

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 стандартизованных 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	Промежуточный	Все разделы	Перечень вопросов в экзаменационных 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

			Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникейса
Н	-	001	
Ф	A / 0 0 1 . 8		Способ сен проводить обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состоян

		ий сердечн о- сосудис той систем ы, требую щих хирурги ческого лечения
Ф	A / 028	Способ ен назнача ть и провод ить лечения пациент ам с заболев аниями (или) патолог ически ми состоян иями сердечн о- сосудис той систем ы, требую щими хирурги ческого лечения ,
Ф	A / 0	контрол ь его эффект ивности и безопас ности

	3 8 проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения
Ф	A 0 4 8 Способ / ен проводить . анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоря

		жении медицинского персонала
Ф	A / 0 5 . 8	Способ ен провод ить и контрол ировать эффект ивность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническом у просвещению населения
Ф	A / 0 6 . 8	Способ ен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С

СИТУАЦИЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	у
	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

	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, симптом «барабанных палочек» и «часовых
--	--

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

	ой линии, правая — по правой парасте рнально й линии, верхняя — II межреб ерье. В легких пуэриль ное дыхани е, хрипов нет. Живот мягкий, безболе заненны 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 — $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,91, Лейк — $6,3 \times 10^9$ / л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л
--	--

		— 64%, М — 6%, СОЭ — 2 мм/час.
B	1	Сформулируйте диагноз
Θ		Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен не полностью, названы не все пороки
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения

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

	цианоза при этом пороке.
Э	Диффузный цианоз – развиваются 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 названы

		ы не верно
B	4	Назовите анатомию данного порока?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочно-й артерии (инфундибулярный), 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	5	Хирургическое лечение данного порока
Э	-	1. Паллиативная операция Предусматривает наложение системно-легочных анастомозов. Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией и легочной артерией является я операцией выбора у

	младенцев младшее 3 мес. 2. Радикальная коррекция Радикальная операция состоит в закрытии ДМЖП заплатой, устранение инфундабулярного стеноза, резекция или пластик а ВОПЖ и при необходимости — трансангулярно й пластик и выводного тракта правого желудочка.
P2	— Все виды операций указаны в

		полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описанной технике операций
P0	-	Ответ неверный: не названы виды оперативных вмешательств
H	-	002
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Девочка К., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической

	нагрузк е, общую слабост ь, повыше нную утомляе мость, плохо прибыв ает в весе. Анамне з заболев ания: Брожде 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 ющей с токсико зом, угрозой прерыв ания береме нности в начале береме нности, анемие
--	---

	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
--	--

	пониженное, снижен тонус и тургор тканей, мышеч ный тонус. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски . Перифе рические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 160 в мин. Выслу шивает ся sistолический шум по левому краю грудины,
--	---

	акцент 2 тона на ЛА. Живот мягкий, безболе заненны 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
--	---

	компонента. КТК= 59 %, инд. Мура= 32%. Тень сердца расширена за счёт гипертрофии правых отделов Общий ан.крови: Нв= 106 г/л, Эр.= 3,28 х 1012/л, ЦП=0,9 , Ле= 8,2 х 109/л, п-2, с- 36, л- 48, э-2, м-12, СОЭ= 7 мм/ч.
В	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	Брожененный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки,

	анемия смешанного генеза лёгкой степени тяжести.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	ЭхоКГ, МСКТ с контрастом, зондирование полости 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	Метод не указан
B	Назвать класси фикаци ю порока
Θ	По локализ ации: - Периме мбрено зный ДМЖП - Подарт ериальн ый ДМЖП - Мышеч ный ДМЖП - Приточ

		ный ДМЖП По размеру : - Рестрик- тивный ДМЖП - Нерестрик- тивный ДМЖП
P2		Класси- фикаци- я указана верно
P1		Класси- фикаци- я неполна- я.
P0		Класси- фикаци- я названа не верно
B	4	Дифференциаль- ная диагностика порока
Э		Дифференциаль- 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	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э	1 Эндова скульярное хирургическое лечение: Предполагает

	<p>закрытие дефекта окклюдером.</p> <p>2 Хирургическое лечение открытых доступом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дефект закрывают с помощью заплаты PTFE или ксенопротеза - Небольшие мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2	Названы все виды операций
P1	Виды операций называя частично
P0	Виды операции

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

	ском развитии, активен . В анамнезе: шум над областью сердца выявлен после рождения ребенка . При осмотре : Область сердца визуально не изменена. В легких дыхание пуэрильное ,ЧД — 35 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, определяется грубый sistолический шум в III-IV
--	--

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

	вариант ы диагноз а
P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	Какие дополн ительн ые методы обследо вания следует привести для уточнен ия диагноз а? 2
Э	УЗИ сердца (с доплеро графие 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 перечислены основные общеклинические методы исследования
P0		Методы не указаны
B	3	Назвать классификацию порока
Θ		По локализации: - Перимembrанозный ДМЖП - Подартериальный ДМЖП - Мышечный ДМЖП - Приточный ДМЖП По размеру: - Рестриктивный 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	Назвать показан ия к хирурги ческом у лечени ю данного порока 4
Э	- наличие нерестр иктивн ого ДМЖП с застойн ой сердечн ой недоста точност ью и легочно й гипертен зии

	<p>- наличие пролапса аортального клапана или недостаточности аортального клапана.</p> <p>- наличие всех обюодо связанных субартериальных дефектов</p> <p>- наличие предшествующих эпизодов бактериального эндокардита.</p>
P2	<p>Все показания указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Показания названы частично или не</p>

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

	мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2	Названы все виды операций
P1	Виды операций названы частично
P0	Виды операций названы неверно.
H	- 004
I	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	Родители с мальчиком М.

1 месяц, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета. Область сердца визуально не изменена. Периферики пульс на верхних конечностях отчетливый, на нижних конечностях не определяется. Тоны сердца ясные, ритмичные, определяются слабый sistолический

шум в межлопаточной области слева от позвоночника, ЧСС — 140 ударов в мин, ЧД — 35 в 1 минуту. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненны й при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Измерено АД, которое составило 115/65 мм рт.ст. На ногах АД определить не удалось. Общий анализ

		крови: гематокрит — 44%, НЬ — 135 г/л, Эр — 5,2x10 ¹² /л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,3x10 ⁹ /л, п/я — 3%, с — 26%, э — 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 8 мм/час.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э		Врожденный порок сердца, коарктация аорты
P2		Диагноз поставлен верно.
P0		Диагноз поставлен неверно.

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

	лены в полном объеме
P1	Не перечис лены основн ые общекл иническ ие методы исследо вания
P0	Методы не указан
B	Назвать класси фикаци ю порока
Э	По взаимос вязи коаркта ции с артериа льным протоко м: 1 предукт альный типа 2 юкстад уктальн ый тип 3 постдук тальный ий тип
P2	Класси фикаци я указана верно
P1	Класси фикаци

	я неполна я.
P0	Класси фикаци я названа не верно
B	Назвать показан ия к хирурги ческом 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, ангиогра- фии) - наличие стабиль- ной АГ устойчи- вой к меди- канто- зной терапии .
P2	Все показан- ия указаны в полном объеме
P1	Показа- ния названы частич- но или не полност- ью
P0	Показа- ния названы неверно
B	Назвать виды и тактику хирурги- ческого лечения 5
Э	1 Эндо- аскулярное хирурги- ческое

	лечение : Предпо лагает выполн ение баллон ной дилатац ии места сужени я. 2 Хирург ическое лечение открыты м доступо м: - резекци я коаркта ции аорты с анаастом озом «конец в конец» - резекци я коаркта ции и протези рование аорты - истмоп ластика аорты, лоскуто м из левой подклю чичной артерии
P2	Назван ы все

	виды операций
P1	Виды операций названы частично.
P0	Виды операций названы неверно.
H	- 005 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЬЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
I	Ребенок, 6 месяцев, жалобы со слов матери на малые прибавки в весе, одышку при кормлении.
у	

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

й
окраски
, отеков
нет. В
легких
дыхани
е
пуэриль
ное,
хрипов
нет.
Тоны
сердца
ясные,
ритмич
ные.
ЧСС –
120 уд.в
мин.,
АД на
руках –
130/85
мм
рт.ст.
АД на
руках –
70/50
мм
рт.ст.
Аускул
ьтативн
о –
выраже
нний
систоли
ческий
шум по
левому
карюю
грудин
ы,
проводя
щийся в
межлоп
аточну
ю
область
. Живот
мягкий,
при
пальпац
ии

	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.
B 1	Предпо ложите наиболе е вероятн ый диагноз

	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 .
B	Привед ите дополн ительн ые

	методы обследования.
Э	Необходимо выполнение ЭХО КГ сердца, УЗДГ артерий нижних конечностей и МСКТ грудной клетки с внутривенным контрастированием. Данные методы диагностики позволяют оценить степеньсужения аорты в зоне перешейка (диаметр аорты, градиент давления), размеры дуги аорты (оценка степени возможной гипопла-

	зии), функци ю левого желудо чка. А так же выстави ть показан ия к оператив ному 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 пиальны е 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 коарктаци и 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 продолжительности, резекция участка коарктации, выполнение анастомоза «конец в конец».
P2	Основные этапы указаны верно
P1	Указаны не все этапы хирургического вмешательства.

