х форм дано неверно .
P0	Диагно з обосно - ван полнос тью неверно .
B	3 Какова тактика лечения .

Э	- Пациен ту показан о операти вное лечение : - стентир ование прокси мально й трети ПКА и стентир ование устья ЗБВ.
P2	- Тактик а указана верно.
P1	- Предло жена планова я операц ия.
P0	- Ответ отсутст вует.
В	4 Техник а операти вного вмешат ельства
Э	- Основн ые этапы: Под местно й анестез ией пункти руется лучевая или бедрен

	<p>ная артерия . Ретрогр адно катетер изирует ся восходя щая аорта. Выполн яется селекти вная корона рограф ия по Джадки нсу. Корона рный провод ник провод ится через область сужени я ПКА и ЗБВ. Провод ится баллон ные катетер ы. Выполн яется баллон ная дилатац ия участка сужени я ЗБВ под давлен ием 14- 18 атм. Затем через</p>
--	---

	<p>доставочную систему имплантируется коронарный стент необходимого диаметра и длины. Затем также выполняется баллонная дилатация участка сужения и стентирование ПКА. Выполняется контрольная ангиография и оценивается адекватность коррекции стенозов коронарной артерии.</p>
P2	<p>Основные этапы указаны верно</p>



P1	-	Неверно указано методы катетер изации артерий , последо вательн ость стентир ования ПКА и ЗБВ.
P0	-	Ответ неверн ый: указан другой доступ, вид анестез ии.
B	5	Возмож ные специф ические ранние послео пераци онные осложн ения
Э	-	Возмож ные осложн ения в виде диссекц ии корона рных артерий , разрыв ы и возмож но тампон

	ада сердца, тромбо з стента, наруше ния ритма сердца.
P2	Перечи слены - все осложн ения
P1	Осложн ения перечис лены не полнос тью -
P0	Осложн ения указан ы неверно .
H	- 036
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРОСЫ -
У	Пациен т Б., 74 года, жалует ся на общую -

	слабост ь, головок ружени я, эпизод ы кратков ременн ой потери сознани я, которы е возника ют без предше ствующ их симпто мов, внезапн о, на перебо и в работе сердца. В анамнез е длитель ное время страдае т артериа льной гиперте нзией. За полгода до обраще ния начали беспоко ить нечаст ые перебо и в
--	---

	<p>работе сердца, общая слабость, головокружение, неоднократно эпизоды потери сознания, которые сопровождались получением небольших травм (ссадины и ушибы).</p> <p>Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания. При осмотре состояние средней тяжести. Тип конституции - гиперстеник.</p>
--	--

	<p>Кожны е покров ы чистые, физиол огическ ой окраски . Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхани е с жестки м оттенко м в базальн ых отделах , хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднек лючичн ой линии, правая граница - по правом у краю грудин ы, верхняя - по нижнем у краю III ребра. Тоны сердца несколь ко</p>
--	---

	<p>приглушены, шумов нет. ЧСС - 34 в минуту, ритм неправильный, АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги. На ЭКГ: Полное разобщение предсердного и желудочкового ритма. Интервалы Р-Р и R-R постоянны, но R-R больше чем Р-Р. ЧСЖ – 38 в мин. Отклонение ЭОС влево.</p>

В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	- Антриоventрикулярная блокада 3 степени, неизвестной давности с приступами Морганьи-Адамса-Стокса (МАС). НК ПА.
P2	- Диагноз поставлен верно.
P1	- Диагноз поставлен не полностью: не оценена давность заболевания, не учтены приступы МАС, наличие недоста

		точност и кровоо бращен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	ЭКГ, суточно е ЭКГ монито рирова ние.
P2	-	Метод обосно ван полнос тью
P1	-	Метод обосно ван не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методо в



	диагнос тики и/или не верно определ ены показан ия к операти вному лечени ю.
P0	Метод обосно ван или диагноз обосно ван полнос тью неверно .
B	3 Какова тактика лечения в данном случае.
Э	Имплан тация искусст венного водител я ритма.
P2	Тактик а указана верно.
P1	Предло жена - консерв ативная терапия
P0	Ответ - отсутст вует.

В	Классификация АВ-блокад с ЭКГ признаками
Э	<p>4</p> <p>І степень — атриовентрикулярная проводимость через АВ-узел замедлена, однако все импульсы из предсердий достигают желудочков. Клинически не распознается; на ЭКГ интервал Р-Q удлинен <math>&gt; 0,20</math> секунд.</p> <p>II степень — неполная атриовентрикулярная блокада; не все предсердные</p>

	<p>импульсы достигают желудочков. На ЭКГ - периодическое выпадение желудочковых комплексов. Выделяют три типа АВ-блокады II степени по Мобитц:</p> <p>Тип I Мобитц — задержка каждого последующего импульса в АВ-узле приводит к полной задержке одного из них и выпадению желудочкового комплекса</p>
--	--

	(период Самойл ова – Венкеб аха). Тип II Мобитц – критич еская задерж ка импуль са развива ется внезапн о, без предше ствующ его удлине ния период а задерж ки. При этом отмечае тся отсутст вие проведе ния каждог о второго (2:1) или третьег о (3:1) импуль са. III степень - (полная атриове нтрику лярная блокада ) –
--	---

	полное прекращение прохождения импульсов от предсердий к желудочкам. Предсердия сокращаются под влиянием синусового узла, желудочки - в собственном ритме, реже 40 раз в мин., что недостаточно для обеспечения адекватного кровообращения.
P2	- Перечислены все степени АВ-блокады и их ЭКГ признаки
P1	- Степени АВ-

	блокад и их ЭКГ- признак и перечис лены неполн остью.
P0	Ответ неверн ый: предло жены неверна я класси фикаци я
B	5 Перечи слите основн ые послео пераци онные осложн ения.
Э	- Дислок ация эндокар диальн ых электро дов, повыше ние порога стимул яции, гемато ма в ложе ЭКС, пневмо торакс, перфор ация миокар да

	правого желудо чка.
P2	Перечи слены - все осложн ения
P1	Осложн ения - перечис лены не полнос тью
P0	Осложн ения - указан ы неверно .
Н	- 037
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b> -
У	Пациен т М., 39 лет, с жалоба ми на одышку - и диском форт жгущег о и сжима ющего

	<p>характера, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 200 м, подъем на 2 этажа, поднятии тяжестей), купирующиеся покоем и приемом нитратов. Анамнез заболевания: Без предварительного коронарного анамнеза, впервые перенесенный острый передний Q-инфаркт миокарда 3</p>
--	---



	<p>             месяца              назад.              По              этому              поводу              проход              ил              лечение              и              реабил              итацию              в ПСО.              По              данным              СКГ –              правый              тип              корона              рного              кровото              ка,              окклюз              ия              передне              й              межжел              удочко              вой              ветви              ЛКА. В              постин              фарктн              ом              период              е стал              отмечат              ь              снижен              ие              толеран              тности              к              физиче              ским              нагрузк              ам,              прогрес              сирован              ие              одышк              и и              появле           </p>
--	---

	<p>ние диском форта за грудин ой. Объект ивный статус: Состоя ние удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Тип констит уции нормос теник, рост 164 см вес 65 кг. Пастоз ность голеней . Костно- суставн ой аппарат : без видимо й патолог ии. Грудна я клетка цилинд рическо й формы, симмет рична, безболе зненная при пальпа ции.</p>
--	---

	<p>Отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 уд. в мин, АД 100/70 мм. рт. ст. Живот обычно формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин — 128 г/л, эритроциты -5,2 млн, гематокрит - 42%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я -</p>
--	--

	64%), лимфоц иты- 28%, эозино филы- 2%, моноци ты-5%, СОЭ-12 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 104 мг/дл, креатин ин - 1,0 мг/дл, общий билиру бин - 0,8 мг/дл, общий холесте рин - 300 мг/дл, тригли цериды - 423 мг/дл. На серии ЭКГ с интерва лом в один месяц и в момент обраще ния: неполн ая блокада правой
--	--

	<p>ножки пучка Гиса (увелич ение времен и внутрен него отклоне ния в отведен ии V1). Зубцы QS с невысо ким подъем ом сегмент а ST в отведен иях I, V2 – V6, патолог ически й зубец Q в отведен ии aVL, инверс ия зубца T во всех этих отведен иях, гипертр офия миокар да левого желудо чка. На Эхо- КГ: увеличе ны конечн о- систоли</p>
--	---

		ческий и конечн о- диастол ически й объемы левого желудо чка – 173 и 220 мл, снижен а фракци я выброс а до 38%, мешков идное выпячи вание левого желудо чка с пристен очным образов анием и рыхлой консист енцией размера ви 23х38 мм.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ИБС, постин фарктн ый

	кардиосклероз, тромбированная постинфарктная аневризма левого желудочка, стабильная стенокардия напряжения III КФК. НК IIА. Дислипидемия.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не установлен ПИКС или тромб в левом желудочке, не дана оценка степени стенокардии, не учтено наличие недоста

	точност и кровоо бращен ия.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	Какой вид хирург ического лечения 2 предпо читите н для пациен та.
Э	Показа на тромбэ ктомия из левого желудо чка и его пластик а собстве нными тканям и по Кули или с примен ением заплат из синтети ческого или ксеноб иологи ческого материа



	ла и восстан овление м геометр ии ЛЖ. Дополн ительно необхо димо аортоко ронарн ое или маммар окорон арное шунтир ование ПМЖВ.
P2	Тактик а - указана верно.
P1	Указан неполн ый объем возмож ного лечения .
P0	Ответ - отсутст вует.
В	3 К каким последс твиям может привест и отсутст вие своевре менног о хирург ическог о лечения .

Э	К наибол ее значим ым осложн ениям относят ся тромбо эмболи ческие осложн ения фрагме нтирова нными тромбо - тически ми массам и из полост и аневриз мы, возмож ный разрыв аневриз мы и тампон ада полост и перика рда.
P2	- Наибо лее значим ые осложн ения перечис лены полнос тью.
P1	- Переч ислены не все значим ые

	осложн ения.
P0	Ответ - неверн ый.
В	4 Выбор какого кондуи та для выполн ения реваску ляризац ии предпо чтитель нее.
Э	- Наибо лее лучшие отдален ные результ аты корона рного шунтир ования достига ются при использ овании - хотя бы одного артериа льного кондуи та. Это связано со схожес тью их гистоло гическо го строени я с корона рными

	артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшим и показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.
P2	- Выбор кондуктата обоснован.
P1	- Не приведено убедительных данных в пользу использования артерия

	льных кондуи тов.
P0	Ответ - неверн ый.
B	5 Назови те значим ые послео пераци онные осложн ения корона рного шунтир ования.
Э	- К наибол ее значим ым осложн ениям относят ся периоп ерацио нный инфарк т миокар да, сердечн ая недоста точност ь, п/о кровоте чение, п/о инсульт , жизнеу грожаю щие аритми и.

P2	-	Наибол ее значим ые осложн ения перечис лены полнос тью.
P1	-	Перечи слены не все значим ые осложн ения.
P0	-	Ответ неверн ый.
H	-	038
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Пациен тка О., 70 лет, обратил ась к участко вому терапев ту поликл иники с жалоба ми на

	<p>давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянно принимает бисопролол (10 мг/сут), Тромб АСС (100 мг/сут), Розувастатин (10 мг/сут), Престариум (5 мг/сут). При возникновении приступа стенокар-</p>
--	--

	<p>рдии использ ует нитром инт. Аналог ичный присту п воз- ник около 5 часов утра, которы й купиро вался 2 дозами нитром инта через 20 мин. Через 3 часа присту п повтор ился и поэтом у поводу обратил ась за медици нской помощь ю. В анамнез е - в течение 20 лет артериа льная гиперто ния, кризово го течения . Семейн ый</p>
--	--



	анамнез не отягощ ен. При осмотр е состоян ие средней тяжест и. Темпер атура тела 36,8°C, кожные покров ы бледны е, влажны е, пациен тка тревож на. Перифе рическ ие лимфат ические узлы не увеличе ны, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхани е везику лярное, провод ится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца
--	--

	<p>приглу- шены, ритмич ные, акцент второго тона над проекц ией аорты, шумов нет. ЧСС - 88 в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, дос- тупный пальпа ции во всех отделах , печень, селезен ка не увеличе ны. Перист альтика выслуш ивается . Дизури ческих расстро йств нет. В общем анализе крови: гемогло бин - 120 г/л, эритроц</p>
--	---

	<p>иты - 3,5 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25%, эозинофилы - 2%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,8 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 88 в минуту, отклонение ЭОС влево, депресс</p>
--	--

		ия сегмент а ST в отведен иях I, II,aVL, V2-V5 до 4 мм. Гиперт рофия левого желудо жка.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ИБС. Острый корона рный синдро м без подъем а сегмент а ST. Артери альная гиперто ния III ст, 3 ст., риск 4. Алимен тарное ожирен ие. Дислип идемия. НК 2А
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.

P1	-	Диагно з не уточне н: состоян ие пациен та расцене но как инфарк т миокар да.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	Опреде ление кардис пацифи ческих маркер ов повреж дения миокар да – сердечн ые тропон ины, креатин инфосф окиназа МВ. Контро ль гликем

	ии для исключ ения наруше ний углевод ного обмена. Провед ение селекти вной корона рограф ии для определ ения инфарк т- зависи мой корона рной артерии .
P2	Метод ы обосно ваны полнос тью
P1	Метод ы обосно ваны не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методо в

		диагнос- тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.
P0	-	Метод ы обосно ваны неверно .
B	3	Какова тактика лечения .
Э	-	Строги й постель ный режим, назначе ние ингаляц ии кислор ода и отказ от курени я, прием аспири- на (300 мг сублинг вально) . Болево й синдро м следует купиро вать

	<p>введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат).</p> <p>Применение нитратов и бета-адреноблокаторов ограничено артериальной гипотензией.</p> <p>При прогрессирующей гипотензии (снижение систолического АД ниже 90 мм рт. ст.) необходимо установить в легочную артерию катетер Свана-Ганца, проводить</p>
--	--



	инфузи ю жидкос ти для поддер жания давлен ия заклини вания на уровне 18-20 мм рт. ст. и назначи ть инотро пные средств а — допами н или добута мин. Что касаетс я брадика рдии, то, как правил о, синусов ая брадика рдия, развив шаяся в первые 6 часов у пациен тов с нижни м ин- фаркто м миокар да, связана с
--	---

	увеличением парасимпатического тонуса и хорошо поддается медикаментозной стимуляции атропинном.
P2	Тактика - указана верно.
P1	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	Ответ - отсутствует.
B	Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента.
Э	Тромбо - литическая

		терапия , селективная коронарография с тромбаспирацией и стентированием м инфаркт-зависимой артерии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечислены все возможные варианты лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные препараты и их дозировку при применении тромболитической терапии, а также

	критери и ее эффект ивност и.
Э	Стрепт окиназа 1,5 млн ЕД в/в в течение 30-40 минут либо альтепл аза 100 мг в течение 60 минут с последу ющим назначе нием аспири на и гепарин а. Эффект ивность тромбо литичес кой терапии оценив ается по снижен ию сегмент а ST на 50% и более от исходн ой элеваци и через 1,5 часа после тромбо лизиса и

	появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	- Перечислены основные препараты и критерии эффективности и при проведении тромболитической терапии.
P1	- Ответ указан неполностью.
P0	- Ответ отсутствует.
Н	- 039
И	- <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

у	<p>Пациентка В., 67 лет, госпитализирована по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянно принимает атенолол (50 мг/сут), аспирин (100 мг/сут), при возникновении приступа стенокардии</p>
---	--

	использ ует нитрогл ицерин в виде спрея. Накану не вечеро м после психоэ моцион ального стресса развилс я затяжн ой присту п стенока рдии, для купиро вания которог о пациен тка дополн ительно примен ила четыре ингаляц ии нитрос прея. Аналог ичный присту п возник около 3 часов утра. Ингаля ции нитрос прея оказали сь
--	---

	<p>практически неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь.</p> <p>В анамнезе - в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения.</p> <p>Семейный анамнез неотягощен. При осмотре состояние средней тяжести.</p> <p>Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна.</p>
--	--



	<p>Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхательные везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во</p>
--	---

	<p>всех отделах , печень, селезен ка не увеличе ны. Перист альтика выслуш ивается . Дизури ческих расстро йств нет. В общем анализе крови: гемогло бин - 134 г/л, эритроц иты - 3,8 млн, гематок рит - 37%, лейкоц иты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоц иты - 25 %, эозино филы - 2 %, моноци ты - 5 %, СОЭ -10 мм/ч. В биохим ическо м</p>
--	---

	<p>анализе крови: глюкоз а - 109 мг/дл, креатин ин - 1,0 мг/дл, общий билиру бин - 0,8 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 78 в минуту, отклоне ние ЭОС влево, выявля ются измене ния в виде глубок их отрицат ельных симмет ричных зубцов Т в отведен иях V2- V5, амплит удные критери и гипертр офии левого желудо чка.</p>

В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	- ИБС. Острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. Артериальная гипертония III ст, 3 ст., риск 4. Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А
Р2	- Диагноз поставлен верно.
Р1	- Диагноз не уточнен: состояние пациента расценено как инфаркт миокарда.

P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	Опреде ление кардис пецифи ческих маркер ов повреж дения миокар да — креатин инфосф окиназа , сердечн ые тропон ины. Контро ль гликем ии для исключ ения наруше ний углевод ного обмена. Провед ение селекти вной корона рограф

	ии для определ ения инфарк т- зависи мой корона рной артерии .
P2	Метод ы обосно ваны полнос тью -
P1	Метод ы обосно ваны не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальн о значим ые парамет ры - дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.

P0	-	Методы обоснованы неверно.
B	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Строгий постельный режим, назначение ингаляций кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой синдром следует купировать введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат). Применение

	нитрато в и бета- адрено блокато ров огранич ено артериа льной гипотен зией. При прогрес си- рующе й гипотен зии (сниже ние систоли ческого АД ниже 90 мм рт. ст.) необхо димо установ ить в легочну ю артери ю катетер Свана- Ганца, провод ить инфузи ю жидкос ти для поддер жания давлен ия заклини вания на уровне
--	---



	<p>18-20 мм рт. ст. и назначить инотропные средства - допами н или добута мин. Что касаетс я брадика рдии, то, как правил о, синусов ая брадика рдия, развив шаяся в первые 6 часов у пациен тов с нижни м инфарк том миокар да, связана с увеличе нием параси мпатич еского тонуса и хорошо поддает ся медика ментоз</p>
--	---

	ной стимуляции атропическом.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Указан неполный объем возможного лечения.
P0	- Ответ отсутствует.
B	4 Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента.
Э	- Тромболитическая терапия, селективная коронарография с тромбаспирацией и стентирование

	м инфарк т- зависи мой артерии .
P2	- Ответ верный.
P1	- Не перечис лены все возмож ные вариант ы лечения .
P0	- Ответ отсутст вует.
B	5 Назови те основн ые препара ты и их дозиров ку при примен ении тромбо литичес кой терапии , а также критери и ее эффект ивност и.
Э	- Стрепт окиназа 1,5 млн ЕД в/в в течение 30-40 минут

	либо альтеплаза 100 мг в течение 60 минут с последующим назначением аспирина и гепарина. Эффективность тромболитической терапии оценивается по снижению сегмента ST на 50% и более от исходной элевации через 1,5 часа после тромблизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	Перечислены основные

	препараты и критерии эффективности и при проведении тромболитической терапии.
P1	- Ответ указан неполностью.
P0	- Ответ отсутствует.
H	- 040
И	- <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	- Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным

	<p>присту пом загруди нной боли. В 6 часов утра у пациен та впервы е в жизни развилс я присту п интенс ивной боли за грудин ой, без ирради ации, сопров ождаяш ийся выраже нной слабост ью, тошнот ой, головок ружени ем и чувство м страха. Самост оятельн о принял две таблетк и валидо ла, без эффект а. К момент у приезда</p>
--	--

	<p>бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступа participation купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени и с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа. Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10</p>
--	--

	<p>лет страдае т артериа льной гиперто нией с максим альным повыше нием АД до 190/110 мм рт. ст., регуляр но антигип ертензи вные препара ты не приним ает, при ощущае мых субъект ивно подъем ах АД приним ает коринф ар. Отец и мать больног о умерли в прекло нном возраст е от инфарк та миокар да, брат три года назад в возраст</p>
--	---



	<p>е 50 лет перенес инфаркт миокарда. При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м2. Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхательные везикулярное,</p>
--	---

	<p>провод ится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, акцент второго тона над проекц ией аорты, коротк ий мягкий систоли ческий шум на верхуш ке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, дос- тупный пальпа ции во всех отделах , печень, селезен ка не увеличе ны. Перист альтика выслуш</p>
--	--

	ивается . Дизури ческих расстро йств нет. В общем анализе крови: гемогло бин - 15,2 г/л, эритроц иты - 5,1 млн, гематок рит - 35%, лейкоц иты - 11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоц иты - 18%, эозино филы - 2%, моноци ты - 6%, СОЭ - 12 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 130 мг/дл, креатин ин - 1,2 мг/дл, общий билиру
--	---

		бин - 0,9 мг/дл. На ЭКГ: синусов ая брадика рдия, ЧСС - 50 в минуту, отклоне ние ЭОС влево, элеваци я сегмент а ST в отведен иях II, III, aVF на 1,5 мм, Q- зубец в этих же отведен иях, амплит удные критери и гипертр офии левого желудо чка.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ИБС, острый Q- инфарк

	т миокар да нижней стенки левого желудо чка. Гиперг ликеми я.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полнос тью: не уточне на локализ - ация инфарк та миокар да, транс урально сть повреж дения.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.

Э	<p>Опреде ление кардис пецифи ческих маркер ов повреж дения миокар да – креатин инфосф окиназа , сердечн ые тропон ины. Контро ль гликем ии для исключ ения наруше ний углевод ного обмена. Провед ение селекти вной корона рограф ии для определ ения инфарк т- зависи мой корона рной артерии .</p>
P2	<p>Метод ы обосно ваны</p>

		полнос тью
P1	-	Метод ы обосно ваны не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальн о значим ые парамет ры - дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.
P0	-	Метод ы обосно ваны неверно .
B	3	Какова тактика лечения .
Э	-	Строги й - постель ный режим,

	<p>назначе ние ингаляц ии кислор ода и отказ от курени я, прием аспири- на (300 мг сублинг вально) . Болево й синдро м следует купиро вать введени ем наркоти ческих аналгет иков (морфи на сульфат ). Примен ение нитрато в и бета- адре- ноблок аторов огранич ено артериа льной гипотен зией. При прогрес си- рующе й</p>
--	--



	<p>гипотензии (снижение систолического АД ниже 90 мм рт. ст.) необходимо установить в легочную артерию катетер Свана-Ганца, проводить инфузию жидкости для поддержания давления заклинивания на уровне 18-20 мм рт. ст. и назначить инотропные средства - допамины или добутамин. Что касается брадика</p>
--	--

	рдии, то, как правило, синусовая брадикардия, развившаяся в первые 6 часов у пациентов с нижним инфарктом миокарда, связана с увеличением парасимпатического тонуса и хорошо поддается медикаментозной стимуляции атропином.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Указан неполный объем возможного лечения.

P0	-	Ответ отсутст вует.
B	4	Какие вариант ы лечения возмож ны помимо консерв ативно й тактики ведения данного пациен та.
Э	-	Тромбо литичес кая терапия , селекти вная корона рограф ия с тромба спирац ией и стентир ование м инфарк т- зависи мой артерии .
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечис лены все возмож ные вариант ы

		лечения .
P0	-	Ответ отсутст вует.
B	5	Назови те основн ые препара ты и их дозиров ку при примен ении тромбо литичес кой терапии , а также критери и ее эффект ивност и.
Э	-	Стрепт окиназа 1,5 млн ЕД в/в в течение 30-40 минут либо альтепл аза 100 мг в течение 60 минут с последу ющим назначе нием аспири на и гепарин а. Эффект ивность

	тромбо литичес кой терапии оценив ается по снижен ию сегмент а ST на 50% и более от исходн ой элеваци и через 1,5 часа после тромбо лизиса и появле нию реперф узионн ых наруше ний ритма.
P2	- Перечи слены основн ые препара ты и критери и эффект ивност и при проведе нии тромбо литичес кой терапии .
P1	- Ответ указан

	неполн остью.
P0	Ответ - отсутст вует.
H	- 041
И	- <b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	- Пациен т О., 53 лет, с жалоба ми на боли, диском форт давяще го и сжима ющего характе ра, возника ющие при обычно й физиче ской нагрузк е (ходьба более 150-300 м, подъем

	<p>на 1,5-2 этажа, подъем в гору), а так же при эмоциональных нагрузках, купирующиеся приемом нитратов. На протяжении 5 лет отмечает повышение АД до 180/90 мм рт.ст. стал отмечать давящие и сжимающие грудные боли при нагрузках, эмоционально-м стрессе. Перенес задний инфаркт миокарда 2</p>
--	---

	года назад. Ухудше ние состоян ия в течение послед него года в виде прогрес сирован ия вышеука занны х жалоб. За месяц до обраще ния госпита лизиров ан с ОКС в первич ный сосудис тый центр, где выполн ена СКГ — субтота льный стеноз передне й межжел удочко вой ветви в прокси мально й трети ЛКА, стеноз 75% просвет
--	--



	<p>а огибаю щей артерии в средне м сегмент е, окклюз ия правой корона рной артерии на уровне средней трети, признак и трехсос удистог о атероск леротич еского пораже ния корона рных артерий</p> <p>. Также известн о, что у пациен та на протяж ении 5 лет имеется сахарн ый диабет 2 типа в стадии декомп енсаци и, требую щий</p>
--	---

	<p>применения препаратов инсулина. При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции гиперстеник, рост 168 см, вес 92 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, сухие, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Периферическое лимфоузлы не увеличе</p>
--	--

	ны, безболе зненны. Перифе рическ их отеков нет. Костно- суставн ой аппарат : без видимо й патолог ии. Грудна я клетка цилинд рическо й формы, симмет рична, безболе зненная при пальпа ции. Перкут орный звук ясный легочн ый над всей поверх ностью легких. Аускул ьтативн о дыхани е везикул ярное, выслуш ивается над всей
--	---

	<p>поверх ностью легких, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, ЧСС 78 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс симмет ричный , удовлет ворител ьного напряж ения и наполн ения. Пульса ция на a.dors.p edis. удовлет ворител ьная d=s. Живот обычно й формы, при пальпа ции мягкий, безболе зненны й во всех отделах</p>
--	--

	<p>Перитонеальных знаков нет. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10-8-7. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: гемоглобин – 134 г/л, эритроциты -6,2 млн, гематокрит - 42%, лейкоц</p>
--	--

	<p>ИТЫ - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты- 28%, эозинофилы- 2%, моноциты-5%, СОЭ-10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 104 мг/дл, креатинин - 1,2мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин - 300 мг/дл, триглицериды - 423 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 72 в минуту, отклонение</p>
--	---

	<p>ЭОС влево, рубцовые изменения миокарда в области задней стенки, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: имеются признаки нарушения сегментарной сократимости миокарда - гипокinesis передней стенки левого желудочка, ФВ 47%.</p>
В	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>

Э	ИБС, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Постинфарктный кардиосклероз. НК 2А. - Артериальная гипертония III ст, 2 ст., риск 4. Сахарный диабет 2 типа, инсулинотребный. Дислипидемия.
P2	Диагноз поставлен верно. - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертонии, не учтено наличие - не оценена степень артериальной гипертонии, не учтено наличие



	недостаточности кровообращения.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	2 Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
Э	Учитывая значимое трехсосудистое поражение коронарного русла – субтотальный стеноз передней межжелудочковой ветви в проксимальной трети ЛКА, стеноз 75% просвет

	а оггибаю щей артерии в средне м сегмент е, окклюз ия правой корона рной артерии на уровне средней трети, признак и трехсос удистог о атероск леротич еского пораже ния корона рных артерий , пациен ту показан о выполн ение аортоко ронарн ого шунтир ования.
P2	- Тактик а указана верно.
P1	- Указан неполн ый объем

		возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	3	Выбор какого кондуита для выполнения реваскуляризации предпочтительнее.
Э	-	Наиболее лучшие отдаленные результаты коронарного шунтирования достигаются при использовании хотя бы одного артериального кондуита. Это связано со схожестью их гистологического строения с корона

	<p>рными артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшим и показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.</p>
P2	<p>Выбор кондукта обоснован.</p>
P1	<p>Не приведено убедительных данных в пользу использования</p>

	артериа льных кондуи тов.
P0	- Ответ неверн ый.
B	4 Перечи слите основн ые показан ия для корона рного шунтир ования.
Э	- Стабил ьная стенока рдия напряж ения III-IV КФК, нестабил ьная стенока рдия, пораже ние ствола левой корона рной артерии более 50%, сужени е просвет а корона рных артерий более 75% при сохран ном

	дистальном русле, многососудистое поражение, безуспешные попытки и эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	- Основны е показан ия перечис лены верно.
P1	- Основны е показан ия перечис лены не полнос тью или неточн о, не указана степень и объем пораже ния корона рных артерий или пораже ние ствола ЛКА.

P0	-	Ответ неверный.
В	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт, жизнеугрожающие аритмии.
P2	-	Наиболее значим

	ые осложн ения перечис лены полнос тью.
P1	Перечи слены не все - значим ые осложн ения.
P0	Ответ - неверн ый.
H	- 042
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРОСЫ</b> -
У	Пациен т П., 62 лет, Длитель ный гиперто ническ ий - анамнез . Корона рный анамнез на протяж ении 10



	лет, когда впервые стал отмечать давящие и сжимающие за груди нные боли при нагрузк ах, эмоцио нально м стрессе. По этому поводу обратил ся в ГКБ по м/ж, где впервые установлен диагноз ИБС, назначе на терапия . Ухудше ние состоян ия в течение несколь ких месяцев в виде прогрес сирован ия частоты и продол
--	---

	<p>           житель            ности            ангинал            ьных            присту            пов,            снижен            ия            толеран            тности            к            нагрузк            ам. Два            года            назад            перенес            передн            ий не            Q-            инфарк            т            миокар            да,            госпита            лизиров            ан в            ОРИТ            ГКБ по            м/ж,            прошел            курс            восстан            овитель            ного            лечения            и            реабил            итации.            Год            назад            отмети            л            резкое            ухудше            ние            самочу            вствия,            на ЭКГ            заподоз            рены            ишемич            еские         </p>
--	--

	<p>измене ния, госпита лизиров ан по м/ж, выполн ена СКГ – выявле на окклюз ия передне й межжел удочко вой ветви ЛКА, окклюз ия ОА в прокси мально м сегмент е, стеноз ПКА в ср/3 30- 40 %. При осмотр е состоян ие удовлет ворител ьное. Тип констит уции гиперст еник, рост 184 см вес 108 кг. Кожны е покров ы и</p>
--	---

	<p>видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски , сухие, чистые. Подкож но- жирово й слой развит избыто чно. Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны, безболе зненны. Перифе рическ их отеков нет. Костно- суставн ой аппарат : без видимо й патолог ии. Грудна я клетка цилинд рическо й формы, симмет рична, безболе зненная при</p>
--	---

	пальпа ции. Перкут орный звук ясный легочн ый над всей поверх ностью легких. Аускул ьтативн о дыхани е жестко е, выслуш ивается над всей поверх ностью легких, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, ЧСС 72 уд. в мин. АД 145/90 мм. рт. ст. Пульс симмет ричный , удовлет ворител ьного напряж ения и
--	---

	<p>наполнения.</p> <p>Пульсация на a.dors.p edis.</p> <p>удовлетворительная</p> <p>d=s.</p> <p>Живот обычно</p> <p>формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Перитонеальных знаков нет.</p> <p>Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10-8-7.</p> <p>Селезенка не пальпируется.</p> <p>Почки не пальпируются.</p> <p>Симптом Пастернацкого отрицательный</p>
--	--

	<p>с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты -5,5 млн, гематокрит - 45%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я -1%, с/я - 64%), лимфоциты-28%, эозинофилы-2%, моноциты-5%, СОЭ-10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 104 мг/дл, креатинин - 1,2мг/дл, общий</p>
--	--

	билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин - 300 мг/дл, триглицериды - 423 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклонение ЭОС влево, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: гипокинез передней и боковой стенки левого желудочка, ФВ 45%.
В	1 Предположите наиболее вероятн



	ый диагноз .
Э	ИБС, стабиль ная стенока рдия напряж ения III КФК. Постин фарктн ый - кардиос клероз. Артери альная гиперто ния III ст, 2 ст., риск 4. Дислип идемия. НК 2А. ХОБЛ.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно оценена - степень артериа льной гиперте нзии, не учтено наличи е недоста точност

	и кровоо бращен ия.
P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	Какова тактика хирург ического лечения .
Э	Учитыв ая значим ое пораже ние корона рного русла – окклюз ия огибаю щей и ПМЖВ ЛКА пациен ту показан о выполн ение аортоко ронарн ого шунтир ования.
P2	Тактик а указана верно.
P1	Указан неполн ый

	объем возмож ного лечения .
P0	- Ответ отсутст вует.
B	3 Выбор какого кондуи та для выполн ения реваску ляризац ии предпо чититель нее.
Э	- Наибо лее лучшие отдален ные результ аты корона рного шунтир ования достига ются при использ овании хотя бы одного артериа льного кондуи та. Это связано со схожес тью их гистоло гическо го строени я с

	<p>коронарными артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшим и показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.</p>
P2	<p>Выбор кондуита - обоснован.</p>
P1	<p>Не приведено убедительных данных в пользу использования</p>

	ования артериа льных кондуи тов.
P0	Ответ - неверн ый.
B	4 Перечи слите основн ые показан ия для корона рного шунтир ования.
Э	- Стабил ьная стенока рдия напряж ения III-IV КФК, нестабил ьная стенока рдия, пораже ние ствола левой корона рной артерии более 50%, сужени е просвет а корона рных артерий более 75% при сохран

	ном дисталь ном русле, многос осудист ое пораже ние, безуспе шные попытк и эндовас кулярн ого лечения , острый корона рный синдро м.
P2	Основн ые показан ия - перечис лены верно.
P1	Основн ые показан ия перечис лены не полнос тью или неточн о, не - указана степень и объем пораже ния корона рных артерий или пораже ние

	ствола ЛКА.
P0	Ответ - неверн ый.
В	5 Назови те значим ые послео пераци онные осложн ения корона рного шунтир ования.
Э	- К наибол ее значим ым осложн ениям относят ся периоп ерацио нный инфарк т миокар да, сердечн ая недоста точност ь, п/о кровоте чение, п/о инсульт , жизнеу грожаю щие аритми и.

P2	-	Наибол ее значим ые осложн ения перечис лены полнос тью.
P1	-	Перечи слены не все значим ые осложн ения.
P0	-	Ответ неверн ый.
H	-	043
И	-	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b>
У	-	Пациен т Д., 58 лет, обратил ся за медици нской помощь ю в связи с появле нием диском



	<p>форта и давящи х болей в левой полови не грудно й клетки, чувства нехватк и воздуха , возника ющих при умерен ной физиче ской нагрузк е (ходьба более 150 метров, подъем на 1 этаж). Указан ные ощуще ния проход ят после прекра щения нагрузк и и приеме нитрогл ицерин а. Появле ние таких ощу- щений пациен т</p>
--	---

	<p>отмети л около трех месяцев назад. До настоя щего времен и за медици нской помощь ю не обраща лся. Курит по 20- 30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец  пациен та страдал артериа льной гиперто нией, умер в возраст е 74 лет от ОНМК, мать жива, страдае т артериа льной гиперто нией, ИБС, брат два года назад в возраст е 53 лет без</p>
--	--

	предше ствующ ей стенока рдии перенес инфарк т миокар да. У пациен та в анамнез е язвенна я болезнь 12- перстно й кишки. При осмотр е состоян ие удовлет ворител ьное. Темпер атура тела 36,7°C, кожные покров ы обычно й окраски , нормал ьной влажно сти. Перифе рическ ие лимфат ические узлы не увеличе ны,
--	--

	<p>отеков нет. ИМТ - 27,3 кг/м2. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхани е жестко е, про- водится во все отделы, единич ные сухие жужжа щие хрипы на фор- сирован ном выдохе. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, акцент второго тона над проекц ией аорты. ЧСС - 88 в минуту. АД - 172/96 мм рт. ст. Живот мягкий, доступ ный пальпа</p>
--	--

	<p>ции во всех отделах , умерен но болезне нный в эпигаст рально й области , печень, селезен ка не увеличе ны. Перист альтика выслуш ивается . Дизури ческих расстро йств нет. В общем анализе крови: гемогло бин - 16,4 г/л, эритроц иты -5,3 млн, гематок рит - 43%, лейкоц иты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоц иты- 28%, эозино филы-</p>
--	---

	2%, моноци ты-5%, СОЭ-12 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 109 мг/дл, креатин ин - 1,0 мг/дл, общий билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 288 мг/дл, тригли цериды - 456 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклоне ние ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.
В	1 Предпо ложите

	наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	ИБС, стабиль ная стенока рдия напряж ения III КФК. Артери альная гиперто ния III ст, 2 ст., риск 4. - Алимен тарное ожирен ие. Дислип идемия. НК 2А. ХОБЛ. Язвенн ая болезнь 12- перстно й кишки.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полнос - тью: не оценена или неверно оценена степень

	артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	2 Приведите дополнительные методы обследования.
Э	Необходимо выполнение суточного мониторинга ЭКГ, АД, проведение нагрузочных проб с одномоментной регистрацией ЭКГ (тредми



	<p>л тест), ЭхоКГ, стресс- ЭхоКГ. При наличи и признак ов ишеми и миокар да по данным проведе нных исследо ваний, а также зон наруше ния локальн ой или глобаль ной сократи мости миокар да целесоо бразно выполн ение селекти вной корона рограф ии (СКГ) с целью уточне ния локализ ации пораже нного сосудис того бассейн а.</p>
--	---

	С целью дифференциальной диагностики и дообследования целесообразно выполнение ФГДС, ФВД.
P2	Методы обоснованы полностью
P1	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов в диагностике и/или не верно определены показания к

		оперативному лечению.
P0	-	Методы обоснованы или диагнозов обоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Общие мероприятия заключаются в соблюдении гипохолестериновой диеты, снижении веса. Крайне важно контролировать АД. Пациенту показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина,

	<p>ингиби- торов АПФ, статино- в. Оценку эффект- ивност и терапии следует провод ить по динами ке клинич еской картин ы (устран ение клинич еских проявле ний) и по результ атам контро льной нагрузо чной пробы. При наличи и корона рного пораже ния целесоо бразно выполн ить реваску ляризац ию миокар да – стентир ование корона</p>
--	---

	рных артерий , при тяжело м корона рном пораже нии шунтир ование корона рных артерий .
P2	Тактик а - указана верно.
P1	Указан неполн ый объем - возмож ного лечения .
P0	Ответ - отсутст вует.
B	4 Перечи слите основн ые показан ия для корона рного шунтир ования.
Э	- Стабил ьная стенока рдия напряж ения III-IV КФК, нестаб ильная стенока

	рдия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохранном дистальном русле, многосудистое поражение, безуспешные попытки и эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	Основные показания - перечислены верно.