		Ответ неверный: указан другой доступ, предложен другой тип хирургического вмешательства (протезированье участка аорты или обходное шунтирование).
P0	-	
B	5	Возможные послеоперационные осложнения
Θ	-	Стойка я артериальная гипертензия, рекоарктация, параплегия нижних конечностей, острые почечные недостатки

	точност ь.
P2	- Перечислены все осложнения
P1	- Осложнения перечислены не полностью
P0	- Осложнения указаны неверно.
H	- 006
I	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мальчик 2 месяцев, доставлен в стационар машины «Скорой помощи» с приступом

ом судорог .
Анамне з жизни: ребенок от I беременности. Беременность и роды в срок. На 3 сут начал выслушиваться шум над областью сердца. Ребенок был выписан под наблюдение педиатра по мету жительства. С подозрением на ВПС ребенок был госпитализирован в стационар, где после проведенного обследования ему

был поставлен диагноз: Тетрада Фалло. От операции родители мальчика отказалась и, в связи со стабильным состоянием, ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра с рекомендацией повторного осмотра через 3 месяца. Анамnez 3 заболеваний: через 2 недели после выписки из стационара у

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 относительно ельной сердечной тупости не расширены. ЧСС 172 уд/мин. Выслушивается sistолический шум слабой интенсивности во 2 межреберье слева от грудины. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз

Э	-	Врождёный порок сердца, Тетрада Фалло, одышечно-цианотический приступ
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Назовите симптомокомплекс тетрады Фалло?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия

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

	, 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.
P2	- Патогенез описан верно
P1	- Патогенез описан

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

	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 pH 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 отсутствии симптомов угнетения дыхания); при отсутствии эффекта ввести медленно 0,1% раствор обзидана в дозе 0,1-0,2 мл/кг (0,1-0,2 мг/кг) в 10 мл 20% раствора глюкозы в/в медленно (со скоростью 1 мл/мин или 0,005
--	--

	мг/мин) . 4. При судорогах ввести 20% раствор оксибутират а натрия 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/в струйно медлен но. 5. При некупирующее мся приступе и развитии гипоксемической комы показан перевод на ИВЛ и экстренная паллиативная хирургическая операция (наложение аортолегочного анастомоза). Противопоказаны
--	--

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

	<p>одышку при физической нагрузке, головокружение.</p> <p>Анамnez жизни: при рождении выслушивался шум сердца. В течении жизни часто болел бронхолегочными и простудными заболеваниями.</p> <p>Анамnez заболеваний: 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 иваются. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмич ные. Выслу шивает ся слабый sistоли ческий шум во II-III межреб ерье слева. ЧСС 90 уд/мин., АД
--	--

	110/70. Границы относит ельной сердечн ой тупости расшир ены вправо. Печень и селезен ка не увеличе ны. Отеков нет. ЭКГ. ЭОС отклоне на вправо, признак и гипертр офии правого желудо чка, гипертр офия правого предсер дия; неполна я блокада правой ножки пучка Гиса. Рентген ологиче ски выявляе тся усилени е легочно го
--	--

		рисунка . В прямой проекц ии сердце увеличе но за счет правого желудо чка, талия сердца сглажен а за счёт выбуха ния вен
B	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 .
B	2	Назовите дифференциаль ный диагноз
Э	-	Дифференциаль

	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

B	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 овальної ямки и является я составной

	частью признака врождёного порока сердца, называемого открытый АВ-каналом. Вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) располагается в области овальної ямки. Дефект венозного синуса предста вляет собой такой симптом как сообщение верхней полой вены с обоими предсердиями, располагающееся над нормальной межпред
--	---

	дсердно й перегор одкой
P2	Класси фикаци я названа верно
P1	Класси фикаци я названа неполн остью
P0	Класси фикаци я не названа
B	Назвать показан ия к хирурги ческой коррекц ии порока. 4
Э	Сердеч ная недоста точност ь, отстава ние в физиче ском развити и, легочн ые заболев ания. 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	Описать виды хирургического лечения порока 5
Θ	Вторичные дефекты закрываются ушиванием; первичные ДМПП закрывают заплатой из аутоперикарда или

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

P0	-	Виды операций описаны частично
P0	-	Виды операций не названы
H	-	008
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Y	-	Больно й И. 68 лет предъявляет жалобы на умерен ную одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощущение сердцеб иения,

перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, сниженное работоспособность, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. Из анамнеза: ревматизм в анамнезе нет. Впервые порок аортального клапана был диагностирован в 2006г., во

время планово го мед. осмотра , по поводу чего больно й был направл ен на консуль тацию в СККБ, от которой он воздер жался. В последу ющем отмечае т появлен ия чувства диском форта в области сердца, незначи тельну ю одышку . Больно й ничем не лечился , за помошь ю не обраща лся. Ухудше ние состоян ия, в виде прогрес сирован

	ия болей в области сердца с 2015г., в связи с чем находился на обследовании по месту жительства. При осмотре : состоян ие удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски . Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких
--	---

	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 sistоли ческий шум с эпикент 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.
--	--

	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,
--	--

	митрал ьно- аорталь ный контакт Регурги тация: I ст. Градие нт давлени я: 81/43 мм рт.ст. Митрал ьный клапан: очагов ые кальцин аты в основан ии задней створки , створки умерен но уплотне ны. Регурги тация: I ст. Трехств орчаты й клапан: створки не измене ны. Регурги тация: нет. расчетн ое давлени е в ЛА 30
--	---

	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
--	---

		ВЯВ справа.
B	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аортальный стеноз. Са III. Относительная коронарная недостаточность. Нарушение ритма по типу пароксизмально-формы фибрилляции предсердий. НК II A, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Характеристика

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

	менее 50 %), состоян ие клапанн ого аппарат а сердца, в частнос ти структур у аорталь ного клапана и корня аорты (количе ство 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 выработки тактики оказания хирургического пособия; трансклапанный градиент давления (показанием к операции 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 при данной патологии
Э	-	Размер аортального отверстия менее 1см ² , Стеноз у детей врожденного характера, Критический стеноз у беременных женщин (используется баллонная вальвулопластика),

	Транск лапанн ый градиен т давлени я более 50 мм рт.ст. Фракци я выброс а левого желудо чка более 50%, Клинич еские проявле ния сердечн ой недоста точност и.
P2	Показа ния к операци и указаны верно
P1	Отраже ны не все показан ия для операци и.
P0	Провед ено амбулат орное (консер вативно е) лечение
B	4 Назови те

	степени кальциноза.
Θ	Кальциноз 1 степени: очаговые кальцинаты створки аортального клапана. Кальциноз 2 степени: кальциноз створки аортального клапана не выходящий за пределы фиброзного кольца. Кальциноз 3 степени: массивный кальциноз, выходящий за пределы фиброзного кольца, с переходом на

	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	Хирург ическое пособие при аорталь ном стенозе
5	
Э	Традиц ионная операци я по замене клапана Традиц ионная операци я по замене клапана являетс я наиболе е распрос

транено^й, её преимущества ми являются ся: высокая эффективность и отработанность методики на сотнях тысяч пациентов. Основными недостатками является высокая травматичность, ведь для замены клапана приходиться рассекать грудную клетку, останавливать сердце, что влечет за собой сложный и продолжительный восстан

овительный период. В настоящее время имплантируют клапаны двух видов: искусственный (из специального синтетического материала и металла) и биологические (донорские или полученные от животных). Биологические клапаны менее долговечны, но вместе с тем не требуют поддерживющей антикоагулянтной (кроверазжижающей) терапии.

Поэтому такие клапаны имплантируют чаще пожилым людям или женщинам, планирующим в ближайшее время беременность (с последующей заменой клапана на искусственный). Баллонная вальвулопластика Баллонная вальвулопластика предстает собой вмешательство проводимое через артерии рук или ног, что делает

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

рентген а вводить ся в отверстие суженн ого аорталь ного клапана и раздува ется. Таким образом , диаметр клапанн ого отверстия станови тся шире и степень стеноза уменьш ается. Однако, эффективность этого метода крайне низкая из-за частого развития после такой процедуры недостаточно сти клапана и быстрого рециди

ва
(возобн
овления
)
стеноза.
Именно
поэтом
у такая
операци
я
провод
ится
только
в тех
случаях
, когда
традиционный
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

баллоном, внутри него разворачивают новый искусственный клапан, размещенный на металлическом каркасе, за счет которого устройство прочно удерживается в нужном месте. Несмотря на то, что данный метод является малотравматичным, он все же имеет существенные недостатки в виде повышенного риска послеоперационных осложнений, в том

числе инсультов. Кроме того он имеете огромное количес тво противо показан ий которы х лишен традици онный — открыт ый метод. Поэтому использ ование данной методики 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.

P2	-	Все виды операций указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описанной технике операций
P0	-	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения
H	-	009
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Больно й В. 64

	лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головн
--	---

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

	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
--	--

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
эпикент
ром над
аортой
с
иррадиа
цией на
сосуды
шеи.
АД
110/90
мм
рт.ст.
Живот
мягкий,
безболе
зненны

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. Регургита- ция: I ст. Градиен- т давлени- я: 98/60 мм рт.ст. Митраль- ный клапан: очагов- ые кальцин- аты по кольцу, в подкла- панных структур- ах. Регургита- ция: I ст. Трехствор- чатый клапан: створки не измене- ны. Регургита- ция: нет. расчетное давление в ЛА 25 мм.рт.с т. Доп. Особ.: Тахика- рдия с ЧСС 97 ударов в минуту. Полост
--	---

ь перикарда не расширена. Сократительная способность миокарда ЛЖ равномерная, зон гипокенеза не выявлено. Признаки кардиосклероза.

Жидкость в плевральных полостях не лоцируется. ХЭКГ: регистрировалася регулярный синусовый ритм с ЧСС 48 – 91 в минуту, с тенденцией к брадикардии в ночной период времен

	и. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные экстракистолы с нормальным проведением. В течении всего периода наблюдалась полная блокада ПНПГ и связанные с ней изменения сегмента ST-T в отведеннях V1, V2, V5. Пауз ритма больше 2 сек не было.
B	Сформулируйте диагноз
Θ	- Аортальный стеноз.

	Са III. Относительная коронарная недостаточность. НК II А, ФК III.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз). 2
Э	Основным методом диагностики служит

	ЭхоКГ, трансто ракальн ое или транспи щеводн ое. Метод позволя ет оценить состоян ие камер сердца, сократи тельну ю способн ость миокар да определ яемую главны м образом по ФВ (в норме не менее 50 %), состоян ие клапанн ого аппарат а сердца, в частнос ти структу р аорталь ного клапана и корня аорты (количе ство
--	--

створок, их подвижность; эффект ивную площадь открытия створок аортального клапана, фиброзное кольцо клапана, которое необходимо для предоперационного подбора типоразмера протеза клапана и выработки тактики оказания хирургического пособия; трансклапанный градиент давления (показанием к

	операци и является я градиен т давлени я более 50 мм рт.стт.); наличие кальцино 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	Укажите 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 еских 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.
Θ	-	Кальциноз 1 степени: очаговые кальцинаты 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	Какие виды искусственных протезов существуют на данный момент и какой

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

придан
ия
биологи
ческой
инертно
сти и
наружн
ого
стента
для
закрепл
ения в
просвет
е
клапана
. Требую
т
приёма
антикоа
гулянто
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

двусторончатые 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

	т необходи мост 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 .
P2	Все виды протезо в указаны в

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

ной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей до уровня лодыжек, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/20 мм рт.ст., головные боли. Анамnez заболеваний: ревмати-

	зма в анамнез е нет. В анамнез е гипертони ческа 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
--	--

рования.
Больно
й консуль
тирован
в СККБ.
По характе
ру заболев
ания было
показано
амбулат
орное наблюде
ние в условия
х клиник
и. В ноябре
2016г., по
сле перенес
енной ОРВИ
стал отмечат
ь лихорад
ку с повыше
нием темпера
туры тела до
400С., по
поводу чего
самосто
ятельно при
нимал антибио
тики и НПВС.
В связи

с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больной обследован в инфекционной больнице по месту жительства. Обследование на маркеры по поводу лихарадки неясного генеза — маркеры отрицательные. В марте 2017г. находился на лечении в ОБКБ имени Н.А.Семашко с диагнозом: ВПС: двусторончатый аортальный клапан.

	Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2-3. Вторичный ИЭ аортального клапана . Больно консультирован в СККБ. По данным контролльной ЭхоКГ от 29.03.17г. данных за инфекционный эндокардит аортального клапана нет. Проведение ЧпЭхоКГ по техническим причинам проведено не было. Больно
--	--

	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 температуры 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:
--	--

	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
--	---

	уры, фенестрация передней створки . Регургита- ция: III. Трикус- пидаль- ный клапан: створки тонкие. Регургита- ция: нет. Средне- е давле- ние в легочно- й артерии 34 мм рт.ст. Дополни- тельн- ые особенн- ости: Дилата- ция предсер- дий. Сократи- мость ЛЖ равном- ерная. Расшире- ние полости перикарда до 8 мм. В плевраль- ных полостях
--	---

жидкость не лоцируется. Селезенка – очаговых изменений нет. ФГДС: гастрит без атрофии и слизистой. Тест на НР отрицательный. LE – клетки: не найдены. Посев крови на стерильность: роста нет. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия. Кальцинат печени. Диффузные изменения печени. Признаки хронич

		еского бескаме нного холецис тита. Деформ ация, застойн ые явления в желчно м пузыре. Сплено мегалия .
B	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 удочеков ой таксикар дии. НК ПБ, ФК III. Сопутс твующи й: Артери альная гипертен зия III, ст. III, риск 4. Хронич еский холецис топанкре отит, 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 .
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 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

	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
B	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
Э	-	В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим особенностей антибактериальной терапии инфекционные эндокардиты подразделяются на следующие основные категории: инфекционный эндокардит естественных клапанов;

	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 ающийс я в течение 60 дней после операци и) — чаще вследст вие контам инации клапано в или в результ ате периопе рацион ной бактери емии; поздни й
--	--

(развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подостр

	ый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является я подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.
P2	Пункты классификации указаны верно
P1	Отражены не все пункты классификации
P0	Ответ не верный.
B	Дифференциальная диагностика

	инфекц ионног о эндокар дита.
Э	Первую большу ю группу составл яют острые инфекц ионные заболев ания: 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 заболев аний, которы е ошибоч но диагнос тируют у больны х ИЭ,

относятся ревматизм, системная красная волчанка, реже узелковый периартериит. Третья группа ошибочных диагнозов включает предположение о лимфопролиферативных заболеваниях, но чаще о злокачественных опухолях различной локализации, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Основанием для

ошибоч-
ной
диагнос-
тики
являют-
ся
повыше-
ние
темперы
тела,
нараста-
ющая
общая
слабост-
ь,
снижен-
ие
массы
тела,
анемия,
повыше-
ние
СОЭ
Сходна-
я, с
первич-
ным
подостр-
ым
инфекц-
ионным
эндокар-
дитом,
клиник-
о-
лаборат-
орная
картина
может
наблю-
даться у
лиц
пожило-
го и
старчес-
кого
возраст-
а 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	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (установленные)

Θ	<p>В состав усовершенствованых больших DUKE-критерий вошли:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Положительная гемокультура из 2-х раздельных проб крови (не зависимо от вида возбудителя), взятых с интервалом в 12 ч; или во всех 3-х; или в большинстве проб из 4-х и более посевов крови, взятых с интервалом в один и более часов;2. Эхокар
---	---

	диографические признаки (МВ, абсцесс или дисфункция протеза клапана, появленные регургитации). В состав уточнённых малых DUKE-критерий вошли: 1. Предшествующее поражение клапанов и (или) внутривенная наркомания, 2. Лихорадка выше 38°C, 3. Сосудистые симптомы (артериальные эмболии),
--	---

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

я достоверным при определении 2-х больших критерiev, 1-го большого и 3-х малых, либо - 5-ти малых. В усовершенствованных критериях первым большим признаком является я многократное выделение возбудителя не зависимо от его вида (объединён первый большой с пятым малым DUKE-критерием). Дополнительно

	введен малый критерий - сплено мегалия .
P2	Все виды критерии в указаны в полном объеме
P1	Допущены погрешности в описан ии критериев.
P0	Ответ неверный: не указано ни один критерий.
H	011
I	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	Больно й М. 24 лет

	предъявляет жалобы на длительную лихорадку, выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, на чувство дискомфорта в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболеваний: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе употребление в/в опиоидов с 16 лет.
--	---

	Считает себя больны м 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
--	---

	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 триkusп идально го клапана (биопро тез «ЮниЛ айн»- 26, №28000 914), санация правых отделов сердца. Через 2
--	---

	месяца после выписки и отметил подъем температуры до 40° с потрясающим ознобом. До настоящего времени и трижды обследовался и лечился в б-це №2 г.Дзержинска (последняя госпитализация в апреле 2016г.). Принимал антибиотики (названий не помнит).
B	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	Протезный эндокардит

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

	на стерильность и чувствительность к антибиотикам. Инструментальные данные: ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ, Рентгенографию органов грудной клетки (для уточнения состояния легких на предмет развития гнойно-септических осложнений).
P2	Методы дообследования даны в полном объеме
P1	Недостаточно обосновано значение методов дообследования

P0	-	Методы не указаны.
B	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
Э	-	В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим особенностей антибактериальной терапии инфекционные эндокардиты подразделяются 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 ающийс я в течение 60 дней после операци и) — чаще вследст вие контам инации клапано в или в результ ате периопе рацион ной бактери емии;
--	--

поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиваться в результате транзиторной бактеремии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый

	и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является я подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.
P2	- Пункты классификации указаны верно
P1	- Отражены не все пункты классификации
P0	- Ответ не верный.
B	4 Опиши те технику

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

лиз основных структур сердца, необходимых для подключения аппарата АИК. Канюляция аорты и полых вен. Пережатие аорты и введение кардиоплегического раствора (Консол, Кустадиол в стандартных дозировках) Доступ к трехстворчатому клапану через стенку правого предсердия. Иссечение биологического протеза

. Тщательная механическая и химическая санация кольца, правых камер сердца. Обшивание кольца клапана на П-образных швах на прокладках со стороны ПЖ и реимплантация протеза

. Двурядный шов ПП. Восстановление сердечной деятельности Деканюляция полых вен и аорты. Контроль гемостаза. Превентивное подшивание

	<p>электро дов для ЭКС. Гермет изация ран сердца с использ ование м гемоста тическо го материа ла. Дренаж и в полость перикар да и в правую плеврал ьную полость . Перика рд ушивае тся наглухо . Остеос интез грудин ы провод очными швами. Послой ный шов раны. Йод. Асс. наклейк а.</p>
P2	- Технич еские асpekты указаны в

	полном объеме
P1	Нарушена последовательность оперативного протокола.
P0	Не указан ни один из пунктов .
B	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованное)
Э	Какой тип искусственного протеза предпочтительно имплантировать в позицию трикуспидально го клапана и

почему?
Низкие
скорост-
ные
потоки
в
правых
отделах
сердца,
риски
наруше-
ния
режима
антикоа-
гулянты
терапии
у
пациент-
ов
ведущих
асоциал-
ьны
образ
жизни и
высокий
процент
наруше-
ний
ритма,
требую-
щий
имплан-
тации
времен-
ной или
постоян-
ной
системы
ЭКС
склоня-
ют
исполь-
зовать
биологи-
ческие
протезы
в
позици

	и трикусп идально го клапана .
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	- 012
I	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Больно й Р. 68 лет предъяв

	ляет жалобы на давящи е боли в области сердца вне связи с физиче ской нагрузк и; на перебои в сердце, приступы учащен ного сердцеб иения; синкопа льные состоян ия, на головн ые боли при повыше нии АД. Анамне з заболев ания: Гиперт онический анамнез более 20 лет с максим альным подъем ом АД до 210/110 мм рт.ст. 06.12.2 015г.
--	--

	был эпизод учащен ного сердцеб иения на фоне повыше ния АД, вызывал СМП. После инфузии верапамила 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 27x26 мм. При осмотре :
--	---

	Состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. Положение активное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, диастолический шум, с эпизент
--	--

	ром на верхушке, с ЧСС 58 в минуту. АД 160/100 мм.рт.с т. Живот мягкий, без болезненны й. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: левогра мма, ритм синусов ый, ЧСС 59 в мин. ЭхоКГ: клапанные структуры с очагов ыми уплотнениями. В полости левого предсердия определяется округло е образование
--	---

	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: Hb 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. моchi: цвет – желт; реакция
--	---

	— 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 –
--	--

	(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 (непрямой) – 1,22 mg/dL (N 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) – 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotBili (общий) – 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/dL (N 10,0-45,0); Glucosae - 162mg/dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5).
--	---

B	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Объемное образование левого предсердия (миксома?) НК: ПА ФК: II
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	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 высоким содержанием гиалуроновой кислоты, именно она придает опухоли желеобразную консистенцию. Некоторые ученые считают, что миксома сердца предста вляет собой видоизменившуюся тромб. Более современные данные связывают опухоль с воздействием вирусов. К ним относят 3 типа папилломы человека, Эпштейн-

	н-Барр и герпеса.
P2	- Характеристика гистологии не задана в полном объеме
P1	- Недостаточно отражена морфология новообразованья
P0	- Ответ неверный.
B	Охарактеризуйте макроскопический вид миксомы. 3
Э	При макроскопическом обследовании различают два вида миксом: 1. Беспечевая 2. Беспечевая

Н
а
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

И
с
т
е
н
ц
и
ю
. 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

о
ж
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
.