P1	-	Основн ые показан ия перечис лены не полнос тью или неточн о, не указана степень и объем пораже ния корона рных артерий или пораже ние ствола ЛКА.
P0	-	Ответ неверн ый.
B	5	Перечи слите основн ые показан ия для стентир ования корона рных артерий .
Э	-	Острый корона рный синдро м, острый инфарк т миокар да, стабиль ная

	стенокардия напряжения III-IV КФК, рестенозирование ранее стентированного участка коронарной артерии, рецидив стенокардии после коронарного шунтирования, невозможность выполнения коронарного шунтирования.
P2	Основные показания - перечислены верно.
P1	Показания - перечислены неполностью.



P0	Ответ - неверный.
H	- 044
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациент 3., 74 лет, 15 лет назад выполнено аортокоронарное шунтирование 3-х артерий. В настоящий момент обратился с жалобами на одышку, давящие и сжимающие боли за грудиной

	<p>ой, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 200 м, подъем в гору), купирующиеся в покое, отечность нижних конечностей. Отмечает схожесть своего состояния с таковыми до выполненного коронарного шунтирования. Длительный гипертонический анамнез, с максимальным подъемом АД до 175 мм. рт.</p>
--	---

	<p>ст., постоян но приним ает валсарт ан 80 мг 1 раз в день. Объект ивный статус: Состоя ние удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Тип констит уции нормос теник, рост 169 см вес 77 кг. Пастоз ность голеней . Костно- суставн ой аппарат : без видимо й патолог ии. Грудна я клетка цилинд рическо й формы, симмет рична, безболе зненная</p>
--	--

	<p>при пальпации. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 уд. в мин, АД 120/70 мм. рт. ст. Живот обычный формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин — 128 г/л, эритроциты -4,3 млн, гематокрит - 40%, лейкоциты - 4,2 тыс. (п/я -1 %, с/я - 60%), лимфоциты-30%,</p>
--	---

	<p>эозино филы- 2%, моноци ты-4%, СОЭ-8 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 110 мг/дл, креатин ин - 1,1 мг/дл, общий билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 265 мг/дл, тригли цериды - 310 мг/дл. На ЭКГ: ритм синусов ый с ЧСС 68 в мин, наруше ние процесс ов реполя ризации, гипертр офия левого желудо чка.</p>
--	--

В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ИБС, состоян ие после аортоко ронарн ого шунтир ования 3-х артерий 15, рециди в стенока рдия напряж ения II КФК. НК II А-Б. Дислип идемия.
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не принят о во вниман ие предыд ущее операти вное

	лечение , не дана оценка клиник о- функци ональн ого класса стенока рдии, не учтено наличи е недоста точност и кровоо бращен ия и ее степень , не учтена дислип идемия.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Какую тактику необхо димо предпр инять в ходе лечения данного пациен та.
Э	- Необхо димо дообсле довани е которое

	<p>может включать: суточное мониторирование ЭКГ, проведение нагрузочных проб с одномоментной регистрацией ЭКГ (тредмил тест), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ. При наличии и признаков ишемии миокарда по данным проведенных исследований, а также зон нарушения локальной или глобальной сократимости миокарда целесообразно</p>
--	---



	бразно выполн ение селекти вной корона рограф ии и шунтог рафии (СКГ- ШГ) с целью подтвер ждения или исключ ения структу рных наруше ний анастом озов с целью уточне ния локализ ации пораже нного сосудис того бассейн а.
P2	Тактик а - указана верно.
P1	Указан неполн ый объем - диагнос тически х исследо ваний.
P0	Ответ - отсутст вует.

В	Опреде лите предпо чититель ный вид хирург ическог о лечения для данного пациен та в случае, если по данным 3 селекти вной корона рограф ии – шунтог рафии будут выявле но значим ое пораже ние корона рных шунтов .
Э	Наибол ее оптима льным для данного пациен та - являетс я эндовас кулярн ое вмешат ельство – стентир

	ование нативн ых корона рных артерий или корона рных шунтов . В случае невозм ожност и проведе ния эндовас кулярн ого лечения (хронич еские окклюз ии, значим ое почечн ое пораже ние, нестаб ильная гемоди намика) показан о повтор ное корона рное шунтир ование.
P2	Ответ дан в - полном объеме.
P1	Ответ дан не - полнос тью, не указан

	один из видов хирургического лечения.
P0	- Ответ неверный.
B	4 Какая медикаментозная подготовка необходима перед выполнением стентирования коронарных артерий.
Э	- За четверо суток до операции необходимо назначить пациентке дезагрегантную терапию – Клопидогрель в суточной дозе 75 мг.

	При выполнении вмешательств в экстренном порядке необходим прием Клопидогреля в суммарной дозе 300 мг перед или после операцией.
P2	Медикаментозная - подготовка указана верно.
P1	Не указана насыщающая доза Клопидогреля или - способы его назначения перед операцией.
P0	Медикаментозная - подготовка

		вка указана неверно .
В	5	Назови те причин ы высоко го операц ионног о риска повтор ных операц ий на сердце.
Э	-	Высоки й риск травмы сердца при кардио лизе, длитель ное искусст венное кровоо бращен ие и ассоции рованн ые с ним осложн ения.
P2	-	Наибол ее значим ые причин ы перечис лены полнос тью.
P1	-	Перечи слены

	не все значим ые причин ы.
P0	Ответ - неверн ый.
H	- 045
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b> -
У	Пациен тка П., 54 года, обратил ась за медици нской помощь ю в свя- зи с появле нием - присту пов боли загруди нной локализ ации с ирради- ацией в область левой лопатки ,

	<p>возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на четыре лестничных пролета), сопровождающихся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет. На протяжении последних 15 лет</p>
--	---



	<p>отме- чает подъем ы артериа льного давлен ия до 170/110 мм рт. ст. Регу- лярной антигип ертензи вной терапии не приним ает, при ощуща- емых субъект ивно подъем ах АД приним ает каптопр ил. Отец и мать пациен тки живы, отец страдае т АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдае т стенока рдией. В гинекол огическ ом анамнез</p>
--	--

	<p>е - пять лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажностью. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повыше</p>
--	--

	<p>нного питани я, ИМТ - 32,6 кг/м2. ЧД -20 в минуту, в легких дыхани е везикул ярное, провод ится во все от- делы, хрипов нет. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, акцент второго тона над проекц ией аорты. ЧСС - 82 в минуту. АД - 164/92 мм рт. ст. Живот мягкий, доступ ный пальпа ции во всех от- делах, печень, селезен ка не увеличе</p>
--	---

	<p>ны.</p> <p>Перистальтика выслушивается.</p> <p>Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 4,2 млн, гематокрит - 42%, лейкоциты - 6,2 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,0</p>
--	--

		мг/дл, общий билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 274 мг/дл, тригли цериды - 336 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 78 в минуту, нормал ьное положе ние ЭОС, амплит удные критери и гипертр офии левого желудо чка.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	ИБС, стабиль ная стенока рдия

	напряжения II КФК. Артериальная гипертония III ст, 2 ст., риск 4. Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертонии, не учтено наличие недостаточности кровообращения, алиментарного ожирения.
P0	Диагноз -

		поставл ен неверно .
В	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	Необхо димо выполн ение суточно го монито рива ния ЭКГ, АД, проведе ние нагрузо чных проб с одномо ментно й регистр ацией ЭКГ (тредми л тест), ЭхоКГ, стресс- ЭхоКГ. При наличи и признак ов ишеми и миокар да по данным проведе

	<p>нных исследований, а также зон нарушения локальной или глобальной сократимости миокарда целесообразно выполнение селективной коронарографии (СКГ) с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна.</p>
P2	<p>Методы обоснованы полностью</p>
P1	<p>Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принци</p>



		пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.
P0	-	Метод ы обосно ваны неверно .
B	3	Какова тактика лечения .
Э	-	Общие меропр иятия заключ аются в соблюд ении гипохо -лестери новой диеты, снижен ии веса. Крайне важно контро лироват

	ь АД. Пациен тке показан о назначе ние бета- адрено блокато ров, аспири на, ингиби торов АПФ, статино в. Оценку эффект ивност и терапии следует провод ить по динами ке клинич еской картин ы (устран ение клинич еских проявле ний) и по результ атам контро льной нагрузо чной пробы. При наличи и значим ого корона
--	---

	рного поражения целесобразно выполнить реваскуляризацию миокарда – стентирование коронарных артерий.
P2	Тактика - указана верно.
P1	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	Ответ - отсутствует.
В	4 Каким должно быть поражение коронарных сосудов для выбора инвазивного вмешательства.
Э	Поражение - одного

	или двух корона рных сосудов со стенозо м просвет а более 50%.
P2	- Ответ верный.
P1	- Объем и степень пораже ния корона рных сосудов указан ы неточн о.
P0	- Ответ отсутст вует.
B	5 Какая медика ментоз ная подгото вка необхо дима перед выполн ением стентир ования корона рных артерий .
Э	- За четверо суток до операц

	ии необхо димо назначи ть пациен тке дезагре гантну ю терапи ю – Клопид огрель в суточно й дозе 75 мг. При выполн ении вмешат ельства в экстрен ном порядке необхо дим прием Клопид огреля в суммар ной дозе 300 мг перед или после операц ии.
P2	Медика ментоз ная - подгото вка указана верно.
P1	Не - указана насыща

	<p>ющая доза Клопид огреля или способ ы его назначе ния перед операц ией.</p>
P0	<p>Медика ментоз ная - подгото вка указана неверно .</p>
H	- 046
И	<p><b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b></p>
У	<p>Пациен т 3., 62 лет, с жалоба ми на одышку - , боли, диском форт давяще го и сжима</p>

	<p>ющего характера, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 100 м, подъем в гору), купирующиеся покоем и приемом нитратов, отежность нижних конечностей. Длительный гипертонический анамнез, с максимальным подъемом АД до 170 мм. Рт. ст., постоянно принимает периндоприл 10 мг.</p>
--	--

	<p>Без предвар ительно го корона рного год назад перенес передне боково й Q- ИМ. По этому поводу проход ил лечение в стацион аре по м/ж. Ухудше ние состоян ия в виде прогрес сирован ия вышеук азанны х жалоб. По данным СКГ – правый тип корона рного кровото ка, субтота льный стеноз передне й межжел удочко вой ветви</p>
--	--



	<p>ЛКА в проксимальном сегменте, стеноз 75% ветви тупого края ОА в среднем сегменте, окклюзия правой коронарной артерии от устья. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции гиперстеник, рост 178 см, вес 93 кг. Пастозность голеней. Костно-суставной аппарат: без</p>
--	---

	<p>видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при пальпации. Отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны сердца приглушены, ритмичные, над областью верхушки сердца выслушивается систолический шум, ЧСС 78 уд. в мин, АД 130/80 мм. рт. ст. Живот обычный формы,</p>
--	---

	<p>при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин – 144 г/л, эритроциты -4,8 млн, гематокрит - 46%, лейкоциты - 4,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты-25%, эозинофилы-1%, моноциты-2%, СОЭ-11 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,1 мг/дл, общий</p>
--	---

	билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 298 мг/дл, тригли цериды - 323 мг/дл. На ЭКГ: неполн ая блокада правой ножки пучка Гиса, Q – рубец по передне й стенке, гипертр офия миокар да левого желудо чка. На Эхо- КГ: правое предсер дие 36х42м м, левое предсер дие 49х55м м, диамет р кольца митрал ьного клапана 32мм,
--	--

		регургитация на митральном клапане II ст. (струя регургитации центральная), фракция выброса 50%.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Недостаточность митрального клапана ишемического генеза. НК II Б. Дислипидемия.

P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не установ лен ПКС или недоста точност ь митрал ьного клапана , не дана оценка клиник о- функци ональн ого класса стенока рдии, не учтено наличи е недоста точност и кровоо бращен ия и ее степень .
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .

В	2 Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
Э	Учитывая значимое трехсосудистое поражение коронарного русла, показано выполнение аортокоронарного шунтирования. - Также у пациента имеется недостаточность митрального клапана ишемического генеза, показана пластика или протезирование митрального

	клапана механическим или биологическим протезом.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Указан неполный объем возможного лечения.
P0	- Ответ отсутствует.
В	3 Какими преимуществами обладает пластическая клапанная коррекция против протезирования.
Э	- Непродолжительный прием антикоагулянтной терапии и осложнений



	связанных с ее применением, отсутствие биодegradации клапана, низкий риск тромботических осложнений.
P2	- Наиболее значимые преимущества перечислены полностью.
P1	- Перечислены не все преимущества пластической клапанной коррекции.
P0	- Ответ неверный.
B	4 К каким последствиям может привести отказ от коррекции

	недоста точност и митрал ьного клапана .
Э	Интрао пераци онно – острая сердечн ая недоста точност ь в раннем послео пераци онном период е требую щая массив ной инотро пной поддер жки. В послео пераци онном период е – прогрес сирован ие симпто мов недоста точност и кровоо бращен ия (одышк а, отеки, отек легких) , частые

	пароксизмы наджелудочковых тахикардий.
P2	- Ответ верный.
P1	- Не перечислены последствия отказа от коррекции митрального клапана в интраоперационном или послеоперационном периодах.
P0	- Ответ неверный.
B	5 Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	- К наиболее

	значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт, жизнеугрожающие аритмии.
P2	- Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	- Перечислены не все значимые осложнения.
P0	- Ответ неверный.
H	- 047

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациент Г., 70 лет, предъявляет жалобы на головокружение, эпизоды потери сознания, отеки нижних конечностей, выраженную слабость, головные боли. Из анамнеза: Более 20 лет страдает артериальной гипертензией, с максим

	<p>альным и подъем ами АД 180/100 мм рт.ст, адаптир ован к АД 130-140/80 мм рт.ст. Послед ние 2 года отмечае т появле ние эпизо до в головок ружени я, слабост и, «потем нения в глазах» , пошаты вание при ходьбе. Ухудше ние самочу вствия за послед ние 2 месяца в виде уменьш ения толеран тности к физиче ской нагрузк</p>
--	---

	<p>е, ухудшения общего состояния, появились кратковременные синкопальные состояния. При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести и. В сознании, контактен. Кожные покровы бледные. ЧД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧСС – 38 ударов в</p>
--	--

	<p>минуту, Аускул ьтативн о: тоны сердца приглу шены, ритм правил ьный, патолог ические шумы не выслуш иваютс я. АД 140/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболе зненны й при пальпа ции. Печень не увеличе на. Селезен ка не пальпи руется. По данным ЭКГ: синусов ая брадика рдия 38-42 уд\мин. Диффуз ные измене ния</p>
--	---



		миокарда. По данным ХМ ЭКГ: основной ритм синусовый с ЧСЖ от 22 до 60 уд/мин, выявлены 488 пауз ритма более 2000мс, максимальная пауза 6134 мсек.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром слабости синусового узла: синусовая брадикардия, приступы Морганьи-Адамса-Стокса (МАС).

	НК ПА. Артери альная гиперто ния III ст., 3 ст., риск 2.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена давност ь заболев ания, не - учтены присту пы МАС, наличи е недоста точност и кровоо бращен ия.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.

Э	-	ЭКГ, суточное ЭКГ мониторингирование.
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики.
P0	-	Метод обоснован или диагнобоснован полностью неверно.
В	3	Какова тактика лечения в данном случае.