Поверх
ность
миксом
ы
гладкая
. Внутри
находит
ся
желеоб

разная масса, в которой мало клеточных элементов. Иногда образования могут обызвествляться с последующим окостенением. Но это происходит с очень «пожилыми» миксомами. Кровью они снабжаются посредством различных сосудов: капилляров и артериол. Ткань опухоли довольно хрупкая, что объясняет ее частую эмболию.

зацию (отрыв отдельных участков). Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные размеры: от одного до нескольких сантиметров. Кажется, какой вред может нанести маленькое добро качественное образование? В общем, никакой. Небольшие опухоли никак себя не выдают, находят их случайно при проведении полного кардиологическ

	ого обследования пациента. Но опасность в том, что рано или поздно они вырастают. «Застарелые» образования диагностируются, конечно, легче. Они больше по размерам и проявляются характерными клиническими признаками. Но, к сожалению, именно они приводят к грозным осложнениям.
P2	Миксома, ее макроскоп

	опицеск 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	Укажите факторы риска развития МИКСОМ.
Э	Пол – женщи ны болеют чаще; Возраст –30-60 лет; Аналог ичные заболев ания у родстве нников; Онколо гические заболев ания
P2	Все вариант ы указаны в

	полном объеме
P1	Указаны не все факторы риска
P0	Не указан ни один из факторов риска.
B	Укажите основные методы диагностики миокардита сердца. 5
Э	1. Электрорентгенограммография. Изменен

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
ь
м
Э
К
Г
н
е
л
ь
з
я
п
о
с
т
а
в
и
т

Ь Т О Ч Н Ъ Й Д И а Г Н О З , Н О О П р е д е л е н и н ы е в ь в о д ь 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

е
н
и
й
Э
К
Г
. .
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

ре-
де-
ле-
я-
е-
т-
с-
я-
ра-
а-
с-
ш-
е-
п-
л-
е-
н-
и-
е-
И-
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
ш
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
б
т
и
я

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

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
ш

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
ш
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
ь

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

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
ь
й
м
е
т
о

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
,

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
ш

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
к
а
п
с
у
л
а
м
и
к
с
о
м
б
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

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
ь
о
п
у
х
о
л
и
.
5. у
л

б
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
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

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
ш
а
т
ь
с
я
. .
6. А
н
Г
и
о
Г
р
а
ф
и
я
.

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
ш
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
ш
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 ь .
P2	Все виды обследований указаны в полном объеме
P1	Допущены погрешности в описаннии методов обследования
P0	Ответ неверный: нет четкого понимания в назначе

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

	форта, боли в области сердца сжимаю- щего характе- ра, снижен- ие работос- пособн- ости. из намнеза- евматиз- а в намнезе- ет. С роности еспокои- и арушен- я ритма о типу инусово- ритмии. читает ебя ольным евраля 017г., огда первые тметил оявле- ароксиз ов с оследу- ющим озникно- ением остоянн- ий формы ибрилл- ции редсерд- ий.
--	---

При осмотре:
состояние в покое удовлетворительное.
Тоны сердца: ритмичные.
Шумы: sistолический шум на верхушке, проводится в подмышечную ю впадину. АД: 110/70
ММ
рт.ст.
ЧСС: в мин.
Печенье не увеличена, отеков нет.
ЭКГ: нормограмма, фибрилляция предсердий с ЧСС = 78 в мин.
Очаговая в/желудочковая блокада

. Изменения процессов реполяризации. Суточное мониторирование ЭКГ: ритм, фибрилляция предсердий с средней ЧСС 55 в мин (от 20 до 135 в мин). Наиболее удлиненный интервал R-R - 2,6 сек, всего пауз - 7245. Эктопическая активность: вентрикулярная – 4, все одиночные. Ишемические события не зарегистрированы. ЭхоКГ. ЛП: 41x53

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

	е в ЛА: 17 мм рт.ст.
B	Сформу лируйте диагноз
Э	Дегенер ативны й митрал ьный порок. Недост аточнос ть митрал ьного клапана . Постоя нная форма фибрил ляции предсер дий. НК: III ФК: II
P2	Диагно з поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен не полност ью.
P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	Хараракте ристика метода, которы

	й позволя ет верифи цироват ь диагноз порока сердца (аорталь ный 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 регурги тацией, измерит ь фракци ю регурги тации, давлени

е в легочн
ой артерии
, определить фракци
ю выброса крови в аорту, измерить
эффективную площадь отверстия регургитации. В зависимости от этих показателей недостаточность митрального клапана подразделяется на следующие степени:
- незначительная недостаточность;
фракция регургитации менее

	30% (процен т крови, забрасы ваемой в левое предсер дие от объема крови, находя щегося в левом желудо чке в момент его сокращ ения); площад ь отверст ия, через которое забрасы вается кровь в предсер дие менее 0.2 кв. см; обратна я струя крови в предсер дии находит ся у створок клапана и не достига ет полови ны предсер дия. - выраже нная
--	---

недостаточность:
фракция регургитации 30 – 50%, площадь отверстия регургитации 0.2 – 0.4 кв. см, струя крови заполняет собой половину предсердия.
- тяжелая недостаточность: фракция регургитации более 50%, площадь отверстия более 0.4 кв. см, струя крови заполняет все левое предсердие.

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

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

	степени недостаточности митрального клапана.
	<p>Выделяют три степени митральной недостаточности в зависимости от того, насколько сильно выражена регургитация.</p> <p>При 1 степени ток крови в левое предсердие незначительный (около 25 %) и наблюдается лишь у клапана. В связи с компенсацией порока пациент normally себя чувствуя</p>

ет, симптомы и жалобы отсутствуют. ЭКГ не показывает никаких изменений, при обследовании обнаруживаются шумы при sistole и слегка расширенные влево границы сердца. При 2 степени обратный поток крови достигает середины предсердия, крови забрасывается больше — от 25 до 50 %. Предсердие не может вытолкнуть

нуть кровь без повышения давления. Развивается легочная гипертензия. В этот период появляется одышка, частое сердцебиение во время нагрузок и в покое, кашель. На ЭКГ видны изменения в предсердии, при обследовании выявляются систолические шумы и расширение сердечных границ: влево — до 2 см, вверх и вправо — на 0,5 см.

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

	офици левого желудо чка и митрал ьного зубца. Прослу шивает ся выраже нный систоли ческий шум, границы сердца значите льно расширены.
P2	- Все варианты указаны в полном объеме
P1	- Не указан одна из степеней.
P0	- Не указаны два и более степени недотаточности.
B	Хирургическое пособие при митральной недостаточности.

	точност и
	<p>Недостаточность митрального клапана 2 и 3 степени без серьезных изменений створок является я показанием для проведения пластической операции.</p> <p>Данное лечение проводится без замены собственного клапанного аппарата. Виды пластики:</p> <p>Различные виды аннулоапластик (опорные кольца(жестк</p>

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 изменн ных част ейство рки клап ана (различны е вари анты резек ционных

плас
тик
(слайдин
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
неэффек
тивнос
ти
пластич
еской
операци
и,
проведе
нной
ранее.
Виды

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
проводит
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;

	иску стве нныe (мех анич ески е) прот езы из меди цинс кого мета лла испо льзу ют в лече нии всех оста льны х груп п лиц. Операт ивное лечение не провод ится при тяжелы х осложн ениях, которы е могут привест и к летальн ому исходу вскоре после операци и.
P2	- Все виды операци

		й указана 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	-	014
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Больной И. 48 лет предъяв ляет

	жалобы на выраженную одышку в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца, сниженное работоспособность, общую слабость. Из анамнеза: считает себя больным с февраля 2016г., когда стал отмечаться отечность левой н/к., болезненность по ходу большей подкожной вены. Больной ничем
--	---

не лечился, за помошь ю не обраща лся.
Резкое ухудше ние состоян ия, в виде резкого приступ а одышки, болей в области сердца 07.03.17 г., в связи с чем КСМП был экстрен но госпитализирован в условия стационара.
При осмотре :
состоян ие тяжелое .
Сознан ие ясное.
Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист

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
истоли
ческий
шум с
эпикент
ром на
мечеви
дном
отростк
е,
акцент
2 тона
над
легочно

й артерии.
АД 150/90
мм рт.ст.
Живот мягкий, без болезненны й.
Печень не пальпируется.
Периферических отеков нет.
Физиологические отправления в норме.
ЭКГ:ритм синусовый регулярный с ЧСС 53.
Очаговая в/ж блокада.
Субэндокардиальная ишемия по передней, боковой стенке.
Ангиопульмонография: картина

	тромбо эмболи и долевые х и сегмент арных ветвей обеих легочн ых артерий , ЛГ. ЭхоКГ: ЛП: 49/39 КДР: 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:
--	--

		створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Кровоток в легочной артерии необструктивного типа. расчетное давление в ЛА 47мм.рт.ст., Доп. Особ.: Сократимость равномерная.
B	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Тромбоэмболия долевых ветвей легочной артерии. Легочная гипертензия. ДН 2 степени. Миокардиодист

	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 ронни й коксарт роз. ГПОД. ГЭРБ, вне обостре ния. Язвенна я болезнь желудк а, вне обостре ния. Артери альная гипертен зия III, ст. III, риск 4.
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Диагно з поставл ен неполн остью.

	P0	-	Диагноз поставлен неверно.
	B	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца(аортальный стеноз).
	Э	-	Основным методом диагностики служит ангиопульмография;. Выделяют три основных метода ангиопульмонографии: Ангиопульмонография – метод рентгенологической диагностики

состояния лёгочно го кровообращения путём введения рентгеноконтрастных веществ в артерии лёгких. Выделяют общую и селективную ангиопульмографию. При общей ангиопульмографии контрастное вещество вводят в ствол лёгочной артерии, при этом заполняются все сосуды малого круга кровообращения. При селективной

	контраст вводится 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
B	Показа ния для операц ии при данной патолог ии

Э

массивная тромбоэмболия; ухудшение состояния пациента, несмотря на проведенное консервативное лечение; тромбоэмболия самой легочной артерии или ее крупных ветвей; резкое ограничение притока крови к легким, сопровождающеся нарушением общего кровообращения; хроническая рецидивирующая тромбоэмболия

	легочн ой артерии ; резкое снижен ие артериа льного давлени я;
P2	Показа ния к операци и указаны верно
P1	Отраже ны не все показан ия для операци и.
P0	Провед ено амбулат орное (консер вативно е) лечение
B	Виды хирурги ческих операци й при ТЭЛА. 4
Э	Эмболэ ктомия — удалени е эмболя. Это хирурги ческое вмешат ельство провод

ится в большинстве случаев, при острой ТЭЛА. Тромбэндартерэктомия – удаление внутренней стенки артерии с прикрепленной к ней бляшкой. Применяется при хронической ТЭЛА. Операция при тромбоэмболии легочной артерии достаточно сложна. Тело пациента охлаждают до 28°C. Хирург вскрывает грудную клетку

пациента, рассекая его грудину вдоль, и получаёт доступ к легочной артерии. После подключения системы искусственного кровообращения вскрывают артерию и удаляют эмбол. Часто при ТЭЛА в результате повышения давления в легочной артерии происходит растяжение правого желудочка и трехстворчатого клапана

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

и внезапн ая смерть; инфаркт легкого с последу ющим развити ем воспали тельног о процесс а (пневмо нии); плеврит (воспал ение плевры — пленки из соедин ительно й ткани, которая покрыва ет легкие и выстила ет изнутри грудну ю клетку); рециди в — тромбо эмболия может возникнуть повторно, и при этом так же высок

	риск гибели больног о.
P2	- Все виды осложнений указаны в полном объеме
P1	- Допущены погрешности в описан ии осложн ений.
P0	- Ответ неверн ый: не указано ни одно осложнение.
H	- 015
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Больная А. 53 лет поступи ла в отделен

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

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 полугода.
Состояние средней тяжести.
Сознан

	ие ясное. Положение активное. Акроцианоз. Иктеричность кожных покровов, склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке sistолический шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий,
--	---

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: Hb-
138 г/л,
Эр-4,2 х
 $10^{12}/\text{л}$,
Le-8,2 х
 $10^9/\text{л}$,
Tp-226
х $10^9/\text{л}$,
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,

	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%.
--	---

	Задняя стенка ЛЖ: $T_{диаст}=9$ мм, $T_{сист}=13$ мм. Межжелу- дочковая перегородка: $T_{диаст}=9$ мм, $T_{сист}=12$ мм. Аортальный клапан: $S=3,1\text{см}^2$. Створки не изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36 мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, проле- бирает A-2, регурги- тация 11-111. Трехстворчатый
--	--

		клапан — створки не измене ны, рег. 2 ст. Клапан легочно й артерии N. $P_{pulm} =$ 43 мм Hg.
B	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 гипертен зия. Н 11 А-Б 111 КФК
P2	-	Диагно з поставл

		ен верно.
P1	-	Не указан ти ^п аневриз мы
P0	-	Диагно з поставл ен неверно . .
B	2	Что позволя ет оценить ЭхоКГ при данной патолог ии
E	-	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 регурги 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) пластик а МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрал

		ьного аппарат а.
P2	-	Перечи слены все 3 типа
P1	-	Перечи слены 2 типа
P0	-	Перечи слен 1 тип или менее
B	4	Провед ение какого обследо вания необхо димо перед операци ей с данной патолог ией у пациент ов с риском ИБС?
Э	-	Селект ивная коронар ография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверн ый
H	-	016
I	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ

	<p>Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРОСЫ</p>
у	<p>Больна 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 характе ра, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь. Анамне з заболев ания: в анамнез е ревмат изм со школьн ого возраст а. Считае т себя больно й с 2012г., когда впервы е стали беспоко ить боли в области сердца и появил ась одышка . 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. Тоны сердца: аритми чные. Шумы: на верхуш ке выслуш ивается грубый истоли ческий шум, провод ящийся в п/мышечную впадину. АД: 120/80 мм рт.ст. ЧСС: 80 в мин. Печень не увеличе на, отеков нет. В анализа х: Hb- 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 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 ризаци и. ЭХО- КГ:
--	---

	ЛП: 57x68 ПП: - ПЖ: 23x26 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.

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

		патологи
	Эхокардиография обеспечивает базовую оценку размера в ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.	патологи
P2	- Перечислены все факторы	патологи
P1	- Перечислены все факторы кроме одного	патологи
P0	- Не указаны два и более факторов	патологи
B	3 Какие типы операций	патологи

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

		необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
	Э	- Селективная коронография
P2		- Верно
P0		- Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э		- Кардиальные события, острыя 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	-	017
I	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
Y	-	Больна я А. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную

	одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощущение сердцеб иения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, отечность нижних конечныхостей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез
--	--

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

	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
--	--

	мм рт ст. Живот мягкий, безболе занный. Печень не увеличе на. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: 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 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. Блокад а правой ножки ПГ неполн ая. ЧСС 67 в 1 мин. ЭХО- КГ: лев. предсер дие 41X35 мм; прав. предсер дие 43X35 мм. Лев. желудо чек: КДР 47мм; КСР 34мм; КДО 94мл; КСО 45мл; фракци я выброс а 52%. Задняя стенка ЛЖ:
--	---

	<p>Тдиаст = 9 мм, Тсист= 17 мм. Межже лудочк овая перегор одка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм. Аортал ьный клапан: фиброз, очаги Са; Са по кольцу, стенкам аорты, МЖП; щелеви дное открытие. $S=1,2$ см². Градиен т (Δp) сист. макс./с редн=8 9,7/54,7 мм Hg. ФК 22мм. Митрал ьный клапан: N. Трехств орчаты й клапан N. $P_{pulm}=30$ мм Hg.</p>

			Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
	B	1	Аорталь ный стеноз, кальци ноз III. Относи тельная корона рная недоста точност ь. НК IIА, ФК III.
	Э	-	Диагно з поставл ен верно.
	P2	-	Диагно з поставл ен неверно .
	P0	-	
	B	2	Класси фикаци я тяжест и данной патолог ии
	Э	-	Скорос ть кровото ка, м/с: 1. мягкий - Менее 3,0

	<p>2. умерен ный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелы й - Более 4,0</p> <p>Средни й</p> <p>градиен т, мм рт. ст.: 1.</p> <p>мягкий - Менее 25</p> <p>2. умерен ный - 25–40</p> <p>3. тяжелы й - Более 40</p> <p>Площад ь</p> <p>отверст ия, см²:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умерен ный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелы й - Менее 1,0</p>
P2	Перечи слены - все парамет ры
P1	Перечи слен - все

		параметры кроме одного
P0	-	Не указаны два и более параметров
B	3	Какие типы операций используются при данной патологии
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
B	4	Проведение какого обследования необходимо перед

		операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
	Э	- Селективная коронография
P2		- Верно
P0		- Ответ неверный
B	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 осложнения.
	P0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям
	H	- 019
	I	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	Y	- Больной А. 53 лет поступил в отделение приобретенных хронических пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при

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

артериальная гипертензия более 5 лет. Считает себя больно в течение последних 2 лет с постепенным появлением выше перечисленных жалоб. К врачам не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессированная одышки, болей в области сердца около полутора. Состояние в покое ближе к удовлетворительному. Сознание

ясное.
Положе
ние
активно
е. Кожа
и
видимы
е
слизист
ые
физиол
огическ
ой
окраски
. Перифе
рическ
ие
лимфоу
злы не
увеличе
ны.
Нормос
теник В
легких
везикул
ярное
дыхани
е, с
бронхи
альным
компон
ентом,
хрипов
нет, ЧД
– 18 в
минуту.
Тоны
сердца
несколь
ко
приглу
шены,
ритмич
ные с
ЧСС 64
в
минуту.
На
верхуш
ке
усилен

	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, Эр-4,2 х 1012/л, Le-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, 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. Измене 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, Градие нт (Δp) сист. макс./с редн= 100\74м м Hg., рег 1 ст. Митрал ьный клапан: рег 1-2
--	--

		ст. Трехств орчаты й клапан и клапан легочно й артерии N. Умерен ная дилатац ия полост и ЛП ЛЖ. Гиперт рофия ЛЖ. сократи мость равном ерная.
B	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 .
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 ² : 1. мягкий - более 1,5 2. умерен- ный - 1,0–1,5 3. тяжелы- й - менее 1,0 Индекс площади отверстия, см ² /м ² 3. тяжелы- й - 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) пластик а АК; 2) аорталь ная баллон ная вальвул отомия
	P2	Перечислены все 2 типа
	P1	Перечислен 1 тип
	P0	Типы не перечислены
	B	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС? 4
	Э	Селективная корона

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

H	- 019
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Больна я А. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в 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, колющ его характера, отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работоспособн ости, общую слабост ь.

Анамне з заболеваний: Ревматизма в анамнезе нет. Давнос ть артериаль ной гипертонии более 20 лет. Неодно кратно лечилас ь в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериаль ной

	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
--	--

	ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмич ные с ЧСС 110 в минуту. На верхуш ке истоли ческий шум. АД 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, без боле заненны 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: Нв- 138 г/л, Эр-4,2 х
--	---

	1012/л, Le-8,2 х 109/л, Tr-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: ритм синусов ый, регуляр ный, гипертр офия левого желудо чка с перегру зкой.. Очагов ая в/желуд очковая блокада . ЧСС
--	--

	59 в 1 мин. ЭХО- КГ: лев. предсер- дие 65Х42 мм; прав. предсер- дие 57Х44 мм. Лев. желудо- чек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракци- я выброс а 40%. Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 13мм. Межже- лудочк- овая перегор- одка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм. Аорталь- ный клапан: $S =$ 3,1 см ² . Створки и не
--	--

	изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки и умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролабирует A-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан — створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочной артерии N. Рpulm= 43 мм Hg.
B	1 Предположите наиболее вероятный

	диагноз
Э	Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. Н11 А-Б 111 КФК
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Не указан тип аневризмы
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной

		патологи
	Эхокардиография обеспечивает базовую оценку размера в ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.	Э
P2	-	Перечислены все факторы
P1	-	Перечислены все факторы кроме одного
P0	-	Не указаны два и более факторов
B	3	Какие типы операций

	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
B	4 Провед ение какого обследо вания

		необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
	Э	- Селективная коронография
P2		- Верно
P0		- Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э		- Кардиальные события, острые почечные недостаточности, 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
I	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
Y	-	Больна я В. 53 лет поступ ила в отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную

одышку при минима льной нагрузк е и в покое, сухой кашель, слабост ь, головн ые боли, на слабост ь в левой руке и левой ноге. Анамне з заболев ания: Ревмат изма в анамнез е нет. Давнос ть артериа льной гипертонии более 20 лет. Неодно кратно лечилас ь в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериа льной гипертонии.