Э	-	Имплантация искусственного водителя ритма.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложено консервативное лечение.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Основные этиологические факторы развития данного заболевания
Э	-	ИБС, приобретенные пороки сердца, миокардиты, гипотиреоз
P2	-	Перечислены все этиологические факторы
P1	-	Возможные

	этиологические факторы СССУ перечислены неполностью.
P0	Ответ неверный: предложены другие этиологические факторы
B	5 Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	- Дислокация эндокардиальных электродов, повышение порога стимуляции, гематома в ложе ЭКС, пневмоторакс, перфорация правого желудочка

	чка и тампон ада полост и перика рда.
P2	Перечи слены - все осложн ения
P1	Осложн ения - перечис лены не полнос тью
P0	Осложн ения - указан ы неверно .
H	- 048
И	<b>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</b> -
У	Пациен тка М., 52 года, предъяв ляет - жалобы на возника ющие

	без видимо й причин ы, преиму ществе нно днем, внезапн ые присту пы учащен ного ритмич ного сердцеб иения до 140 в минуту, которы е сопров ождают ся чувство м нехватк и воздуха , избыто чным потоотд еление м, чувство м внутрен ней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчи ваются спонтан но
--	--

	<p>(также внезапно). Подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Медикаментозную терапию не получала. Последний приступ возник 9 суток назад, сопровождался</p>
--	---



	ождает ся выраже нной общей слабост ью, головно й болью, головок ружени ем. В связи с ухудше нием состоян ия и невозм ожност ью самосто ятельно купиро вать присту п обратил ась к кардио логу поликл иники. При осмотр е состоян ие средней степени тяжест и. Консти туция нормос теничес кая. Кожны е покров ы чистые,
--	---

	<p>влажно          сть          повыше          на.          Отеков          нет. ЧД          - 20 в          минуту,          дыхани          е          везикул          ярное,          провод          ится во          все          отделы          легких,          хрипов          нет.          Сердце:          левая          граница          - на 1          см          кнутри          от          левой          среднек          лючичн          ой          линии,          правая          граница          - по          правом          у краю          грудин          ы,          верхняя          -по          нижнем          у краю          III          ребра.          Тоны          сердца          приглу          шены,          шумов          нет.          ЧСС -          150 в</p>
--	---

	<p>минуту, ритм сердца правил ьный. АД - 150/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболе зненны й во всех отделах , печень по правой среднек лючичн ой линии не выступ ает из- под края реберно й дуги. ЭХО КГ: без патолог ии ЭКГ: частые (200/ми н), регуляр ные, предсер дные волны F с пилооб разной формой , с проведе нием ритма на</p>
--	---

	желудочки 3:1, комплексы QRS не изменены.
В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	- Персистирующая форма трепетания предсердий, тахисистолический вариант. Артериальная гипертензия II ст., 2 ст., риск 2. НК II А.
P2	- Диагноз поставлен верно.
P1	- Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно

		оценена форма трепетания предсердий, степень артериальной гипертонии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование, чрезпищеводное эхокардиографическое исследование, ЧПЭхоКГ

P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью. Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики.
P0	-	Метод обоснован или диагнозован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Проведение ЧПЭхо-КГ (при отсутствии тромба

	<p>в полост и левого предсер дия показан а ранняя кардио версия, при наличи и тромба — антикоа гулянтн ая терапия в течение 3 недель, с последу ющим повтор ом ЧПЭхо КГ). После восстан овлени я синусов ого ритма назначе ние антиари тмичес кой терапии и контро льное ЭКГ монито рирова ние.</p>
--	---

P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложена операция.
P0	-	Ответ отсутствует.
V	4	Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновения и частых приступов ТП.
Э	-	При рецидивах ТП, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют



	РЧА путей циркул яции в предсер дии (КТИ) или деструк цию АВ- соедине ния с имплан тацией ЭКС.
P2	Перечи слены все вариант ы хирург ического о лечения .
P1	Возмож ные вариант ы хирург ического о лечения ТП перечис лены неполн остью. Не указан ы последу ющие вариант ы РЧА при неэффе ктивнос ти изоляция и

	правых отделов .
P0	Ответ неверн ый: предло жен другие - виды хирург ическог о вмеша тельства .
B	5 Переч сли те основн ые после пераци онные осложн ения.
Э	Тампон ада полост и перика рда, повреж дение АВ – соедине ния с развити ем - переход ящей или постоян ной попере чной блокад ы, жизнеу грожаю щие

	желудочковые тахикардии.
P2	- Перечислены все осложнения
P1	- Осложнения перечислены не полностью
P0	- Осложнения указаны неверно.
H	- 049
И	- <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	- Женщина 52 лет, долгое время страдающая артериальной гипертензией, с ожирен

	<p>ием 2 ст. Жалует ся на присту пы учащен ного аритми чного сердцеб иения, сопров ождаю щиеся одышко й. Присту пы резко начина ются, купиру ются самосто ятельно в течение 1 суток. Объект ивно: удовлет ворител ьное. Кожны е покров ы гипере мирова нные. ЧД 19 в минуту. В легких везикул ярное дыхани е, хрипы не выслуш</p>
--	---

	<p>иваются. Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 120 в минуту, <math>P_s</math> – 120 в минуту, АД - 140/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. По данным ЭКГ в момент приступа: отсутствие во всех отведениях зубца R,</p>
--	---

		беспоря дочные низкоа мплиту дные волны f, различн ой формы, нерегул ярный ритм желудо чков, компле кс QRS не измене н.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	Парокс измаль ная фибрил ляция предсер дий, тахисис - толичеч кая форма, парокс изма неизвес тной давност и.
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.

P1	-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно оценена степень артериа льной гиперте нзии, не учтено наличи е недоста точност и кровоо бращен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	ЭКГ, суточно е ЭКГ монито рирова ние.
P2	-	Метод обосно ван полнос тью

P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов в диагностике и/или не верно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод обоснован или диагнобоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения в данном случае.



Э	Медикаментозная кардиоверсия, с последующим назначением - антиаритмической терапии и контрольным ЭКГ мониторингом.
P2	Тактика - указана верно.
P1	Предложена операция. -
P0	Ответ - отсутствует.
В	Какие варианты хирургического лечения возможны в 4 случае неэффективности проводимой антиаритмической

	терапии и возник новени и частых парокс измов ФП.
Э	Возмож но выполн ение эндовас кулярн ой радиоча стотной аблаци и (РЧА). Первым этапом выполн яется радиоча стотная изоляция правых отделов сердца — зоны правого переше йка. В случае неэффе ктивнос ти первого этапа выполн яется радиоча стотная изоляция устьев легочн ых вен, т.е.

	левых отделов сердца. В послеоперационном периоде назначается поддерживающая доза антиаритмических препаратов III класса.
P2	- Перечислены все варианты хирургического лечения.
P1	- Возможные варианты хирургического лечения ФП перечислены неполностью. Не указаны последующие варианты РЧА при

	неэффе ктивнос ти изоляц ии правых отделов .
P0	Ответ неверн ый: предло жен другие - виды хирург ическог о вмешат ельства .
B	5 Перечи слите основн ые послео пераци онные осложн ения.
Э	- Тампон ада полост и перика рда, повреж дение АВ – соедине ния с развити ем преход ящей или постоян ной попере чной

	блокады, жизнеугрожающие желудочковые тахикардии.
P2	Перечислены - все осложнения
P1	Осложнения перечислены не полностью -
P0	Осложнения указаны неверно -
H	- 050
И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b> -
У	Пациент У. 60 лет, - госпитализирован СМП с

	жалоба ми на неритм ичное сердцеб иение, одышку , тошнот у, слабост ь, которы е возникл и после интенс ивной физиче ской нагрузк и (быстр ый побьем на 4 этаж). В анамнез е больно й период ически отмеча л подобн ые внезапн о возника ющие кратков ременн ые присту пы неритм ичного сердцеб иения при
--	---

	<p>физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили или самостоятельно.</p> <p>Длительность текущего приступа около 10 суток. В связи с нарастанием вышеперечисленных жалоб, вызвал бригаду СМП. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы гиперемические.</p>
--	--

	<p>ЧД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 140 в минуту, Рс – 130/минуту, АД - 160/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. По данным</p>
--	---



	ЭКГ: отсутст вие во всех отведен иях зубца Р, беспоря дочные низкоа мплиту дные волны f, различн ой формы, нерегул ярный ритм желудо чков, компле кс QRS не измене н.
В	1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	- Персис тирую щая фибрил ляция предсер дий, тахисис толичес кая форма. НК II А. Артери альная

	гиперто ния II ст., 2 ст, риск 2.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно оценена форма фибрил ляции предсер дий, - степень артериа льной гиперто нии, не учтено наличи е недоста точност и кровоо бращен ия.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Привед ите дополн ительн ые методы

	обследо вания.
Э	- ЭКГ, суточно е ЭКГ монито ррова ние, ЧПЭхо КГ
P2	- Метод обосно ван полнос тью
P1	- Метод обосно ван не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к операти вному лечени ю.
P0	- Метод или диагноз обосно

	ван полнос тью неверно .
В	3 Какова тактика лечения в данном случае.
Э	Провед ение ЧПЭхо КГ (при отсутст вии тромба в полост и левого предсер дия показан а ранняя кардио версия, при наличи и тромба — антикоа гулянтн ая терапия в течение 3 недель, с последу ющим повтор ом ЧПЭхо КГ). После

	восстановления синусового ритма назначение антиаритмической терапии и контрольное ЭКГ мониторирование.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Предложена ранняя кардиоверсия без предварительной ЧПЭхо КГ.
P0	- Ответ отсутствует.
B	4 Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности

	проводимой антиаритмической терапии и возникновении частых рецидивов ФП.
Э	- При рецидивах ФП, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют РЧА путей циркуляции в предсердии или деструкцию АВ-соединения с имплантацией ЭКС.
P2	- Перечислены все варианты хирургического лечения.

P1	-	Возможные варианты хирургического лечения ФП перечислены не полностью.
P0	-	Ответ неверный: предложены другие виды хирургического вмешательства.
B	5	Какое диагностическое исследование необходимо осуществить до выполнения кардиоверсии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.

Э	<p>Необходимо выполнить ЧПЭхо КГ, с целью исключения тромбоза ушек левого и правого предсердий, а также тромботических масс в самих предсердиях. После кардиоверсии или РЧА с последующим восстановлением синусового ритма и сократительной способности предсердий возможны эмболические осложнения, в случае наличия тромбоза</p>
---	--



	тически х масс.
P2	Ответ дан в - полном объеме.
P1	Нет разверн утого ответа, раскры вающего - о значим ость данного исследо вания.
P0	Ответ дан - неверно .

4.2. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: УК-1, УК-4, ОПК – 1, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Тестовые задания с вариантами ответов
Легочная артерия начинается от артериального конуса правого желудочка на уровне 1) второго межреберья справа от грудины 2) второго межреберья слева от грудины 3) третьего межреберья справа от грудины 4) третьего межреберья слева от грудины
Аорту и легочную артерию связывает 1) открытое овальное окно 2) бронхиальная артерия 3) Боталлов проток 4) артериальный конус
В зоне бифуркации легочной артерии располагается: 1) звездчатый ганглий 2) каротидное нервное сплетение 3) глубокое экстракардиальное нервное сплетение 4) узел Пирогова-Розенмюллера
Переход протромбина в тромбин обеспечивается 1) I 2) IIa 3) VII 4) IXa
Квитамин К-зависимым относят следующие факторы свертывания крови 1) фактор Стюарта 2) протромбин 3) фибриноген

4) проакцелерин
<p>К ангиогенным факторам роста относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основной фактор роста фибробластов (bFGF)</li> <li>2) эндотелий-релаксирующий фактор</li> <li>3) фактор некроза опухоли TNF-<math>\alpha</math></li> <li>4) эндотелийзависимый фактор клеток интимы</li> </ol>
<p>Легочная артерия начинается от артериального конуса правого желудочка на уровне</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) второго межреберья справа от грудины</li> <li>2) второго межреберья слева от грудины</li> <li>3) третьего межреберья справа от грудины</li> <li>4) третьего межреберья слева от грудины</li> </ol>
<p>. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) отсутствует развитая коллатеральная сеть</li> <li>б) сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения*</li> <li>в) имеется особый тип иннервации</li> <li>г) затруднен лимфоотток</li> <li>д) имеется особое строение кожи</li> </ol>
<p>Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ЭКГ</li> <li>2) рентгенограмма грудной клетки</li> <li>3) интенсивность шума</li> <li>4) выраженность 2-го тона</li> <li>5) наличие и степень увеличения печени</li> </ol>
<p>Фактором, предрасполагающим к формированию тромбов в аппаратах вспомогательного кровообращения (желудочковой поддержки) является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Прерывистое пережатие канюль с целью определения сердечного выброса</li> <li>2) Высокие характеристики потока</li> <li>3) Введение протамина для нейтрализации гепарина после отключения искусственного кровообращения</li> <li>4) Длительность искусственного кровообращения</li> <li>5) Недостаточная инфузия гепарина во время вспомогательного кровообращения</li> </ol>
<p>При ультразвуковой доплерографии на уровне стеноза регистрируется кровоток</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) магистрального типа</li> <li>2) магистрально-измененного типа</li> <li>3) коллатерального типа</li> <li>4) не регистрируется</li> </ol>
<p>Лодыжечно-плечевой индекс давления это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии</li> <li>2) соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к систолическому АД в плечевой артерии</li> <li>3) соотношение систолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии</li> <li>4) соотношение систолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к систолическому АД в плечевой артерии</li> </ol>
<p>В норме лодыжечно-плечевой индекс давления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1,0-1,2</li> <li>2) 0,1-0,2</li> <li>3) 0,5-1,0</li> </ol>

4) 1,5-2,0
<p>К радионуклидным методам исследования сосудов относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сцинтиграфия и позитронно-эмиссионная томография</li> <li>2) лазерная флоуметрия и рентгенконтрастная ангиография</li> <li>3) магнитно-резонансная томография сосудов и транскутанное определение напряжения кислорода и углекислого газа в тканях</li> <li>4) плетизмография и мультиспиральная компьютерная томография–ангиография</li> </ol>
<p>При наличии синдрома лериша или бифуркационного аорто-бедренного протеза при ангиографии брюшной аорты и нижних конечностей используется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трансфemorальный доступ</li> <li>2) транскаротидный доступ</li> <li>3) трансрадиальный доступ</li> <li>4) трансаортальный доступ</li> </ol>
<p>К достоинствам магнитно-резонансной ангиографии следует отнести</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие ионизирующего излучения и возможность проведения больным, страдающим клаустрофобией</li> <li>2) оценку анатомии окружающих тканей и отсутствие ионизирующего излучения</li> <li>3) независимость результатов от квалификации специалиста</li> <li>4) возможность выполнения больным с имплантированным электрокардиостимулятором</li> </ol>
<p>Одним из важных преимуществ кт-ангиографии перед другими методами является возможность изучения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) продольных срезов сосудов</li> <li>2) первичных поперечных срезов</li> <li>3) коллатералей магистральных сосудов</li> <li>4) уровней локализации стенозов</li> </ol>
<p>Условиями стандартного тредмил-теста являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) угол наклона беговой дорожки 10-12°, скорость движения ленты 1,09 км/час</li> <li>2) угол наклона беговой дорожки 0°, скорость движения ленты 1,09-3,5 км/час</li> <li>3) угол наклона беговой дорожки 0°, скорость движения ленты 3,2 км/час</li> <li>4) угол наклона беговой дорожки 10-12°, скорость движения ленты 3,2 км/час</li> </ol>
<p>Если больной не может выполнить упражнения на беговой дорожке, рекомендуют проводить</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тест с пассивным плантарным разгибанием стопы</li> <li>2) тест с пассивным сгибанием в голенных суставах</li> <li>3) тест с активным плантарным сгибанием стопы</li> <li>4) тест со сгибанием конечности в тазобедренном суставе</li> </ol>
<p>Оптимальными методами оценки проходимость аорто-подвздошного сегмента являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) транскутанное определение напряжения кислорода в тканях</li> <li>2) тест с активным плантарным сгибанием стопы и рентгенография</li> <li>3) магнитно-резонансная ангиография и транскутанная лазерная доплерография</li> <li>4) ангиография и ультразвуковое дуплексное сканирование</li> </ol>
<p>Гибридная операция при многоуровневом поражении – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стентирование проксимального поражения с шунтированием дистального поражения</li> <li>2) шунтирование проксимального поражения со стентированием дистального поражения</li> </ol>

<p>3) стентирование бедренной артерии и подвздошно-подколенное шунтирование с контралатеральной стороны</p> <p>4) аорто-бедренное шунтирование и бедренно-подколенное шунтирование на одной и той же конечности</p>
<p>При бедренно-подколенном шунтировании в качестве трансплантата предпочтительнее использовать</p> <p>1) армированный синтетический протез</p> <p>2) аутовену</p> <p>3) аутоартерию</p> <p>4) неармированный синтетический протез</p>
<p>Под использованием аутовены <i>in situ</i> подразумевают</p> <p>1) без реверсии и перемещения большей части вены с разрушением ее клапанов вальвулотомом</p> <p>2) помещение вены строго на место шунтируемой артерии</p> <p>3) забор аутовены с сохранением клапанов и ее реверсию</p> <p>4) использование вены только для шунтирования одноименной артерии</p>
<p>Забор большой подкожной вены производят</p> <p>1) не взирая на продольные надрывы</p> <p>2) из разрезов в верхней трети бедра и нижней трети голени с помощью венэкстрактора, обрывая притоки</p> <p>3) из разреза в верхней трети бедра с помощью вальвулотома</p> <p>4) через отдельные небольшие разрезы, не допуская отрыва притоков и продольного надрыва основного ствола</p>
<p>Изолированная профундопластика не должна применяться при</p> <p>1) хорошем притоке</p> <p>2) стенозе глубокой артерии бедра более 50%</p> <p>3) удовлетворительных перетоках в берцовые сосуды</p> <p>4) стенозе глубокой артерии бедра 10-20%</p>
<p>К непрямым методам реваскуляризации, направленным на улучшение коллатерального кровообращения и микроциркуляции в тканях нижних конечностей, относят</p> <p>1) поясничную симпатэктомию</p> <p>2) аорто-бедренное шунтирование</p> <p>3) протезирование подвздошной артерии</p> <p>4) эндартерэктомию из подколенной артерии</p>
<p>Внутрисосудистые вмешательства на артериях нижних конечностей невозможно выполнить через</p> <p>1) трансфemorальный и трансаксилярный ретроградный доступ</p> <p>2) аутовенозный шунт</p> <p>3) синтетический протез</p> <p>4) окклюзированный на большом протяжении сосуд</p>
<p>В основе баллонной ангиопластики стенозированной артерии</p> <p>1) тромбэктомия</p> <p>2) тромбэндартерэктомию</p> <p>3) удаление атеросклеротической бляшки</p> <p>4) механическое раздавливание атеросклеротической бляшки</p>
<p>Стенты, применяемые для стентирования артерий нижних конечностей. Представляют собой</p> <p>1) экстравазальные удерживающие устройства, сделанные из эластичного полимера</p> <p>2) экстравазальные устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей</p>