	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 зы не
--	---

	увеличе ны. Нормос теник. В легких жестко е дыхани е, справа в нижних отделах выслуш иваются сухие свистя щие хрипры, 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.
--	---

	Живот мягкий, безболе зренны й. Печень у края реберно й дуги, мягкая, безболе зренная . Физиол огическ ие отправл ения в норме. Неврол огическ ий статус: огранич енные движен ия в левых конечн остях, больше в руке. В анализа х: Hb- 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 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
--	---

	130/75м л; ФВ 65%. МК: $S=5,7\text{с}$ m^2 ; створки неодно родной плотно сти, краевой фиброз. отрыв хорды. Пансис толичес кий пролап с задней створки .Регурги тация 3 ст. ТК: регурги тация 2 ст. АК в норме. Давлен ие на ЛА 56мм.р т.ст.
B	1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз
Э	- Недост аточнос ть митрал ьного 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 поставленен неверно.
B	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
Э	-	Эхокардиог

		рафия обеспечивает базовую оценку размера в ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
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 патологи
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 патологией у пациентов с риском ИБС?
	Э	- Селективная коронография
P2		- Верно
P0		- Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э		- Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2		- Перечислены основные осложнения
P1		- Не указано

	одно из осложнения.
P0	Недостаточные знания по коморбидным состояниям
H	- 021
и	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
y	Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных хронических пороков сердца с жалобами на одышку при умеренной физической

	нагрузке, на чувство жжения за грудиной, период ическиую отечнонос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестаби льность АД с повыше нием повыше ние до 160/90 мм рт.ст., головн ые боли. Анамне з заболев ания: В анамнезе ревмат изм с 10 летнего возраст а. Находи лась на диспан серном учете в
--	--

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

теник.
В легких везикул ярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичные с ЧСС 74 в минуту. На верхушке усилен I тон, выраженный диастолический шум. Систолическиий шум над всей областью сердца с эпизентром над аортой с иррадиацией

	на сосуды шееи. АД 160/90м м рт ст. Живот мягкий, безболе заненны й. Печень не увеличе на. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Hb- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Le-8,2 х 109/л, Tr-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
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
%

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

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

	и данной патолог ии
	<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, см²:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умерен ный - 1,0–1,5</p>

	3. тяжелы й - Менее 1,0 Индекс площад и отверст ия, $\text{см}^2/\text{м}^2$ 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	-	Перечи слены все 2 типа
P1	-	Перечи слен 1 тип
P0	-	Типы не перечис лены
B	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
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, 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	- 022
И	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ

Ы НА ВОПРО СЫ
Больна 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,

	общую слабость, нестабильность АД с повышением до 200 мм рт ст. Анамnez з заболеваний: длительный анамнез артериальной гипертензии с повышением АД до 200 мм рт. ст. Коронарный анамнез с 2011г. Инфарктов миокарда не было. По данным селективной коронографии (СКГ) от 2011г.: гемодинамически значимых стенозов не
--	---

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

	64 в мин. Печень не увеличе на, отеков нет. В анализа х: Hb- 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 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 = 64 в мин. Гиперт рофия ЛЖ. Очагов ая в/желуд очковая блокада . Измене ния процесс ов реполя ризаци и. ЭХО- КГ: ЛП: 41x54 ПП: 41x56 ПЖ: 19x19 КДО: 59 КСО: 29 ФВ: 51% тЗСЛЖ : 15/21 тМЖП: 16/18 Митрал ьный клапан: ств. с краевы м фиброз ом. ФК: 29 Регурги тация: 0 ст.
--	--

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

	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.
P1	Диагно з поставл ен неполн остью: указан только стеноз или только недоста точност ь
P0	- Диагно з поставл ен неверно .
B	Класси фикаци я тяжест и данной
	2

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

	менее 1,0 Индекс площад и отверст ия, $\text{см}^2/\text{м}^2$ 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	-	Перечи слены все 2 типа
P1	-	Перечи слен 1 тип
P0	-	Типы не перечис лены
B	4	Провед ение какого обследо вания необх одимо перед операц ией с данной патолог ией у пациен тов с риском ИБС?
Э	-	Селект ивная корона рограф ия
P2	-	Метод указан верно
P1		Не сказано о селекти вности корона рограф ии
P0	-	Метод указан неверно

			Основные осложнения в в раннем после операционном периоде
B	5		
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза	
P2	-	Перечислены основные осложнения	
P1	-	Не указано одно из осложнений.	
P0	-	Недостаточные знания по коморбидным состояниям	
H	-	023	
I	-	ОЗНАКОМЬСЯ С СИТУАЦИЕЙ	

	АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
	<p>Женщи на, 54 года, предъяв ляет жалобы отёчнос ть, тяжесть ,</p> <p>ноющу 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</p>

(после первых родов). В течении последних 6 месяцев беспоко ят тяжесть и отёчнос ть левой нижней конечн ости к вечеру и после физиче ской нагрузк и, появил ся язвенн ый дефект на левой стопе. Лечила сь самосто ятельно (троксе рутино вая мазь) без значите льного эффект а. 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 – 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
--	---

й нет.
Симптом поколачивания поясничной области отрицательный. Status localis: по ходу большо́й подкожной вены слева отмечаются варикозно измененные притоки и большо́й подкожной вены, мягкие, безболезненные при пальпации. Левая нижняя конечность отёчна, тёплая на ощупь, в нижней трети левой голени

	отмечае тся выраже нний 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 ии сохране на. Выполн ено УЗДГ и ДС вен нижних конечн остей: выявле но варикоз ная трансф ормаци я приток ов БПВ слева, ствол
--	---

	БПВ расшире- н. При проведе- нии пробы с натужи- ванием ретрогр- адный кровото- к опреде- ляется. Несост- оятельн- ость перфор- антов на голени слева. В анализа х: Hb 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Tp-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.
B	Сформ улируй те диагноз 1
Э	- Варико зная

	болезнь вен нижних конечн ость, стадия деомпе нсации, с трофич ескими наруше ниями
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 .
B	Характ еристик а метода, которы й позволя ет

	верифицировать диагноз варикозной болезни.
	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

ную и прокси мальну ю границы, проход имость глубок их и перфор антных вен и даже ориент ировоч но судить о давност и процесс а. В стандар тный объем ультраз вуковог о ангиоск анирова ния обязате льно должно входить исследо вание подкож ных и глубок их вен не только пораже нной тромбо флебит ом, но и контрап атераль

ной конечности для исключения симультанного их поражения, часто протекающего бессимптомно. Глубокое венозное русло обеих нижних конечностей осматривают на всем протяжении, начиная от дистальных отделов голени до уровня паховой связки, а если не препятствует кишечный газ, то исследуют сосуды илиока валь ног

	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
B	3 Показа ния к операци и 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 недостаточности коммуникантных вен и клапанной несостоятельности глубоких вен бедра и голени с явлениями хронической венозной недостаточности; осложнениях варикозной болезни (тромбофлебит, кровотечение).
P2	- Показания к операции указаны верно
P1	- Отражены не все критерии для операции.

P0	-	Показания не даны.
B	4	Назовите обязательные этапы хирургической операции при ВБВНК.
Э	-	1. приустьевая перевязка и пересечение большо́й и/или малой подкожных вен со всеми притоками; 2. пересечение недостаточных перфорантных вен (прямым или эндоваскулярным способом). Абсолютным показанием к

	эндоско пической 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

	P0	-	Не указаны два и более этапов
	B	5	Назовите современные методы лечения варикозной болезни
	Э	-	1. Склеротерапия. 2. Лазерное лечение

	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	

		п о ф л е б э к т о м и я
P2	-	Все виды операций указаны в полном объеме.
P1	-	Допущены погрешности в описанной технике операций.
P0	-	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения.
H	-	024

	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
и у	Мужчи на, 56 лет, предъяв ляет жалобы на боли в эпигаст рально й области , ирради рующ ей в правое подреб ерье, усилива ющиеся при приёме пищи, метеор изм. Из анамнез а: боли в эпигаст рально й области беспоко ят в

течении 6 месяцев, обращаясь в поликлинику по месту жительства, где получал консервативную терапию антидами, без эффекта. В течение последних нескольких дней отмечается нарастание болевого синдрома. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы

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

	й нет. Симпто м покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. Выполн ено УЗДГ аорты и висцера льных артерий : выявле но экстрав азальна я компре ссия чревног о ствола медиал ьной ножки дугообр азной связки, со стенозо м около 80%. В анализа х: Hb 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Tp-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.
	B	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 варикоз ной болезни
	P0	- Диагно з поставл ен

		нeверно
		.
B	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> • чрепно-мозговая гипотония; • периферическая нейропатия;

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
ы
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
ш
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 Ш К И) ; • с м е ш а н н у ю .
P2	-	Все формы указан ы верно
P1	-	Назван о менее 3 форм
P0	-	Формы не назван ы

В	3	Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
Э	-	<p>Классификация А. В. Покровского:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доклиническая, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения или же о нерезком стенозировании магистральных артерий. 2. Стадия субком

пенсации – начало клинических проявлений окклюзирующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии довольно неопределенна: чувство тяжести в эпигастрии, вздутие живота, чувство переедания после приема неболь

	шого количества пищи и др. 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.
P2	Стадии указаны верно и раскры

		то их значение
P1	-	Стадии указаны верно, но без описания
P0	-	Стадии не указаны.
B	4	Назовите возможные причины экстравазально го поражения висцеральных артерий.
Э	-	Сдавление серповидной связкой. Левой ножкой диафрагмы. Правой ножкой. Медиальной ножкой. Элементами солнечного

		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 нтом ия и круто мия,

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

	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
И У	Мужчи на, 64 года, предъяв ляет жалобы на боли левой верхней конечн ости, усилива ющиеся при подъём е конечн ости вверх, зябкост ь в левой руке, онемен ие кончик ов пальцев ,, головок ружени я, присту пы потемн ения в

	глазах, обморо чные состоян ия. Из анамнез а: зябкост ь, ноющи е боли при подъём е левой руки вверх, беспоко ят более 3 лет, в течении года появил ись присту пы головок ружени я, потери сознани я, усилил ись боли в левой верхней конечн ости При осмотр е: состоян ие удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Кожны е
--	---

	покровы чистые, обычно окраски . В легких дыхани е везикул ярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмич ные. ЧСС – 70 ударов в мин., АД – на правой руке 160/90 мм рт ст., на левой 110/60 мм рт/ст. Живот мягкий, при пальпа ции безболе зненны й во всех отделах . Печень и селезен ка не увеличе ны.
--	--

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

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: Нb
130 г/л,
Эр-5,0 х
1012/л,
Le-11,4
х 109/л,
Tp-332
х 109 /л,
СОЭ-
18
мм/ч.
О.били

	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> 500 мкг/л, МНО - 1,1 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е положе ние ЭОС. ЧСС - 70 в мин. Призна ки гипертр
--	---

		офи левого желудо чка.
B	1	Сформ улируй те диагноз
Э	-	Атерос клероти ческая окклюз ия левой подклю ничной 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	Назовите стадии ишемии и верхней конечности.
Э	-	<p>I— стадия компенсации к ровообращения, или стадия начальных проявлений окклюзии ног о заболевания (зябкость, парестезии, повышенная чувствительность к холоду с вазомоторными реакциями).</p> <p>II— стадия относительной компенсации, или стадия недостаточности</p>

кровообращения при функциональной нагрузке верхних конечных остеов (преходящие симптомы — похододание, онемение, чувство быстрой усталости и утомляемости в пальцах и кисти, мышцах предплечья либо развитие на фоне функциональной нагрузки и преходящих симптомов вертебробазилярной недостаточности

	точности). III— стадия недостаточности и кровообращения в верхней конечности в состоянии покоя (постоянное походание, боли, онемение пальцев кисти, атрофия мышц плечевого пояса, предплечья, снижение мышечной силы, потеря возможности выполнения тонких движений пальца ми рук— чувство неловкости в
--	---

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

P0	-	Стадии не приведены.
B	3	Проведите дифференциальную диагностику атеросклеротического поражения подключичной артерии.
Э	-	Нейроваскулярный синдром. Болезнь Рэйно
P2	-	Приведено 2 и более заболеваний.
P1	-	Приведено 1 заболевание.
P0	-	Не приведено примеров.
B	4	Назовите методы диагностики ишемии 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.
B	5	Назови те методы хирург ическог о лечения ишеми и верхней конечн ости.
Э	-	1. Имплан тация ПкА в общую сонную

	артери ю. 2. Сонно- подклю- чичное шунтиро- вание. 3. Подкл юично- - подклю- чичное перекре- стное шунтиро- вание. 4. Стенти- рование . -
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	- 026	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
И		
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

в эпигастрально й области беспоко ят в течении 6 месяцев , обраща лся в поликл инику по месту житель ства, где получа л кончер вативну ю терапи ю антаци дами, без эффект а. В течение послед них нескольки х 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 селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Выполнено УЗДГ аорты и висцеральных артерий: выявлено атеросклеротический стеноз чревного ствола до 85%, с переходом на устье верхней брыжеечной артерии, стеноз 62%. В анализа х: Нв 120 г/л, Эр-4,02 х
--	---

	1012/л, Le-10,4 х 109/л, Tp-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
--	--

	положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
B	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.
B	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	-	чревную (болевую); проксимальную брыжеечную — проксимальнаяная - энтеропатия (дисфункция гонкокишки); дистальную брыжеечную —

	гер- минальн ая колопат ия (дисфун кция преиму ществен но левой половин ы голстой кишки); смешан ную.
P2	- Все формы указан ы верно
P1	- Назван о менее 3 форм
P0	- Фомы не назван ы
B	3 Назови те стадии хронич еской абдоми нально й ишеми и.
Э	- Класси фикаци я А. В. Покров ского: 1. Доклин ическая

, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения или же о нерезко м стенозировании магистральных артерий.

2. Стадия субкомпенсации - начало клинических проявлений окклюзирующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются

лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии довольно неопределенная: чувство тяжести в эпигастрии, вздутие живота, чувство переедания после приема небольшого количества пищи и др.

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.
P2	- Стадии указаны верно и раскрыто их значение
P1	- Стадии указаны верно, но без описания
P0	- Стадии не указаны.
B	4 Назовите возмож

	ные хирургические вмешательства при атеросклеротическом поражении висцеральных артерий брюшной аорты.
	1) восстановление антеградного кровотока путем тромбэндартерэктомии, резекции артерии с реимплантацией в аорту или протезированием артерии аутотрансплантатом или синтетическим протезом; 2) создани

	е шунтирующих путей притока; 3) операц ия перекл ючения (аортов исцераль ные и артерио висцера льные анастом озы). 4) Стенти рование чревног о ствола.
P2	- Все виды операц ий указанны е в полном объеме
P1	- Допущены погрешности в описании техники операций
P0	- Ответ неверный: не показан дифференцированный подход

		в зависи мости от уровня пораже ния
	Б	Назови те методы медика ментоз ного лечения хронич еской ишемии 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 ыводяще их путей (эссенц иале, ЛИВ-
--	--

	52, аллохол и т.д.); г) терапия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки; д) диетотерапия; е) лечение железодефицитной анемии. 2. Адекватное обезболивание (ненаркотические анальгетики): а) обязательно спазмолитическая терапия (ношпа, нитроглицерин и т.д.). 3. Противовоспалительное лечение (бронх, индоме
--	--

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

		терапия не дана.
Н	- 027	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
И		
у	- 185/115 мм рт.ст.) в течение полуго да, на постоян ные головн ые боли, головок ружени я, дискоо рдинац	Мужчи на, 59 лет, обратил ся к врачу с жалоба ми на нестаби льное 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

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:
выявл
ено
атероск
леротич
еское
пораже

ние
брахио
цефаль
ных
артерий
. 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
. В
легких
дыхани
е
везикул
ярное,
хрипов

	нет. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпа ции безболе заннны й во всех отделах . Печень и селезен ка не увеличе ны. Дизури й нет. Симпто м покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. При аускуль тации сонных артерий справа выслуш ивается слабый
--	--

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

		ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: ча сть нозолог ий упущен а или неверно оценен ы стадии и/или степень артериа льной гипертон ии;
P0	-	Диагно з поставл ен неверно.
B	2	Класси фикаци я сосудис той недоста точности и мозгово го кровоо бращен ия
Э	-	I степень — асимп томное течение (отсутс вие

при-
знаков
ишеми
и
мозга)
на фоне
доказан
ного
клинич
ески
значим
ого
пораже
ния
сосудов
головно
го
мозга.
II
степень
—
преход
ящие
наруше
ния
мозгово
го
кровоо
брашен
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

	неврол огической симптоматики в срок до 24 ч. III степень – так называе мое хронич еское течение СМН (дисциркуляторная энцефалопатия), то есть присутс твие общемозговой неврологической симптоматики или хронической вертебробазилярной недостаточности и без перенесенного очагового дефицита в анамнезе. IV степень –
--	---

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

		неверно или Класси- фикаци- я названа неверно .
	B	Инстру- ментал- ьный метод диагнос- тики атероск- леротич- еских пораже- ний сонных артерий 3
	Э	Дупле- ксное сканир- ование артери- й – заклю- чается в сочета- ния УЗИ с доплер- ографи- ей и цветн- ым окраш- ивание м кровот- ока Ангио- графия – Изобр- ажени

	е просве та артери и получа ют с помош ью контра стного вещест ва. Мультиспира льная компьютерн ая томография
P2	Методы инструментального обследования перечислены верно.
P1	Методы инструментального обследования перечислены верно, однако нет обоснования одного из методов
P0	Методы

		инструментального обследование перечислены полностью неверно.
B	4	Методы хирургического лечения стеноза в сонных артерий

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

контролем ангиографа 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 ярым)

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

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

	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 . .
H	- 028
I	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ

БИЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРОСЫ
Женщина, 34 лет, предъявляет жалобы на частое повышение АД до 150/100, головные боли, головокружения, непостоянныетянувшие болив правых отделах живота. Из анамнеза: Считает себя больно й около года, когда стала отмечать непостоянныетянувшие болив правых отделах живота, наблюдалась у

уролога, боли не проходили. Крайние полгода стала отмечаться частое повышение АД до 150/100, сопровождающееся головными болями, головокружением. Амбулаторно выполнено УЗИ брюшной полости и МСКТ с контрастом: Правая почка расположена на уровне Th12-L3 позвонков, размером 57,9x56,0x110,0 мм.

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

	<p>Мочето чник просле живает ся на всем протяже нии, без признак ов деформ ации. Левая почка располо жена на уровне Th12- L3 позвонк ов, размеро м 56,4x56 ,3x105, 9 мм. Контур ы четкие, ровные, паренх има одноро дная, обычно й плотно сти. Лоханк а не расшире на. Мочето чник просле живает ся на всем протяже нии.</p>
--	--

	При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 74 уд/мин. АД — 130/80 мм. рт. ст.
--	--

Живот мягкий, при поверхности пальпации безболезненный во всех отделах, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правом мезогастрии, в проекции почки. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме.