<p>3) внутрисосудистые удерживающие устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей</p> <p>4) внутрисосудистые удерживающие устройства, имеющие вид сплошного гладкого металлического цилиндра с фиксированным просветом</p>
<p>Оптимальным показанием для баллонной ангиопластики бедренно-подколенного сегмента является при поражении.</p> <p>1) стеноз или короткая до 0,5 см окклюзия</p> <p>2) стеноз или короткая до 3,0 см окклюзия</p> <p>3) стеноз или протяженная до 7,0 см окклюзия</p> <p>4) множественные стенозы и окклюзии артерий обеих конечностей</p>
<p>Поздние рестенозы артерии в зоне стентирования, как правило, обусловлены</p> <p>1) интимальной гиперплазией</p> <p>2) разрывом сосудистой стенки</p> <p>3) диссекцией интимы при выполнении ангиопластики</p> <p>4) дистальной эмболией фрагментами бляшки</p>
<p>Современным подходом и эффективным методом лечения поражений сосудов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом является.</p> <p>1) внедрение гибридных технологий с применением эндоваскулярных вмешательств</p> <p>2) стентирование участков стеноза бедренной и подколенной артерий и эндартериектомия из артерий голени и стопы</p> <p>3) двусторонняя поясничная симпатэктомия</p> <p>4) поясничная симпатэктомия в сочетании с бедренно-тибиальным шунтированием на стороне наибольшего поражения</p>
<p>В число малоинвазивных методик дезобструкции легочных артерий включают</p> <p>1) имплантацию кава-фильтра</p> <p>2) фрагментацию и катетерную аспирацию эмбола</p> <p>3) ротационную дезобструкцию легочной артерии</p> <p>4) фрагментацию эмбола и локальный тромболизис</p>
<p>К методам «открытой» дезобструкции легочных артерий при ТЭЛА относят</p> <p>1) тромбэмболектомию через одну из главных ветвей легочной артерии</p> <p>2) тромбэмболектомию из ствола легочной артерии в условиях временной окклюзии полых вен</p> <p>3) фрагментацию и катетерную аспирацию эмбола</p> <p>4) удаление тромбоэмболов в условиях искусственного кровообращения</p>
<p>Для выполнения доступа к бедренным сосудам в верхней трети бедра используются следующие ориентиры</p> <p>1) паховая складка</p> <p>2) внутренний надмыщелок бедра</p> <p>3) пульсация бедренной артерии</p> <p>4) подколенная ямка</p>
<p>При центральной методике подключения магистралей ИК аортальную канюлю фиксируют в</p> <p>1) бедренной артерии</p> <p>2) аорте</p> <p>3) левой коронарной артерии</p> <p>4) легочной артерии</p>
<p>При подключении аппарата ИК зажим на аорту накладывают</p> <p>1) ниже места отхождения коронарных артерий</p> <p>2) выше места отхождения коронарных артерий</p> <p>3) после отхождения плечевого ствола</p>

4) после отхождения левой общей сонной артерии
Профилактику воздушной эмболии проводят <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перед снятием зажима с аорты</li> <li>2) после снятия зажима с аорты</li> <li>3) после деканюляции аорты</li> <li>4) после деканюляции правых отделов сердца</li> </ol>
При МНО выше терапевтического, но ниже 5, и отсутствии значимого кровотечения необходимо <ol style="list-style-type: none"> <li>1) снизить или пропустить дозу варфарина, контролировать МНО</li> <li>2) увеличить дозу варфарина, контролировать МНО</li> <li>3) отменить варфарин</li> <li>4) не менять дозировку, контролировать МНО не обязательно</li> </ol>
При критическом снижении уровня сатурации гемоглобина кислородом ниже 80% необходимо <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перевести пациента на управляемую искусственную вентиляцию легких</li> <li>2) проводить неинвазивную вспомогательную искусственную вентиляцию легких с положительным давлением в конце выдоха</li> <li>3) обеспечить сеансы спонтанного дыхания с положительным давлением в конце выдоха</li> <li>4) сохранять самостоятельное дыхания</li> </ol>
К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме <ol style="list-style-type: none"> <li>а) сокращения икроножных мышц</li> <li>б) возвышенного положения нижних конечностей</li> <li>в) длительного постельного режима*</li> <li>г) бинтования ног эластическими бинтами</li> <li>д) раннего вставания</li> </ol>
Антикоагулянты применяют <ol style="list-style-type: none"> <li>а) при начинающейся гангрене</li> <li>б) при тромбофлебите*</li> <li>в) при лимфангите</li> <li>г) при эндартериите</li> <li>д) при облитерирующем атеросклерозе</li> </ol>
Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме <ol style="list-style-type: none"> <li>а) состояния периферических артерий нижних конечностей*</li> <li>б) проходимости глубоких вен</li> <li>в) состояния клапанного аппарата глубоких вен</li> <li>г) локализации несостоятельных коммуникантных вен</li> <li>д) скорости кровотока по глубоким венам</li> </ol>
Жизнеспособность ишемизированной конечности в результате эмболии может быть определена следующими методами: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) сфигмографией</li> <li>б) реовазографией *</li> <li>в) сцинтиграфией с <math>^{99m}\text{Tc}</math> (технеций) пирофосфат</li> <li>г) плетизмографией</li> <li>д) термографией</li> </ol>
Лучшим инструментом для эмболизации из магистральной артерии является: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) сосудистое кольцо Wolman</li> <li>б) вакуум-аспиратор</li> <li>в) катетер Fogarty с баллончиком</li> </ol>

<p>г) верно в), с) *</p> <p>д) верно а), с)</p>
<p>Методом выбора в хирургическом лечении синдрома Лериша является:</p> <p>а) поясничная симпатэктомия</p> <p>б) периаортальная симпатэктомия</p> <p>в) аорто-бедренный бифуркационный шунт *</p> <p>г) односторонний аорто-бедренный шунт</p> <p>д) тромбэктомия катетером Фогарти</p>
<p>Наиболее информативным методом диагностики острой артериальной окклюзии является:</p> <p>а) сфигмография</p> <p>в) реовазография *</p> <p>с) аорто-артериография</p> <p>д) плетизмография</p> <p>е) термография</p>
<p>Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме:</p> <p>а) стенокардии;</p> <p>б) инфаркта миокарда;</p> <p>в) постинфарктного кардиосклероза;</p> <p>г) <b>атеросклеротического кардиосклероза;</b></p> <p>д) нарушения ритма сердца.</p>
<p>Наиболее частой формой ИБС у женщин является:</p> <p>а) инфаркт миокарда;</p> <p>б) внезапная смерть;</p> <p>в) <b>стенокардия;</b></p> <p>г) нарушения сердечного ритма;</p> <p>д) безболевая ишемия.</p>
<p>Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы:</p> <p>а) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевая ишемия миокарда;</p> <p>б) <b>прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя</b></p> <p><b>подострая, стенокардия покоя острая;</b></p> <p>в) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и без подъема ST;</p> <p>г) стабильная стенокардия II ф.кл.;</p> <p>д) стабильная стенокардия IV ф.кл.</p>
<p>При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:</p> <p>а) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания;</p> <p>б) <b>появляется, обычно, на второй день заболевания;</b></p> <p>в) появляется на 3-4 день заболевания;</p> <p>г) появляется на 5-6 день заболевания;</p> <p>д) появляется в более поздние сроки.</p>
<p>Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:</p> <p>а) изменения сегмента ST и зубца Т;</p> <p>б) <b>признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS);</b></p>

в) блокада ветвей пучка Гиса; г) нарушения ритма сердца; д) нарушение атриовентрикулярной проводимости
Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования 1) ЭКГ 2) Степень сужения коронарной артерии 3) Конечно-диастолическое давление левого желудочка 4) Фракция изгнания левого желудочка 5) Повторные инфаркты в анамнезе
Показания к коронарному шунтированию включают: а) тяжелую стенокардию, не отвечающую медикаментозной терапии б) прогрессирующую стенокардию в) инфаркт в анамнезе и коронарную болезнь г) инфаркт в анамнезе и солитарное сосудистое поражение д) все верны кроме г)*
Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является: а) асистолия желудочков; б) <b>фибрилляция желудочков</b> ; в) желудочковая бигимения; г) атриовентрикулярная блокада II степени; д) синоаурикулярная блокада II степени.
Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются: а) кордарон; б) новокаинамид; в) бета-блокаторы; г) <b>лидокаин</b> ; д) верапамил
Признаком дисфункции синусового узла является: а) <b>выраженная синусовая брадикардия</b> ; б) мерцательная аритмия; в) предсердная экстрасистолия; г) атриовентрикулярная блокада I степени; д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
У 7-летнего пациента определяется мягкий систолический шум во II-III межреберье по левому краю грудины, диастолический шум ближе к верхушке сердца, и выраженное расщепление 2-го тона над легочной артерией. На рентгенограммах имеется резкое усиление легочного рисунка за счет гиперволемии. На ЭКГ скорее всего будет выявлено 1) узловой ритм 2) преждевременное возбуждение предсердий 3) блокада I степени 4) блокада правой ножки пучка Гиса 5) снижение вольтажа во всех отведениях
К основным предрасполагающим к тромбозу фактора относятся все перечисленные, кроме а) замедления тока крови в венах б) нарушения целостности внутренней выстилки вен в) варикозного расширения вен г) повышения фибринолитической активности крови



д) мерцательной аритмии*
Трехлетний ребенок с врожденным цианозом скорее всего страдает 1) ТетрадойФалло 2) Дефектом межжелудочковой перегородки 3) Трикуспидальной атрезией 4) Транспозицией магистральных сосудов 5) Открытым артериальным протоком
У двухдневного ребенка без цианоза выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Других симптомов нет. ЭКГ и рентгенография нормальны. С каким из пороков вероятнее всего столкнулся врач? 1) ТетрадаФалло 2) дефект межжелудочковой перегородки 3) трикуспидальная атрезия 4) транспозиция магистральных сосудов 5) открытый артериальный проток
У ребёнка с цианозом и с электрокардио-графическими признаками отклонения эл.оси сердца влево и гипертрофией левого желудочка наиболее вероятным диагнозом может быть 1) Атрезия трикуспидального клапана 2) Атрезия митрального клапана 3) Единственный желудочек 4) ТетрадаФалло 5) Транспозиция магистральных сосудов
Трехлетний ребенок с врожденным цианозом скорее всего страдает а) ТетрадойФалло б) Дефектом межжелудочковой перегородки в) Трикуспидальной атрезией г) Транспозицией магистральных сосудов д) Открытым артериальным протоком
Хирургическое лечение при тетрадеФалло, выберите правильный ответ: а) радикальная операция подразумевает дилатацию легочной артерии, пластику дефекта перегородки со смещением аорты к левому желудочку б) паллиативные операции являются более эффективными в возрасте до трех лет в) наиболее часто при паллиативных операциях накладывается анастомоз подключичная артерия-правая ветвь легочной артерии г) при тетрадеФалло снижено количество эритроцитов д) все верны кроме г)*
Какие больные с тетрадойФалло подлежат хирургической коррекции? а) все больные* б) больные с гипертрофией правого желудочка в) больные с преобладанием стеноза легочной артерии г) больные без цианоза д) только больные после 15 лет
Наиболее частым врожденным пороком сердца является: а) дефект межжелудочковой перегородки * в) дефект межпредсердной перегородки с) открытый артериальный проток д) транспозиция больших сосудов е) тетрадаФалло
Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

<ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>дефект межпредсердной перегородки;</b></li> <li>б) аномалия Эбштейна;</li> <li>в) стеноз легочной артерии;</li> <li>г) тетрада Фалло;</li> <li>д) комплекс Эйзенменгера</li> </ul>
<p>Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум;</p> <p>2. выслушивание 3-го тона;</p> <p>3. пальпируемое систолическое дрожание;</p> <p>4. повышенный риск инфекционного эндокардит</p> <p><b>5. все ответы верны</b></p>
<p>Пациент с искусственным механическим клапаном сердца должен получать антикоагулянтную терапию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) в течение госпитального периода</li> <li>2) в течение первого года после операции</li> <li>3) пожизненно</li> <li>4) при наличии тромбоэмболических осложнений</li> </ul>
<p>В настоящее время наиболее частой причиной недостаточности митрального клапана является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизм</li> <li>2) бактериальный (инфекционный) эндокардит</li> <li>3) пролапс митрального клапана</li> <li>4) дисфункция папиллярных мышц</li> <li>5) разрыв хорд</li> </ul>
<p>Слабый пульс на лучевых артериях характерен для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) стенозы аортального клапана *</li> <li>в) коарктации аорты</li> <li>с) открытого артериального протока</li> <li>д) митрального стеноза</li> <li>е) тетрады Фалло</li> </ul>
<p>Митральный стеноз приводит к следующим нарушениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) уменьшение сердечного выброса</li> <li>б) фибрилляция предсердий</li> <li>в) системная эмболизация</li> <li>г) увеличение периферического сопротивления</li> <li>д) все верны кроме г)*</li> </ul>
<p>Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) когда градиент давления через клапаны больше 50 ммрт.ст.:</li> <li>в) когда стенозу сопутствует стенокардия</li> <li>с) когда имеются сопутствующие пороки сердца</li> <li>д) верно а), б), с)*</li> <li>е) верно а), б)</li> </ul>
<p>Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>аортальным стенозом;</b></li> <li>б) митральным стенозом;</li> <li>в) аортальной недостаточностью;</li> <li>г) митральной недостаточностью;</li> <li>д) трикуспидальной недостаточностью</li> </ul>
<p>Митральная регургитация достаточно часто встречается при:</p> <p>1. гипертрофической кардиомиопатии;</p>

2. дилатационной кардиомиопатии; 3. рестриктивной кардиомиопатии; 4. дисгормональной миокардиодистрофии. 5. <b>верно 1, 2 и 3;</b>
Хронический сдавливающий перикардит может сопровождаться следующими клиническими проявлениями, исключая 1) плевральный выпот 2) асцит 3) пульсацию печени во время систолы 4) увеличение диастолического давления в правом желудочке 5) мерцательную аритмию
Важная находка на рентгенограммах груди при хроническом сдавливающем перикардите: а) малое сердце б) дислокация правых бронхов в) усиленный рисунок корней легких г) обызвествление перикарда* д) высоко расположенный купол диафрагмы
Для острого перикардита не характерно: а) <b>брадикардия;</b> б) повышение температуры тела; в) боль за грудиной; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
В норме полость перикарда содержит: а) около 5 мл жидкости; б) <b>до 50 мл жидкости;</b> в) 100-200 мл жидкости; г) 300-500 мл жидкости; д) 100 мл жидкости
Для острого перикардита не характерно: а) <b>брадикардия;</b> б) повышение температуры тела; в) боль за грудиной; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают: а) эозинофилы; б) моноциты; в) <b>лимфоциты;</b> г) лейкоциты д) эритроциты
Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются: а) нитраты; б) папаверин или нош-па; в) <b>нестероидные противовоспалительные препараты;</b> г) стероидные препараты; д) наркотические анальгетики

<p>При экссудативном перикардите может наблюдаться:</p> <p>а) одышка;</p> <p>б) глухость тонов сердца;</p> <p>в) расширение границ сердечной тупости;</p> <p>г) тахикардия и парадоксальный пульс</p> <p><b>д) все верно.</b></p>
<p>Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:</p> <p>а) аускультации;</p> <p>б) рентгенографии;</p> <p>в) электрокардиографии;</p> <p>г) <b>эхокардиографии;</b></p> <p>д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция</p>
<p>При сдавливающем (констриктивном) перикардите:</p> <p>а) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;</p> <p>б) <b>отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;</b></p> <p>в) артериальное и венозное давление существенно не меняются;</p> <p>г) отмечается снижение артериального давления;</p> <p>д) происходит снижение венозного и артериального давления</p>
<p>Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?</p> <p>а) пункция перикарда</p> <p>б) измерение ЦВД</p> <p><b>в) рентгенография грудной клетки</b></p> <p>г) ФВД</p> <p>д) ЭКГ</p>
<p>К аутоиммунным перикардитам относится:</p> <p>а) посттравматический</p> <p>б) постинфарктный</p> <p>в) посткомиссуральный</p> <p>г) постперикардитомный</p> <p><b>д) все верно</b></p>
<p>Какое заболевание чаще всего нужно дифференцировать с сухим перикардитом:</p> <p>а) диафрагмальная грыжа</p> <p>б) острый панкреатит</p> <p>в) пептическая язва пищевода</p> <p><b>г) инфаркт миокарда</b></p> <p>д) миокардит</p>
<p>Какой признак наиболее характерен при сердечной недостаточности, обусловленный экссудативным перикардитом:</p> <p>а) кардиомегалия</p> <p><b>б) характерная поза с наклоном тела вперед или колено-локтевое положение</b></p> <p>в) отсутствие шумов в сердце</p> <p>г) асцит, отеки</p>
<p>Для экссудативного перикардита характерно:</p> <p>а) сглаженность дуг</p> <p>б) снижение пульсации</p> <p>в) преобладание поперечника над длинником</p> <p>г) укорочение сосудистого пучка</p>

д) все верно
При экссудативном перикардите может наблюдаться: 1. брадикардия; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; <b>4. верно 2,3</b> 5. все ответы верны
Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются: а) <b>резкое снижение сердечного выброса на вдохе;</b> б) повышение сердечного выброса на выдохе; в) нарушение ритма; г) повышение сердечного выброса на вдохе д) снижение сердечного выброса на выдохе.
Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод: а) аускультации; б) рентгенографии; в) электрокардиографии; г) <b>эхокардиографии;</b> д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
Для острого перикардита характерно все, кроме: а) боль за грудиной б) повышение температуры тела; в) <b>отеки лица;</b> г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
Рубцовые изменения в сердечной сумке наиболее выражены на участке, покрывающем: а) <b>правые отделы сердца</b> б) левые отделы сердца в) левое и правое предсердие г) левый и правый желудочек
Какая характеристика верхушечного толчка при сдавливающем перикардите: а) <b>ослаблен или отсутствует</b> б) усилен и смещен влево в) усилен и смещен вниз г) ослаблен и смещен вправо
Наиболее вероятный симптом при начальной стадии развития целомической кисты перикарда: а) одышка б) акроцианоз в) боли за грудиной г) нарушение ритма сердца <b>д) бессимптомное течение</b>
КИСТЫ ПЕРИКARДА БЫВАЮТ: а – посттравматические, целомические б – поствоспалительные, посттравматические <b>*в – поствоспалительные, посттравматические, целомические</b> г – целомические, поствоспалительные
Наиболее частый путь метастазирования мезотелиомы перикарда: <b>а) лимфогенный</b> б) гематогенный

<p>в) интраканикулярный</p> <p>г) имплантационный</p>
<p>Какой метод инструментального исследования наиболее информативен для определения мезотелиомы перикарда:</p> <p>а) рентгенография грудной клетки</p> <p>б) ЭКГ</p> <p>в) пункция перикарда</p> <p><b>г) торакоскопия с биопсией перикарда</b></p>
<p>Внутриперикардальная тератома чаще встречается у:</p> <p>а) женщин</p> <p>б) мужчин</p> <p>в) пожилых людей</p> <p><b>г) плода и новорожденных</b></p>
<p>Какая первичная опухоль перикарда наиболее часто встречается:</p> <p>а) злокачественная перикардальная тератома</p> <p><b>б) перикардальная мезотелиома</b></p> <p>в) внутриперикардальная тератома плода и новорожденных</p> <p>г) первичная сердечная лимфома в сочетании с ВИЧ-инфекцией</p>
<p>Мезотелиома перикарда чаще встречается у:</p> <p><b>а) мужчин</b></p> <p>б) женщин</p> <p>в) детей</p> <p>г) у пожилых людей</p>
<p>Чаще всего метастатические опухоли сердца поражают:</p> <p><b>а) перикард</b></p> <p>б) сердечную мышцу</p> <p>в) клапаны сердца</p> <p>г) эндокард</p>
<p>Наиболее грозным осложнением внесердечных опухолей принято считать:</p> <p><b>а) тампонада сердца</b></p> <p>б) атриовентрикулярная блокада</p> <p>в) периферический отек</p> <p>г) одышка</p>
<p>Аневризма восходящей аорты, характеризующаяся веретенообразным расширением проксимального отдела и сужением до нормальных величин на уровне брахиоцефального ствола, является следствием</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тупой травмы грудной клетки</li> <li>2) атеросклероза</li> <li>3) ревматического артериита</li> <li>4) сифилиса</li> <li>5) медиоцистонекроза</li> </ol>
<p>Наиболее вероятным этиологическим фактором аневризм дуги аорты является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сифилис</li> <li>2) атеросклероз</li> <li>3) травма</li> <li>4) гипертензия</li> <li>5) медиоцистонекроз</li> </ol>
<p>При ХОЗАНК часто выявляются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия мышц пораженной стороны, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок</li> <li>2) отек голени, выпадение волос, мацерация кожи, лимфорея</li> </ol>

<p>3) деформация коленных и голеностопных суставов, частые переломы костей нижних конечностей</p> <p>4) мышечная атрофия, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок</p>
<p>Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризующееся</p> <p>1) поражением преимущественно микроциркуляторного русла с пролиферацией эндотелия и стенозированию просвета сосуда и развитию недостаточности кровообращения</p> <p>2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде повышения проницаемости сосудистой стенки, отека тканей и нарушения микроциркуляции</p> <p>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</p> <p>4) поражением артерий мышечного типа в виде инфильтрации эндотелия липидными включениями, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне</p>
<p>Краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров с формированием участков стеноза, неравномерное или полное отсутствие контрастирования сосуда при окклюзии с заполнением дистального артериального русла через сеть коллатералей характерно для</p> <p>1) диабетической микроангиопатии</p> <p>2) атеросклеротического поражения артерий</p> <p>3) тромбангиита Бюргера</p> <p>4) синдрома Рейно</p>
<p>По данным эпидемиологических исследований, на долю ХОЗАНК приходится</p> <p>1) менее 5% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>2) менее 10% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>3) более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>4) более 40% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p>
<p>Обязательными компонентами терапии при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей являются</p> <p>1) холестеринснижающая терапия с применением статинов</p> <p>2) инсулинотерапия с применением статинов</p> <p>3) дезагреганты, антикоагулянты и тромболитики</p> <p>4) блокаторы протонной помпы и простагландин Е</p>
<p>Критическая ишемия конечности – это синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, основными клиническими признаками которого являются</p> <p>1) боль в покое, купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,5</p> <p>2) боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4</p> <p>3) боль при ходьбе менее 25 м и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4</p> <p>4) боль в покое, не купируемая ненаркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,1</p>
<p>К эффектам пентоксифиллина относятся</p> <p>1) улучшение пластических свойств эритроцитов за счет снижения в них АТФ, повышение активности фосфодиэстеразы</p> <p>2) снижает активность пламиногена и пламина, антитромбина III, повышает уровень фибриногена в плазме крови</p>

<p>3) активирует миграцию, адгезию и активацию лейкоцитов, повышает выделение свободных радикалов кислорода</p> <p>4) блокирует токсическое действие фактора некроза опухоли TNF-<math>\alpha</math> на клетки эндотелия, цитокин-опосредованную активацию нейтрофилов и адгезию лейкоцитов к эндотелию</p>
<p>Сосудистые реконструктивные операции показаны при</p> <p>1) эффективности терапии при ишемии I ст.</p> <p>2) изолированном поражении дистального и микроциркуляторного сосудистого русла</p> <p>3) неэффективности консервативной терапии, ишемии IIБ-IV ст.</p> <p>4) тяжелой почечной недостаточности и ишемии IIА ст.</p>
<p>Бифуркационное аорто-бифеморальное шунтирование выполняется при</p> <p>1) синдроме Лериша</p> <p>2) тромбозе бедренных артерий</p> <p>3) стенозах внутренних подвздошных артерий</p> <p>4) окклюзии подколенных артерий</p>
<p>Проведение локальной аорто-подвздошной эндартерэктомии возможно при</p> <p>1) диффузном поражении аорты</p> <p>2) изолированном поражении в области бифуркации аорты</p> <p>3) поражении аорты и подвздошных артерий на всем протяжении</p> <p>4) поражении подвздошных и бедренных артерий</p>
<p>Проходимость через 10 лет после аорто-подвздошной эндартерэктомии составляет</p> <p>1) от 12 до 48%</p> <p>2) от 24 до 55%</p> <p>3) от 48 до 77%</p> <p>4) от 62 до 83%</p>
<p>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</p> <p>1) билатерального аортоподвздошного шунтирования</p> <p>2) эндартерэктомии из другой подвздошной артерии или унилатерального подвздошно-бедренного шунтирования</p> <p>3) протезирования аорты с эндратерэктомией из контралатеральной подвздошной и обеих бедренных артерий</p> <p>4) перевязки подвздошной артерии с контралатеральной стороны</p>
<p>К открытым реконструкциям относятся</p> <p>1) стентирование артерий</p> <p>2) эндоваскулярная роторная дезоблитерация</p> <p>3) эндоваскулярная баллонная дилатация</p> <p>4) эверсионная эндартерэктомия</p>
<p>Полузакрывающаяся эндартерэктомия из подвздошных артерий выполняется</p> <p>1) из срединного лапаротомного доступа</p> <p>2) из ретроперитонеального доступа над пупартовой связкой</p> <p>3) на удалении из доступа ниже пупартовой связки</p> <p>4) из подколенного доступа</p>
<p>Для экстраанатомического шунтирования лучше использовать</p> <p>1) аутовену</p> <p>2) аутоартерию</p> <p>3) армированные синтетические протезы</p> <p>4) неармированные синтетические протезы</p>
<p>К экстраанатомическому шунтированию относят</p>



<ol style="list-style-type: none"> <li>1) аорто-подвздошное и подвздошно-бедренное шунтирование</li> <li>2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной</li> <li>3) подмышечно-бедренное и перекрестное бедренно-бедренное шунтирование</li> <li>4) протезирование артерии</li> </ol>
<p>При многоуровневых поражениях магистральных артерий</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) необходима коррекция в системе притока</li> <li>2) необходима коррекция как в системе притока, так и оттока</li> <li>3) необходима коррекция в системе оттока</li> <li>4) хирургическая коррекция не возможна</li> </ol>
<p>В генезе диабетической ангиопатии большую роль играют</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологические изменения секреции простагличина, цитокинов и тканевого активатора плазминогена</li> <li>2) гиперкальциемия</li> <li>3) гиповитаминоз С и Д</li> <li>4) сохранение способности эритроцитов к конформации</li> </ol>
<p>Отличительной особенностью диабетической макроангиопатии сосудов нижних конечностей в сравнении с облитерирующим атеросклерозом у лиц, не страдающих сахарным диабетом, является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ассиметричность поражения дистальных отделов сосудистого русла, слабая кальцификация стенки артерий</li> <li>2) мигрирующий характер поражения, редкость формирования трофических язв</li> <li>3) поражение как артерий, так и вен, преимущественно дистальных отделов сосудистого русла и симметричность</li> <li>4) более выраженная кальцификация сосудистой стенки, частое поражение дистальных отделов сосудистого русла и симметричность</li> </ol>
<p>Роль курения как этиологического фактора атеросклероза сводится к</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждению эндотелия с усилением тромбоцитарной агрегации</li> <li>2) повышению уровня ЛПВП</li> <li>3) понижению уровня ЛПНП</li> <li>4) всем перечисленным</li> </ol>
<p>Наиболее значимыми факторами риска развития атеросклероза являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сахарный диабет и артериальная гипертензия</li> <li>2) тяжелая почечная недостаточность и язвенная болезнь желудка</li> <li>3) курение и постоянная форма фибрилляции предсердий</li> <li>4) варикозная болезнь вен нижних конечностей и миокардит</li> </ol>
<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липидных пятен</li> <li>2) липидной бляшки</li> <li>3) фиброзной бляшки</li> <li>4) сложной (осложненной) бляшки</li> </ol>
<p>К осложненным бляшкам относят структуры, имеющие</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выпуклую форму</li> <li>2) большую протяженность</li> <li>3) пенистые клетки</li> <li>4) кальциноз и кровоизлияния</li> </ol>
<p>Основным принципом, позволяющим определить гемодинамическую значимость стеноза, является</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>1) величина пиковой систолической скорости</li> <li>2) зависимость между величиной пиковой систолической скорости, характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии</li> <li>3) зависимость между характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии</li> <li>4) соотношение пиковой систолической скорости и степени сужения просвета артерии</li> </ul>
<p>К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) склероз артериол*</li> <li>б) петлистый артериальный тромбоз</li> <li>в) развитие синдрома Лериша</li> <li>г) тромбоз бедренной артерии</li> <li>д) акроцианоз</li> </ul>
<p>Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда</li> <li>б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит</li> <li>в) предотвратить сердечную недостаточность</li> <li>г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда*</li> <li>д) обратить в норму симптом Тинеля</li> </ul>
<p>Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопыпротивопоказано в связи с тем, что</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции</li> <li>б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену</li> <li>в) может усилиться болевой синдром</li> <li>г) может усилиться интоксикация</li> <li>д) может иметь место все вышеперечисленное*</li> </ul>
<p>При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) удаление всех окаймлений ложного мешка</li> <li>б) лигирование артерии и вены в четырех местах</li> <li>в) широкое рассечение для лигирования коллатералей</li> <li>г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы*</li> <li>д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы</li> </ul>
<p>При врожденной артериовенозной фистуле характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ветвистая аневризма</li> <li>б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)</li> <li>в) гроздевидная аневризма</li> <li>г) все перечисленное*</li> <li>д) ничего из перечисленного</li> </ul>
<p>Коарктация аорты. Выберите правильный ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сужение аорты находится после отхождения a.brahiocefalica</li> <li>б) сужение аорты находится дистальнееa.subclaviaлевая</li> <li>в) в бедренных артериях давление снижено</li> <li>г) при коарктации аорты пластика состоит в иссечении суженного сегмента с ушиваниемконец в конец либо в шунтировании сосудистыми протезами.</li> <li>д) все ответы верны *</li> </ul>
<p>Изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА), выберите правильный ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ИСЛА может быть клапанным либо субклапанным</li> <li>б) при ИСЛА ствол легочной артерии расширен</li> <li>в) при ИСЛА давление в малом круге кровообращения рефлекторно увеличивается</li> <li>г) при ИСЛА второй тон над легочной артерией снижен</li> </ul>

д) все ответы верны кроме в) *
Аневризма восходящей аорты может быть обусловлена следующими причинами: а) синдром Марфана б) сифилис в) атеросклероз г) кистозный некроз средней оболочки Эрдхейма д) все ответы верны*
Расслаивающая аневризма грудной аорты чаще всего вызывается: а) атеросклерозом б) сифилисом; в) дегенерацией средней оболочки * г) травмой д) коарктацией аорты
Периферические атеросклеротические аневризмы чаще всего локализуются на уровне: а) сонной артерии б) подключичной в) бедренной г) подколенной * д) локтевой
Больной в возрасте 80 лет страдает тяжелой сердечной патологией. Жалуется на выраженную перемежающуюся хромоту в правой конечности. Методом выбора в данном случае является: а) аорто-бедренный by-pass б) правосторонний аксиларо-бедренный by-pass в) бедренно-бедренный by-pass * г) правосторонний аорто-подвздошный шунт (by-pass) д) правосторонняя симпатэктомия
Через 3 дня после аорто-бедренного шунтирования у больного в возрасте 65 лет появились мелена и жидкий стул. Наиболее вероятная причина данного осложнения: а) кровотечение из стресс-язвы б) язвенный колит в) ишемический колит * г) аорто-дуоденальный свищ д) нагноение в области проксимального анастомоза
Через 18 часов после травматической окклюзии бедренной артерии больной был оперирован и артерия восстановлена. После операции, в палате, обнаружилось, что голень оперированной конечности очень плотная и болезненная. Наиболее вероятная причина этого: а) незамеченное поражение вены б) реакция на реваскуляризацию в) незамеченный перелом большеберцовой кости г) длительная дооперационная ишемия тканей * д) мышечный спазм как результат травматизации нервов
Наиболее частой причиной острого тромбоза артерии нижних конечностей является: а) облитерирующий тромбангит б) облитерирующий атеросклероз * в) пункция и катетеризация артерий г) сдавление сосудов извне д) полицитемия
Определите заболевание в соответствии с локализацией поражения): а) синдром Лериша

б) абдоминальная ангина * в) синдром Такаясу Столбик II 1) верхняя подключичная артерия 2) дуга аорты и ее ветвей * 3) церебральные артерии 4) мезентериальные сосуды 5) бифуркация аорты
Синдром Лериша - это: а) неспецифический брахецефальный артериит б) атеросклеротическое поражение бифуркации аорты * в) периферическая капилляропатия конечностей г) мигрирующий тромбангит д) окклюзия нижней полой вены
Для синдрома Лериша характерно все, кроме: а) гипотермии нижних конечностей б) бледности кожных покровов в) мигрирующего тромбангита нижних конечностей * г) боли в ягодичной области в положении сидя д) импотенции
Для синдрома Такаясу нехарактерно: а) исчезновение пульса на верхних конечностях б) исчезновение пульса на нижних конечностях * в) писчий спазм г) головные боли, головокружения д) ухудшение зрения до слепоты
Выберите правильное утверждение относительно клинических проявлений аневризмы абдоминальной аорты а) в 70-75% случаев аневризма абдоминальной аорты проявляется клинически б) рутинный осмотр и инструментальные методы исследования позволяют поставить диагноз * в) аневризма абдоминальной аорты часто диагностируется случайно во время абдоминальных операций по другому поводу г) больные зачастую ставят сами себе диагноз д) гипотензия и шок характерны для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
Для острого тромбоза магистральной артерии нижних конечностей не характерно: а) бледность * б) боли в) отек г) парестезии д) отсутствие пульса
К ишемическому синдрому нижних конечностей относится все, за исключением: а) отсутствия пульса б) парестезии в) трофической язвы голени г) паралича нижних конечностей * д) бледности кожных покровов
При эмболии бедренной артерии III степени ишемии (контрактура нижней конечности) методом выбора является: а) срочная эмболектomia б) тромболитическая терапия

в) терапия антикоагулянтами г) симптоматическая терапия д) первичная ампутация нижней конечности *
Эмболия плечевой артерии может быть в результате следующих заболеваний, за исключением: а) митрального стеноза б) острого инфаркта миокарда в) аневризмы сердца г) аневризмы брюшной аорты* д) сдавления подключичной артерии дополнительным шейным ребром
Синдром "верхней поллой вены" является наиболее часто проявлением 1) гистоплазмоза (склерозирования средостения) 2) внутригрудного зоба 3) аневризмы грудной аорты 4) сдавливающего перикардита 5) бронхогенной карциномы
Кровоток по вене прекращается при выполнении 1) имплантации кава-фильтра 2) пликции вены 3) перевязки вены 4) клипирования вены
У больных хирургического профиля с целью профилактики ВТЭ фондапаринукс применяют в дозе 1) 5 мг внутривенно перед операцией, затем 1 раз в сутки 2) 0,5 мг внутривенно перед операцией, затем 2 раза в сутки 3) 0,5 мг подкожно через 6-24 ч после операции, затем 1 раз в сутки 4) 2,5 мг подкожно через 6-24 ч после операции, затем 1 раз в сутки
Длительность тромбоза магистральных вен нижней конечности не более 5 суток, имеется окклюзия 1-2 анатомических сегментов. Показана 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней поллой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра
Имеются рано диагностированные сегментарные венозные тромбозы магистральных вен нижней конечности в течение первых 5 суток от начала заболевания. Показана 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней поллой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра
Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является а) экзематозный дерматит б) глубокий тромбоз малоберцовой вены* в) безболезненный разрыв расширенной вены г) изъязвление нижней трети конечности д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа
К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся а) беременность

<ul style="list-style-type: none"> <li>б) тугие повязки в области верхней трети конечности</li> <li>в) увеличенные паховые лимфатические узлы</li> <li>г) все перечисленное*</li> <li>д) ничего из перечисленного</li> </ul>
<p>Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) растворения фибрина</li> <li>б) приостановления роста тромба*</li> <li>в) увеличения количества сгустков</li> <li>г) изменения внутренней оболочки сосудов</li> <li>д) снижения активности ДНК</li> </ul>
<p>Острая лимфедема характеризуется следующими признаками</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при надавливании пальцем остается ямка</li> <li>б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется</li> <li>в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела</li> <li>г) правильно а) и в)*</li> <li>д) правильного ответа нет</li> </ul>
<p>Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при надавливании пальцем ямка не образуется</li> <li>б) плотный "мясистый" отек ткани</li> <li>в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела*</li> <li>г) пигментные и трофические изменения кожи</li> <li>д) фиброз подкожной клетчатки</li> </ul>
<p>Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) резкий отек нижней конечности*</li> <li>б) некроз пальцев стоп</li> <li>в) похолодание стопы</li> <li>г) симптом перемежающейся хромоты</li> <li>д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен</li> </ul>
<p>Симптом Троянова - Тренделенбурга служит для диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей*</li> <li>б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра</li> <li>в) синдрома Лериша</li> <li>г) посттромбофлебитической болезни</li> <li>д) болезни Бюргера</li> </ul>
<p>Проба Претта проводится с целью выявления</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) проходимости глубоких вен нижних конечностей</li> <li>б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях</li> <li>в) несостоятельных коммуникативных вен*</li> <li>г) острого тромбофлебита</li> <li>д) тромбоза подколенной артерии</li> </ul>
<p>К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) трофических язв</li> <li>б) экземы и дерматитов</li> <li>в) хронической венозной недостаточности</li> <li>г) ишемической гангрены*</li> <li>д) тромбофлебита</li> </ul>

<p>Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) беременности</li> <li>б) непроходимости глубоких вен</li> <li>в) врожденного нарушения клапанного аппарата</li> <li>г) посттромбофлебитического синдрома</li> <li>д) ортостатизма*</li> </ul>
<p>Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) рассыпной тип поражения</li> <li>б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы</li> <li>в) рецидив после оперативного лечения</li> <li>г) непроходимость глубоких вен*</li> <li>д) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе</li> </ul>
<p>Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) дистальных отеков</li> <li>б) распирающих болей*</li> <li>в) повышения температуры тела</li> <li>г) гиперемии кожи и отека по ходу вен</li> <li>д) резкой болезненности при пальпации</li> </ul>
<p>Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) повышения фибринолитической активности*</li> <li>б) ожирения</li> <li>в) гиподинамии</li> <li>г) онкологических заболеваний</li> <li>д) ишемической болезни сердца</li> </ul>
<p>При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Бебкока</li> <li>б) Нарата</li> <li>в) Маделунга</li> <li>г) Троянова - Тренделенберга</li> <li>д) Линтона*</li> </ul>
<p>Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии*</li> <li>б) приведут к варикозному расширению подкожных вен</li> <li>в) вызовут гангрену стопы</li> <li>г) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга</li> <li>д) могут послужить причиной послеоперационной пневмонии</li> </ul>
<p>Операция Троянова - Тренделенберга заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника*</li> <li>б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования</li> <li>в) в удалении подкожных вен зондом</li> <li>г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией</li> <li>д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ul>
<p>Операция Нарата заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени</li> <li>б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования*</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>в) в удалении подкожных вен с помощью зонда</li> <li>г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом</li> <li>д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ul>
<p>Операция Клаппа заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени</li> <li>б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования</li> <li>в) в удалении подкожных вен с помощью зонда</li> <li>г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом*</li> <li>д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ul>
<p>Операция Кокетта заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования</li> <li>б) в удалении подкожных вен с помощью зонда</li> <li>в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом</li> <li>г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен*</li> <li>д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ul>
<p>Операция Линтона заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования</li> <li>б) в удалении подкожных вен с помощью зонда</li> <li>в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом</li> <li>г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> <li>д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен*</li> </ul>
<p>При магистральном типе варикозного расширения вен показаны</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) только склеротерапия</li> <li>б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)*</li> <li>в) только бинтование эластическим бинтом</li> <li>г) только операция Троянова–Тренделенберга</li> <li>д) только операция Линтона</li> </ul>
<p>Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) операцией Бебкока</li> <li>б) операцией Троянова - Тренделенберга</li> <li>в) склеротерапией*</li> <li>г) операцией Клаппа</li> <li>д) операцией Маделунга</li> </ul>
<p>Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) комбинированным оперативным методом*</li> <li>б) операцией Линтона</li> <li>в) операцией Бебкока</li> <li>г) операцией Нарата</li> <li>д) операцией Маделунга</li> </ul>
<p>К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени</li> <li>б) отека в области лодыжек</li> <li>в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени</li> <li>г) наличия трофической язвы на голени</li> <li>д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности*</li> </ul>
<p>Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>а) картины нарастающего септического процесса</li> <li>б) болей в правом подреберье</li> <li>в) увеличения печени и желтухи</li> <li>г) интермиттирующей лихорадки с ознобами</li> <li>д) усиления запоров*</li> </ul>
<p>Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) антибиотики</li> <li>б) спазмолитики</li> <li>в) антикоагулянты*</li> <li>г) активные движения</li> <li>д) парентеральное введение больших объемов жидкостей</li> </ul>
<p>Наиболее частой причиной развития трофических язв является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) расстройство лимфообращения</li> <li>б) расстройства артериального кровообращения</li> <li>в) расстройства венозного кровообращения*</li> <li>г) травматические повреждения</li> <li>д) нарушения водно-электролитного обмена</li> </ul>
<p>Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) резких болей распирающего характера</li> <li>б) повышения температуры тела</li> <li>в) отека конечности</li> <li>г) цианоза</li> <li>д) гиперемии кожи по ходу больной вены*</li> </ul>
<p>Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) постельного режима</li> <li>б) бутадиона</li> <li>в) компрессов с мазью Вишневского</li> <li>г) ходьбы*</li> <li>д) возвышенного положения конечности</li> </ul>
<p>Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нарушения свертываемости крови</li> <li>б) изменения внутренней оболочки сосуда</li> <li>в) массивного кровотечения*</li> <li>г) замедления кровотока</li> <li>д) эмболии</li> </ul>
<p>Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периодесостоит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в необходимости профилактики лимфостаза</li> <li>б) в необходимости воздействия на артериальный кровоток</li> <li>в) в ускорении кровотока по глубоким венам*</li> <li>г) в профилактике трофических расстройств</li> <li>д) в необходимости большей концентрации кровообращения</li> </ul>
<p>Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) с ожирением</li> <li>б) с варикозным расширением вен</li> <li>в) с онкологическими заболеваниями</li> <li>г) с почечной недостаточностью*</li> <li>д) с ишемической болезнью сердца</li> </ul>

<p>Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) тромбоза глубоких вен в анамнезе</li> <li>б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков</li> <li>в) несимметричности поражения</li> <li>г) данных флебографии</li> <li>д) данных ангиографии*</li> </ul>
<p>Синдром Педжета - Шреттера заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) во врожденных множественных артериовенозных фистулах</li> <li>б) в некрозах мышечной оболочки аорты</li> <li>в) в тромбозе подвздошной вены*</li> <li>г) в одновременной висцеральной и париетальной эмболии</li> <li>д) в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме</li> </ul>
<p>У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) лейкемию</li> <li>б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы</li> <li>в) тромбангиитное заращение сосудов*</li> <li>г) узловой периартериит</li> <li>д) варикозное расширение вен</li> </ul>
<p>Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) после радикальной мастэктомии</li> <li>б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы</li> <li>в) в результате подмышечного лимфаденита</li> <li>г) все перечисленное неверно</li> <li>д) все перечисленное верно*</li> </ul>
<p>В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пигментация кожи</li> <li>б) атрофия эпидермиса</li> <li>в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании</li> <li>г) фиброз кожного и подкожного слоя</li> <li>д) все перечисленное*</li> </ul>
<p>Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нарушением клапанного аппарата вен*</li> <li>б) нарушением свертывающей системы крови</li> <li>в) нарушением артериального кровотока в конечности</li> <li>г) сердечной слабостью</li> <li>д) нарушением водно-солевого обмена</li> </ul>
<p>Наиболее частая причина эмболии артерий большого круга кровообращения является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) атеросклероз дуги аорты</li> <li>б) ишемическая болезнь сердца</li> <li>в) тромбоз вен большого круга кровообращения *</li> <li>г) аневризма аорты</li> <li>д) аневризма сердца</li> </ul>
<p>Выберите неверное утверждение относительно аневризмы селезеночной артерии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) встречается; наиболее редко среди висцеральных абдоминальных аневризм *</li> <li>б) возникает в результате дегенеративных процессов мышечного слоя</li> <li>в) провоцирует боли в левом подреберье с иррадиацией в плечо</li> <li>г) на обзорной рентгенограмме брюшной полости может быть обнаружено кольцо из кальцинатов аневризмы</li> <li>д) ассоциируется с высоким риском разрыва аневризмы во время беременности</li> </ul>
<p>При цереброваскулярной облитерации чаще всего поражается:</p>

<p>а) артерия менингеальная средняя</p> <p>б) бифуркация сонной артерии</p> <p>в) базилярная артерия</p> <p>г) у устья позвоночной артерии</p> <p>д) верно всё кроме б)*</p>
<p>Лечение тромбоэмболии легочной артерии следует начинать с</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) назначения антикоагулянтов</li> <li>2) перевязки нижней полой вены</li> <li>3) тромбэктомии</li> <li>4) эмболэктомии из легочной артерии</li> <li>5) антибиотиков</li> </ol>
<p>Дыхательная недостаточность и артериальная гипоксемия при ТЭЛА возникают в результате</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тромбоза вен</li> <li>2) прекращения кровотока в хорошо вентилируемых альвеолах,</li> <li>3) бронхоспазма</li> <li>4) шунтирования крови помимо капиллярного русла</li> </ol>
<p>При ультразвуковом исследовании сердца при ТЭЛА можно диагностировать</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дилатацию и гипокинез правого желудочка</li> <li>2) парадоксальное движение межжелудочковой перегородки и выбухание ее в левый желудочек</li> <li>3) регургитацию на трикуспидальном клапане</li> <li>4) регургитацию на аортальном клапане</li> </ol>
<p>Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) геморрагический инсульт</li> <li>2) преходящие нарушения мозгового кровообращения в предшествующие 6 месяцев</li> <li>3) тяжелая травма или оперативное вмешательство в предшествующие 10 суток</li> <li>4) продолжающееся кровотечение</li> </ol>
<p>К относительным противопоказаниями к тромболитической терапии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждения или новообразования центральной нервной системы</li> <li>2) повреждения головы в предшествующие 3 недели</li> <li>3) желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц</li> <li>4) рефрактерная артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление выше 180 мм рт. ст.)</li> </ol>
<p>Эмболэктомия из одной из главной ветвей легочной артерии осуществляется из</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переднебоковой торакотомии в 4 межреберье</li> <li>2) переднебоковой торакотомии в 5 межреберье</li> <li>3) переднебоковой торакотомии во 2 межреберье</li> <li>4) продольной стернотомии</li> </ol>
<p>При хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии и наличии организованного эмбола полная дезобструкция легочной артерии осуществима при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катетерной фрагментации</li> <li>2) локальном тромболизисе</li> <li>3) изолированной тромбэктомии</li> <li>4) тромбэндартерэктомии</li> </ol>
<p>Антикоагулянтная терапия неэффективна, имеется протяженный (более 4 см длиной) флотирующий тромб с узким основанием, многократно рецидивирующая ТЭЛА. Показана</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регионарная тромболитическая терапия</li> </ol>

<p>2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой и подвздошных вен</p> <p>3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен</p> <p>4) имплантация кава-фильтра</p>
<p>При АЧТВ &lt;35 секунд (менее чем в 1,2 раза выше контроля) не фракционированный гепарин при ВТЭ вводят по следующей схеме</p> <p>1) 80 ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 4 ЕД/кг/ч</p> <p>2) 80 ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 4 ЕД/кг/ч</p> <p>3) 180 ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 10 ЕД/кг/ч</p> <p>4) 800 ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 40 ЕД/кг/ч</p>
<p>Урокиназа при ТЭЛА применяется по следующей ускоренной схеме</p> <p>1) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 10 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 12-24 часов</p> <p>2) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 24-48 часов</p> <p>3) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 48-72 часов</p> <p>4) 4 000 000 МЕ в течение 5 суток</p>
<p>Эмболоопасным является</p> <p>1) флотирующий тромб нижней полой вены</p> <p>2) окклюзионный тромб подколенной вены</p> <p>3) пристеночный тромб бедренной вены</p> <p>4) реканализированный тромб плечевой вены</p>
<p>Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит</p> <p>а) лицевых вен</p> <p>б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза*</p> <p>в) глубоких вен верхних конечностей</p> <p>г) поверхностных вен нижних конечностей</p> <p>д) поверхностных вен верхних конечностей</p>
<p>Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме</p> <p>а) назначения гепарина</p> <p>б) назначения дезагрегантов</p> <p>в) лечебной физкультуры</p> <p>г) длительного постельного режима*</p> <p>д) бинтования ног эластичным бинтом</p>
<p>Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии</p> <p>а) сосудов мозга</p> <p>б) системы коронарных артерий и вен</p> <p>в) легочной артерии*</p> <p>г) легочных вен</p> <p>д) артерий почек и печени</p>
<p>Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием</p> <p>а) абсцессов</p> <p>б) флегмон</p> <p>в) флеботромбозов*</p> <p>г) лимфаденитов</p> <p>д) эндартериита</p>

<p>Пациент доставлен с колотой раной левой половины грудной клетки, гипотензией, приподнятой пульсацией шейных вен и тахикардией. Наиболее полезной диагностической процедурой в такой ситуации будет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Рентгенография грудной клетки</li> <li>2) ЭКГ</li> <li>3) Измерение центрального венозного давления</li> <li>4) Левосторонняя торакотомия</li> <li>5) Перикардиоцентез</li> </ol>
<p>Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения</b></li> <li>б) переднее-боковая торакотомия слева</li> <li>в) стернотомия</li> <li>г) заднее-боковая торакотомия слева</li> <li>д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения</li> </ol>
<p>При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку</li> <li>б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку</li> <li>в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду</li> <li>г) выполнить вагосимпатическую блокаду</li> <li><b>д) выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)</b></li> </ol>
<p>Для закрытой травмы сердца характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) изменение ЭКГ</li> <li>б) боли в области сердца</li> <li>в) снижение артериального давления</li> <li>г) повышение венозного давления</li> <li><b>д) все верно</b></li> </ol>
<p>Внезапное накопление в сердечной сумке более ____ мл крови приводит к повышению внутриперикардального давления:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) 80</li> <li>б) 100</li> <li>в) 20</li> <li>г) 50</li> <li><b>д) 150</b></li> </ol>
<p>При каких случаях кровь накапливается в плевральной полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а) при ранениях более 1,5 см</b></li> <li>б) при ранениях правого предсердия</li> <li>в) при ранениях левого желудочка</li> <li>г) при ранениях менее 1,5 см</li> <li>д) нет верного ответа</li> </ol>
<p>При ранениях сердца, наиболее часто встречается вид шока:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) кардиогенный шок</li> <li>б) гиповолемический шок</li> <li>в) травматический шок</li> <li><b>г) все верно</b></li> <li>д) нет верного ответа</li> </ol>
<p>У больных в терминальной стадии тампонады сердца отмечается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) брадикардия</li> <li>б) тахикардия</li> <li>в) парадоксальный пульс</li> <li>г) гипотония</li> </ol>

<b>д) верно все, кроме б)</b>
<p>ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а – падение артериального и быстрое нарастание венозного кровяного давления</p> <p>б – давящие боли в области сердца, чувство страха смерти</p> <p>в – вынужденное положение сидя с наклоном туловища вперед или полулежа</p> <p>г – холодный пот</p> <p>*д – брадикардия и бледность кожных покровов</p>
<p>При ранениях сердца с локализацией в нижних отделах грудной клетки целесообразно проводить:</p> <p>а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения</p> <p>б) переднее-боковая торакотомия слева</p> <p>в) стернотомия</p> <p>г) заднее-боковая торакотомия слева</p> <p><b>д) левосторонняя передне-боковая торакотомия в V межреберье</b></p>
<p>При ранениях сердца с локализацией в верхних отделах грудной клетки целесообразно проводить:</p> <p>а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения</p> <p>б) переднее-боковая торакотомия слева</p> <p>в) стернотомия</p> <p>г) заднее-боковая торакотомия слева</p> <p><b>д) левосторонняя передне-боковая торакотомия в IV межреберье</b></p>
<p>При ранении магистральных сосудов — восходящей аорты, ствола легочной артерии производят:</p> <p>а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения</p> <p>б) переднее-боковая торакотомия слева</p> <p><b>в) двухсторонняя торакотомия с пересечением грудины</b></p> <p>г) заднее-боковая торакотомия слева</p> <p><b>д) левосторонняя передне-боковая торакотомия в IV межреберье</b></p>
<p>Непроникающие ранения сердца делятся на:</p> <p>а) с гемоперикардом</p> <p>б) с гемотораксом</p> <p>в) с гемопневмотораксом</p> <p><b>г) все верно</b></p> <p>д) нет верного ответа</p>
<p>Признаки венозной гипертензии при тампонаде сердца:</p> <p>а) набухание вен шеи</p> <p>б) отек лица</p> <p>в) цианоз лица и шеи</p> <p><b>г) верно все, кроме б)</b></p> <p>д) нет верного ответа</p>
<p>При накоплении какого объема крови в перикарде появляется угроза остановки сердца:</p> <p>а) 150</p> <p>б) 200</p> <p>в) 300</p> <p><b>г) 500</b></p> <p>д) 900</p>

<p>Незамеченное во время операции повреждение большого грудного лимфатического протока ведет к лимфорее и скоплению лимфы в грудной полости. Какая из перечисленных процедур показана в первую очередь в таком случае?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реоперация и перевязка протока</li> <li>2) реоперация и восстановление проходимости протока</li> <li>3) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания</li> </ol>
<p>Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) повышенное венозное давление</li> <li>б) шок</li> <li>в) снижение сердечного выброса</li> <li>г) увеличение диастолического наполнения сердца</li> <li>д) все верны кроме г)*</li> </ol>
<p>Какая характеристика позволяет определить повреждение артерии при открытых ранениях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) кровь сочится из раны, сосудов не видно</li> <li>б) наличие пульсации ниже области ранения</li> <li>в) темно-вишневого цвета, течет непрерывным потоком</li> <li>г) <b>ярко-алого цвета, течет пульсирующей струей</b></li> </ol>
<p>При кровотечениях вызванных переломом костей, необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) остановить кровотечение</li> <li>б) <b>остановить кровотечение и зафиксировать пораженную конечность</b></li> <li>в) остановить кровотечение, зафиксировать пораженную конечность, дать таблетку аспирина</li> <li>г) зафиксировать конечность</li> </ol>
<p><b>Колотые и резаные раны артерий:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>касательная рана, не проникающая в просвет сосуда;</b></li> <li>б) касательные раны, проникающие в просвет сосуда;</li> <li>в) касательная рана с повреждением внутренней стенки сосуда;</li> <li>г) неполное сдавливание просвета артерии;</li> <li>д) полное сдавливание просвета сосуда</li> </ol>
<p><b>По характеру повреждения сосудов бывают:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) полные разрывы;</li> <li>Б) неполные разрывы;</li> <li>В) разможнение, дефект вены;</li> <li>Г) боковые, сквозные повреждения;</li> <li>Д) <b>все верно</b></li> </ol>
<p><b>По классификации разрывы артерий бывают:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>изолированные продольные и поперечные разрывы внутренней стенки;</b></li> <li>б) расслоение внутренней стенки и внешней оболочки;</li> <li>в) полные расслоения всех слоев стенки артерии</li> <li>г) незначительные разрывы внешней оболочки артерии</li> </ol>
<p><b>Какой признак определяет внутрибрюшное кровотечение:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>повышение температуры тела и озноб</b></li> </ol>

б) отек нижней конечности и боль при ходьбе

в) бледность(цианотичность) и боль нижних конечностей

г) одышка и повышение АД

При разрыве или размождении артерий образуется пульсирующая гематома, заполненная:

а) по периферии тромботические массы, а в центре кровь

б) по периферии кровь, а в центре тромботические массы

в) полностью заполнена кровью

г) полностью заполнена тромботическими массами

При разрыве или размождении артерий образуется пульсирующая гематома, над которой аускультативно выслушивается:

а) грубый диастолический шум

б) грубый систолический шум

в) дующий систолический шум

г) диасто-систолический шум

Противопоказанием для проведения эндоваскулярной остановки кровотечения является:

а) сдавление сосуда травмирующим предметом

б) активное кровотечение

в) тромбоз сосуда

г) атеросклеротическое поражение сосуда

Огнестрельные раны артерий бывают:

а) касательная рана, не проникающая в просвет сосуда;

б) слепое ранение, проникающее в просвет сосуда;

в) сквозное ранение с разрушением всех слоев противоположных участков стенки сосуда;

г) перерыв артерии;

д) все верно

Через какое время после тромбоза артерии есть риск ампутации конечности:

а) 2

б) 3

в) 4

г) 6

д) 8

При тупых травмах с повреждением сосуда I степени разрывается только:

а) интимы

б) адвентиции

в) меди

г) интимы и меди

При тупых травмах с повреждением сосуда I степени, кровотечение:

а) отсутствует

б) обильное, ярко-алого цвета

в) замедленное, темно-красного цвета

г) внутритканевое кровотечение



<p>У пострадавших с контузиями артерий кровоснабжение конечности нарушается вследствие:</p> <p>а) тромбоза артерий</p> <p>б) поражении адвентиции</p> <p>в) нарушения целостности артерии</p> <p>г) повреждения интимы</p> <p><b>д) верно а,г</b></p>
<p>После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как</p> <p>а) выделяются токсические вещества</p> <p>б) повреждаются симпатические волокна</p> <p>в) нарушается межтканевой обмен</p> <p>г) все утверждения верны</p> <p><b>д) все утверждения неверны*</b></p>
<p>У 35-летней женщины с клиникой и симптомами митрального стеноза определяется опухоль в левом предсердии размерами 3 см. Это скорее всего может быть</p> <p>1) метастатическая карцинома</p> <p>2) малигнизированная лимфома</p> <p>3) гемангиома</p> <p>4) рабдомиома</p> <p>5) миксома</p>
<p>Каково соотношение встречаемости доброкачественных опухолей сердца к злокачественным:</p> <p>а) 1:1</p> <p>б) 2:1</p> <p><b>в) 3:1</b></p> <p>г) 4:1</p> <p>д) 8:1</p>
<p>Мезотелиома перикарда в начальных стадиях протекает:</p> <p><b>а) без каких либо симптомов</b></p> <p>б) с выраженной болью за грудиной</p> <p>в) с выраженной одышкой</p> <p>г) с отеками конечностей</p> <p>д) с атриовентрикулярной блокадой</p>
<p>Какой метод диагностики позволяет определить мезотелиому перикарда:</p> <p><b>а) торакоскопия с биопсией перикарда</b></p> <p>б) пункция перикардального выпота</p> <p>в) рентгенография грудной клетки</p> <p>г) эхокардиография</p> <p>д) магнито-резонансная томография</p>
<p>Наиболее часто миксомы локалиуются в:</p> <p><b>а) левом предсердии</b></p> <p>б) правом предсердии</p> <p>в) левом желудочке</p> <p>г) правом желудочке</p>
<p>Наиболее информативным методом диагностики миксомы считается:</p> <p>а) ЭхоКГ</p> <p>б) ЭКГ</p> <p><b>в) ангиокардиография</b></p> <p>г) рентгенография</p>
<p>Какой доступ наиболее удобный при оперативном удалении миксомы:</p> <p><b>а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения</b></p>

б) переднее-боковая торакотомия слева <b>в) срединная продольная стернотомия</b> г) заднее-боковая торакотомия слева д) левосторонняя переднее-боковая торакотомия в IV межреберье
Какой из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у взрослых: а) <b>миксома</b> б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома
Какая из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у детей: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла <b>в) рабдомиома</b> г) фиброма д) тератома
В каких отделах чаще локализуется рабдомиома: а) в левом предсердии б) в правом предсердии <b>в) в левом желудочке</b> г) в правом желудочке
Какой из опухолей сочетается с туберозным склерозом: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла <b>в) рабдомиома</b> г) фиброма д) тератома
Какая доброкачественная опухоль не имеет капсулы: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома <b>г) фиброма</b> д) тератома
Какому из доброкачественных опухолей типично расположение в АВ-узле: а) миксома <b>б) гемангиома</b> в) рабдомиома г) фиброма д) тератома
В каком из отделов сердца наиболее вероятное расположение ангиосаркомы: а) в левом предсердии <b>б) в правом предсердии</b> в) в левом желудочке г) в правом желудочке
Какой из злокачественных опухолей может поражать АВ-узел, приводя к внезапной смерти: а) миксома <b>б) мезотелиома</b> в) рабдомиома г) фиброма д) тератома

<p>При раке какого органа чаще всего метастазы поражают перикард:</p> <p>а) рак почек  б) рак молочной железы  <b>в) рак легкого</b>  г) рак печени  д) рак поджелудочной железы</p>
<p>Для окончательной диф диагностики злокачественных опухолей используется метод:</p> <p>а) ЭхоКГ, ЭКГ  б) МРТ диагностика  в) ангиокардиография  г) рентгенография  <b>д) гистологическое исследование</b></p>
<p>Для какого злокачественного рака характерно содержание клеток из поперечнополосатых мышц:</p> <p>а) миксома  б) мезотелиома  <b>в) рабдомиосаркома</b>  г) фиброма  д) тератома</p>
<p>Какая из злокачественных опухолей схожа по гистологическим параметрам с миксомой:</p> <p>а) ангиосаркома  б) лимфосаркома  <b>в) рабдомиосаркома</b>  г) мезотелиома  д) фибросаркома</p>
<p>Наиболее частая область локализация доброкачественной гемангиомоэндотелиомы:</p> <p><b>а) Кожа, ПЖК</b>  б) печень  в) слизистая оболочка  г) все ответы верны  д) все ответы не верны</p>
<p>В каком возрасте наиболее часто встречаются доброкачественные гемангиомоэндотелиомы:</p> <p><b>а) в детском</b>  б) в юношеском  в) во взрослом  г) в пожилом</p>
<p>Причины развития гемангиом:</p> <p>а) радиация  б) вирусная инфекция  <b>в) избыточное количество сосудистых зачатков</b>  г) нарушение эластичности сосудистой стенки</p>
<p>В каком возрасте наиболее часто встречается гломусная опухоль (гломангиома, опухоль Барре Массона):</p> <p>а) в детском  б) в юношеском  в) во взрослом  <b>г) в пожилом</b></p>
<p>Гломусная опухоль наиболее часто локализуется в:</p>

<p><b>а) ногтевом ложе рук и ног</b></p> <p>б) в волосяной поверхности головы</p> <p>в) на лице</p> <p>г) на шее</p> <p>д) на животе</p>
<p>гломангиома (опухоль Барре Массона) имеет цвет:</p> <p><b>а) багрово-синюшный</b></p> <p>б) бледно-розовый</p> <p>в) малиновый</p> <p>г) темно-коричневый</p> <p>д) не имеет цвета</p>
<p>У мужчины 65 лет произведена замена митрального клапана биопротезом. Через месяц после операции произошла острая окклюзия бедренной артерии. Из бедренной артерии был удален тромб, при гистологическом исследовании которого было обнаружено наличие в нем <i>Aspergillus</i>. Наилучший вариант дальнейшей тактики:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Лечение антибиотиками широкого спектра действия до идентификации специфического грибка</li> <li>2) Проведение полного курса амфотерицина Б</li> <li>3) Замена клапана при обнаружении вегетаций при ЭхоКГ</li> <li>4) Замена клапана при повторной эмболии или сердечной недостаточности</li> <li>5) Замена клапана и продолжительная послеоперационная антифунгиальная терапия</li> </ol>
<p>Профилактика инфекционного эндокардита у больного - носителя искусственного клапана сердца включает в себя следующие мероприятия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Своевременная санация любых очагов инфекции</li> <li>б) Профилактическое применение антибактериальных препаратов при различных инструментальных манипуляциях или операциях, в т.ч. при экстракции зубов</li> <li>в) Лечебное применение антибактериальных препаратов при возникновении воспалительных или нагноительных заболеваний</li> <li>г) Все перечисленное верно</li> </ol>
<p>Через 6 месяцев после аорто-бедренного шунтирования дарконовым протезом у больного в возрасте 77 лет появилась двусторонняя пульсирующая опухоль в паховой области и температура. Пульс на нижних конечностях нормальный. Возможная причина данного осложнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) инфицирование протеза *</li> <li>б) венозная аневризма в результате интраоперационной травмы</li> <li>в) ложная аневризма как результат расхождения швов</li> <li>г) растяжение протеза до необычайно широких размеров</li> <li>д) лимфаденит</li> </ol>
<p>Группы риска при ВИЧ-инфекции:</p> <p><b>а) наркопотребители внутривенные, работники коммерческого секса, больные гемофилией</b></p> <p>б) хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи</p> <p>в) доноры крови и органов</p> <p>г) реципиенты крови и органов</p>
<p>Что такое "вертикальный" путь заражения ВИЧ-инфекцией?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) при введении наркотиков у наркопотребителей</li> <li>б) при половых контактах</li> </ol>

- в) при использовании общих средств гигиены  
 г) от ВИЧ-инфицированной матери ребенку

Пути профилактики ВИЧ-инфекции?

- а) мытье рук перед едой  
**б) использование презерватива при половых контактах, профилактика наркомании, здоровый образ жизни**  
 в) изоляция всей ВИЧ-инфицированных в закрытых учреждениях

Какие меры профилактики необходимо применять при оказании медицинской помощи, чтобы избежать заражения инфекциями, передающимися при парентеральных контактах?

- а) использовать при манипуляциях перчатки, маску, защитные очки  
 б) одевать "противочумный костюм"  
 в) перед началом манипуляции профилактически принимать противовирусные препараты  
 Обязательному обследованию на ВИЧ подлежат: 1. доноры крови и органов  
 2. сотрудники лаборатории диагностики ВИЧ 3. доноры спермы для искусственного оплодотворения 4. врачи-хирурги  
 а) верно 1,2,3  
 б) верно 2,4  
 в) верно 1,3  
 г) все верно

Возбудителем ВИЧ-инфекции является:

- а) бактерия  
 б) риккетсия  
 в) вирус  
 г) кокк

Саркомой Капоши в обычных условиях страдают лица мужского пола в возрасте:

- а) до 2 лет  
 б) от 2 до 10 лет  
 в) после 60 лет  
 г) от 20 до 30 лет

Пути передачи ВИЧ-инфекции: 1. половой 2. трансмиссивный 3. парентеральный 4. контактно-бытовой

- а) верно 1,2,3  
 б) верно 2,4  
 в) верно 1,3  
 г) все верно

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции в среднем составляет:

- а) 12-36 часов  
 б) 2 недели - 3 месяца  
 в) 6 месяцев  
 г) от 3 до 5 лет

Факторы передачи ВИЧ: 1. слюна 2. кровь 3. грудное молоко 4. сперма, вагинальный секрет

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

ВИЧ-инфекция наиболее распространена в возрастной группе:

- а) до 5 лет
- б) 20-49 лет
- в) 50-70 лет
- г) поражаются все возраста

Соотношение CD4+-лимфоцитов и CD8+-лимфоцитов в норме следующее:

- а)  $CD4 > CD8$
- б)  $CD4 = CD8$
- в)  $CD4 < CD8$

Для выявления антител к ВИЧ применяется:

- а) ИФА, Вестерн-блот
- б) аллергическая проба
- в) реакция агглютинации
- г) биологическая проба

Основными симптомами терминальной стадии ВИЧ-инфекции (СПИДа) у взрослых являются: 1. потеря веса - 10% от веса тела, хроническая диарея, продолжительная лихорадка - не менее одного месяца 2. кандидоз ротоглотки, простой герпес, генерализованная лимфаденопатия 3. генерализованная лимфаденопатия, рецидивирующий опоясывающий герпес, упорный кашель на протяжении месяца 4. генерализованный зудящий дерматит, кандидоз ротоглотки, опоясывающий герпес

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции применяют следующие методы лабораторной диагностики:

- а) микроскопия в темном поле
- б) бактериологический метод
- в) иммунологический метод
- г) фазово-контрастный метод

Эпидемиологические критерии постановки диагноза ВИЧ-инфекции: 1. половой контакт с ВИЧ-инфицированным 2. переливание донорской крови, полученной от ВИЧ-позитивного лица 3. совместное парентеральное введение с ВИЧ-инфицированным наркотических веществ 4. рождение ВИЧ-инфицированной женщиной ребенка

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациента к дерматовенерологу: 1. сифилис 2. гонорея 3. половой контакт с больным сифилисом 4.

незащищенный половой контакт с потребителем наркотических препаратов 5. желание пациента обследоваться

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию: 1. употребление инъекционных наркотических препаратов в прошлом 2. активное употребление инъекционных наркотических препаратов 3. туберкулез 4. парентеральные гепатиты 5. инфекционный мононуклеоз

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациента к терапевту: 1. анемия неясной этиологии 2. лимфаденопатия 3. вирусный гепатит А в детстве 4. лихорадка длительностью более 1 месяца

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациентки к акушеру-гинекологу:

- а) беременность в сроке 30 недель
- б) миома матки
- в) для назначения внутриматочной контрацепции
- г) рецидивирующий генитальный герпес

Патологические состояния в ротовой полости, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. кандидоз ротоглотки 2. волосистая лейкоплакия языка 3. пародонтоз 4. саркома Капоши

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Заболевание желудочно-кишечного тракта, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. кандидоз пищевода 2. туберкулез кишечника 3. криптоспоридиоз 4. язвенная болезнь желудка

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Заболевания центральной нервной системы, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. ишемический инсульт 2. токсоплазмоз головного мозга 3. менингококковый менингит 4. лимфома головного мозга

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3

г) все верно

Профилактика внутрибольничного инфицирования ВИЧ включает в себя: 1. использование одноразового инструментария 2. изоляция больного ВИЧ-инфекцией 3. проведение манипуляций в перчатках, маске, защитных очках 4. исключение инвазивных процедур ВИЧ-инфицированному

а) верно 1,2,3

б) верно 2,4

в) верно 1,3

г) все верно

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. История отечественной сердечно - сосудистой хирургии. Борис Алексеевич Королев: его роль в становлении и развитии Нижегородской и отечественной хирургии.	УК-1, УК-4, ОПК – 1, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2. Клиническая анатомия сердца: топография, хирургические доступы, топография внутрисердечных структур и проводящей системы сердца. Анатомия коронарных артерий и вен сердца: варианты кровоснабжения.	
3. Топография и особенности хирургического доступа к грудному отделу аорты, к магистральным сосудам шеи, брюшной аорте и сосудам малого таза, магистральным сосудам верхних и нижних конечностей.	
4. Современный алгоритм обследования в сердечно - сосудистой хирургии. Вентрикулография, УЗИ сердца, коронарография, аорто- и артериография.	
5. Принципы операций с искусственным кровообращением и анестезия при операциях на сердце. Кардиоплегия: показания, современные препараты и методики проведения.	
6. Понятие о группах крови. Переливание крово- и плазмозаменителей: показания, техника, осложнения и борьба с ними. Антикоагулянтная терапия.	
7. Перикардит: этиология, классификация, диагностика. Тампонада сердца. Пункция перикарда.	
8. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, классификация, диагностика, интенсивная терапия, профилактика. Острый инфаркт миокарда. Этиология, классификация, диагностика, интенсивная терапия, профилактика. Хирургические и эндоваскулярные методы лечения ИБС.	
9. Нарушения ритма и проводимости сердца: методы исследования, хирургическое лечение брадиаритмий и тахиаритмий.	
10. Опухоли сердца. Классификация, диагностика, хирургическое лечение.	



11. Приобретенные пороки сердца ревматической этиологии: особенности клиники, диагностики и лечения. Современные рекомендации по профилактике рецидива.	
12. Митральный стеноз и недостаточность митрального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
13. Аортальный стеноз и недостаточность аортального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
14. Трикуспидальный стеноз и недостаточность трикуспидального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
15. Патология клапана легочной артерии. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
16. Инфекционный эндокардит: современные особенности этиологии, клиники и течения заболевания, возможности комплексной интенсивной терапии.	
17. Ранение сердца: диагностика, экстренные оперативные вмешательства, интенсивная терапия. Травматические пороки сердца: этиология, классификация (в т.ч. ятрогенные поражения), диагностика, тактика хирурга.	
18. Врожденные пороки сердца: этиология, классификация, методы диагностики.	
19. Гиперволемические врожденные пороки сердца: варианты, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.	
20. Гиповолемические врожденные пороки сердца: этиология, варианты, классификация, методы диагностики.	
21. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Хроническая артериальная недостаточность. Классификация. Клиника. Комплексная диагностика. Возможности интервенционной хирургии. Мультифокальный атеросклероз. Стеноз и окклюзия почечных артерий.	
22. Заболевания мезентериальных сосудов. Классификация. Клиника и диагностика абдоминальной ишемии. Тромбоэмболия артерий большого круга кровообращения.	
23. Острый артериальный тромбоз: Диагностика, неотложная помощь.	
24. Эндартериит: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение. «Диабетическая стопа»: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение. Тромбангиит Бюргера: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение.	
25. Аневризма аорты. Классификация. Клиника, диагностика, оперативные вмешательства. Тромбоз аорты. Клиника, диагностика, интенсивная терапия и экстренные оперативные вмешательства. Острое нарушение мозгового кровообращения. Этиология, показания к хирургическому	

лечению, его виды. Заболевания сонных артерий: клиника, диагностика и возможности хирургического лечения.	
26. Ранения артерий и вен. Острая артериальная ишемия. Классификация. Интенсивная терапия, экстренные операции, осложнения.	
27. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Комплексное лечение. Профилактика.	
28. Тромбоз нижней полой вены: этиология, диагностика, интенсивная терапия, виды оперативных вмешательств и периоперационная терапия.	
29. Тромбоз и флебит глубоких вен конечностей: этиология, классификация, диагностика.	
30. Острый восходящий тромбофлебит. Лимфостаз: этиология, клиника, диагностика, современные возможности лечения. Посттромбофлебитическая болезнь глубоких вен конечностей.	
31. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: осложнения, профилактика и консервативное лечение. Современные подходы к оперативному лечению и ведению пациентов в послеоперационном периоде.	
32. Тромбоэмболия легочных артерий: этиология, патогенез, классификация, диагностика, консервативное и оперативное лечение, профилактика. Посттромбоэмболическая легочная гипертензия.	

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все	Продemonстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все	Продemonстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		задания, но не в полном объеме.	задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
<b>Характеристика сформированности компетенции</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций</b>	Низкий	Ниже среднего	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 ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.