	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 анализа x: Hb-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 билирубин
--	---

	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.
B	1 Сформ улируй те диагноз

		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.
B	2	Характеристика метода, который позволяет

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

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

его тромбированья. Характерными признаками этой патологии являются замедленная эвакуация контрастного вещества из аневризмы, наличие кальцификатов в ее стенке. Эксцентрическое скопление контрастного вещества в виде "висячей капли" характерно для ложной аневризмы почечной 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

	классификаци ю аневризм почечн ых артерий
Э	<p>I. По локализации:</p> <p>— устьевые; стволовые; бифуркационные; ветвей I и II порядков; внутри органные; тотальные (распространяющиеся на ствол и ветви почечных артерий).</p> <p>II. По форме:</p> <p>мешковидные; веретенообразные; диффузные; расслаивающие.</p> <p>III. По распрос-</p>

траненности и сочетании с другой патологией почечных артерий:
одиночные;
множественные;
двусторонние;
—
сочетанные.
IV. По этиологии:
врожденные;
дегенеративные
(фиброзно-мышечная дисплазия,
болезнь Эрдгейма и др.)
атеросклеротические;
воспалительные
(специфические, неспецифические);
посттрав

	вматич еские; ятроген ные. V. По структуре 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 виды операц ий при данной
	4

	патологи
	<p>Наличие аневризмы почечной артерии во всех случаях является показанием к операции.</p> <p>1) Аневризмопластика со швом или наложением заплаты, основным условием выполнения операции является возможность боковой пластики стенки артерии.</p> <p>2) При расположении аневризмы 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 отдаетс я аортопо чечном у или подвздо шно- почечн ому шунтиро ванию аутовен озным транспл антатом или синтети ческим протезо м.
--	--

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

	отопны х методо в, уплотн ение почечн ой ткани и уменьш ение размеро в почки менее 8 см между полюса ми по данным ультраз вуковы х методо в.
P2	Показа ния и 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

			Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
B	5		
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза	
P2	-	Перечислены основные осложнения	
P1	-	Не указано одно из осложнений.	
P0	-	Осложнения не указаны	
H	-	029	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ	

РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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,

когда у него было определено стойкое высокоe артериальное давление. Лекарственная терапия – без эффекта. 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> 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>
--	---

	ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые чистые, физиол огическ ой окраски . Перифе рическо е 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 зженый. 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:
На
сонных
артерия
х и в
проекц
ии
брюшн
ого
отдела
аорты –
без
шумово
й
симпто
матики.
В
проекц
ии
левой
почечн
ой
артерии
–
истоли
ческий

шум.
На
магистр
альных
сосудах
нижних
костей
пульсац
ии
определен
яется
слева –
в
полном
объеме,
справа
на
уровне
бедрен
ной
артерии
, ниже
резко
ослабле
на.
В
анализа
х: Hb-
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

		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.
	B	1 Сформ улируй те диагноз
	Э	- Мульти фокаль ный атероск лероз. Стеноз левой почечн ой

	артерии , ХПН I. Вазоре- нальная гипертен- зия, ст. декомп- енсаци- и. Стеноз подкол- енной артерии справа, ХАН На 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	Опиши- те хара- ктерную для данной патолог- ии ангиогр

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

я сеть сосудов обычно не развита.

Характерной особенностью атеросклероза является я частое сочетанное поражение почечных артерий и других сосудистых бассейнов (коронарные, брахиоцефальные артерии, аорта и артерии нижних конечностей). Изолированные поражения почечных артерий встречаются лишь у трети

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

еза вазорен альной гипертензии, включа ющие сложны й компле кс гумора льных нейроге нных, гемоди намиче ских механи змов и их взаимозависимость, остаются неясны ми. Считаеться, что главное значение в механизме развития артериаль ной гипертензии имеет снижение именно пульсового и перфуз ионного давлени я в

почках. В этих условиях юкстагломерулярный аппарат ишемизированной почки секретирует повышенное количествоПротеолитический фермента ренина, который является пусковым фактором развития гипертензии. В крови ренин соединяется с гипертензиногеном, образуя прессорный амин ангиотензин-I. Под воздействием

конвертирующ его фермента ангиотензин-I переходит в свою активную форму

ангиотензин-II, который является мощным вазопрессором. Спазм резистивных сосудов приводит к повышению периферического сопротивления кровотоку, увеличивая работу сердца, что проявляется повышением артериального давлен

ия.
Кроме
того,
под
влияни
ем
ангиоте
нзина-
II на
надпоч
ечники
происх
одит
гиперсе
креция
минера
локорт
икоидн
ого
гормон
а
альдост
ерона,
изменя
ющего
фильтр
ационн
ую
функци
ю
почек.
Происх
одят
задерж
ка
натрия
в
организ
ме и
повыше
ние
объема
внеклет
очной
жидкос
ти,
измене
ние
реакци
и
сосудов
на

	действие катехоламинов, отек сосудистой стенки, усиление вазоконстрикции и рост гипертензии. Одновременно снижается антигипертензивная (депрессорная) функция почек, осуществляемая посредством простагландинов и кининов. Наибольшее снижение депрессорной функции почек происходит при длительном течении болезни
--	---

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

	многом сходны с гиперто ническ ой болезнь ю. Выделя ют 4 группы жалоб больны х: жалобы ,, характе рные для церебра льной гиперте нзии, — головна я боль, тяжесть в затыло чной области ,, ощуще ние прилив ов в голове, шум в ушах, мелька ние "мушек " перед глазами ,, плохой сон, снижен ие умстве нной работос
--	--

пособности;
жалобы
,
связанные с
повышенной
нагрузкой на
сердце,
— боли
и
неприятные
ощущения в
области
сердца,
сердцебиения,
одышка
;
жалобы
,
обусловленные
поражением
самых
почек,
—
тупые
боли,
чувство
тяжести
и в
поясничной
области
, при
инфаркте
почки
—
гематурия;
жалобы
,
связанные с
пораже-

нием и ишемия в других артериальных бассейнах, — боли и перемежающаяся хромота в нижних конечностях, боли и слабость в верхних конечностях, проявления каротидной и вертебральной недостаточности и пр. Эта группа жалоб имеет важное значение, так как наличие признаков ишемии в различных анатомических

	х областя 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
B	Укажите показан ия и против опоказа ния к стентир ованию почечн ых арт ерий. 5

	ых артерий
	<p>Показания: гемодинамические значимое сужение (стеноз) почечной артерии в сочетании со злокачественно й, прогрес сирую щей, резисте нтной к консервативно й терапии артериальны й гипертензи и, либо в случае непереносимости базисных антигипертензи вных препара тов; гемодинамически значимое сужени</p> <p>Э</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
--	--

и левого желудо чка или внезапн ым (необъя снимы м другим и причин ами) отеком легких, а также с резисте нтной к стандар тной терапии нестаби льной стенока рдией. гемоди намиче ски значим ый стеноз в сочетан ии с внезапн о наступи вшой тяжело й артериа льной гипертензии или увеличе ние степени тяжест и артериа льной

	гипертензии. Противопоказания: тяжелые анафилактические реакции на рентгеноконтрастные препараты. некорrigируемые 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	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	- Женщина, 27 лет, предъявляет жалобы на частое

	повышение АД до 160/100, сопровождаемое головной болью. Из анамнеза: Считает себя больно в течение 9 лет, когда впервые отметила повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. Не обследовалась, не лечилась. 5 лет назад с явлениями гипертонического криза была госпитализирована, при обследо
--	--

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 териогра фии, 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

	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
--	--

	уд/ мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, без боле заненны 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
--	---

	конечн остей определ яется в полном объеме. На аорте и сонных артерий без шумово й симпто матики. В проекц ии правой почечн ой артерии - истоли ческий шум. В анализа х: Hb- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Le-8,2 х 109/л, Trp-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, СКФ — 81,1 мл/ мин/1,7 3м2 ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС — 74 в мин.
B	Сформ улируй те диагноз
Э	Фибромускуларная гиперплазия правой почечной артерии. Гипоплазия правой почки. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. ХПН I ст.

	P2	-	Диагноз поставлен верно.
	P1	-	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
	P0	-	Диагноз поставленен неверно.
	B	2	Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
	Э	-	При фиброму скуллярной дисплазии патологический процесс в почечной артерии чаще локализ

уется в средней, реже — в дисталь ной ее трети, нередко распрос траняяс ь на зону деления сосуда и его ветви. Форма стеноза может быть различн ой: чаще всего это мульти фокаль ное пораже ние, когда множес твенные локальн ые сужени я череду ются с микро аневриз матиче скими расшире ниями артерии ("нитка бус"), реже встречаются

	тубулярные (концентрическое сужение артерии в предела х 1—2 сегментов) и монофокальны е (по типу "песочных часов") стенозы почечных артерий . Коллатерально е кровообращение почки обычно хорошо развито . У больных с фиброму скуллярной дисплазией наиболее часто встречаются аневризмы почечных артерий
--	--

	, 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

заболевания
<p>При этой врожденной патологии основной патологический процесс занимает среднюю оболочку артерии и предста влен пролиферацией гладко мышечных волоко н и фиброзных элементов с истончением и разрывом волоко н эластич еского каркаса . Дефицит эластич еской ткани является я</p>

пусковым моментом в развитии заболевания. В последующем наступает компенсаторная гипертрофия мышечной и пролиферация фиброзной ткани, что сопровождается дисплазическими процессами с поражением одного из слоев артериальной стенки, хотя чаще всего изменения интимы и адвентиции носят вторич

	ный характе р. В отличи е от атероск лероза пораже ние обычно локализ уется в средней , реже в дисталь ной трети почечн ой артерии , нередко с вовлече нием зоны ее деления и ветвей. Наибол ее часто формир уется стеноз, реже — аневриз ма почечн ой артерии .
P2	- Патоге нез привед ен правил ьно
P1	- Патоге нез привед ен не

		полнос тью
P0	-	Патоге нез не предста влен
B	4	Выбери те оптима льный ме тод опера тивного ле чения дан ного пациен та и опишите его основн ые принци пы
Э	-	При возм ожности вы полнения операц ии выбора при фиброму склер ной гиперпл азии с изолир ованным циркул ярным пораже нием почечн ой артерии яв ляется я балонн ая

ангиопластика.
Диаметр рабочей части дилатационного катетера подбирается в зависимости от диаметра непораженной 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 для полного расширения стенки сосуда.

	ратное выполнение с постепенно нарастающей амплитудой и величиной дилатирующего усилия.
P2	Показания и основные принципы операции указаны верно
P1	Показания и основные принципы операции указаны не полностью
P0	Показания и основные принципы операции не указаны
B	Основные осложн

		ения в раннем послео пераци онном periод 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
H	-	031
И		ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА

ВОПРОСЫ
Пациент К., 57 лет жалуется на умеренную одышку при легкой физической нагрузке, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. Анамnez з заболеваний: ревматизма в анамнезе.

е нет.
Считает себя больным с 1975 года, когда в процессе планов ого мед. осмотра в военкомате был диагностирован врожденный порок сердца — открытый артериальный проток. 25.12.1975г. на базе ГКБ №5 была выполнена перевязка протока. В последующем больной нигде не наблюдался. Ухудшение состоян

	ия, в виде появления одышки, дискомфорта в области сердца с 2016г., по поводу чего находился на лечении ЦРБ г. Заволжья. В процессе дообследования, по данным ЭхоКГ был диагностирован порок аортального клапана . Объективный статус: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и
--	---

видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гипертенник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый sistолический шум с эпизентром над аортой с иррадией

	ацией на сосуды шеи. АД 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, без болезненны й. Печень не увеличе на. Перифе рических отеков нет. Физиол огические отправл ения в норме. Данные обследо вания: ЭКГ от 11.04.1 7г.: ритм синусов ый с ЧСС 104 уд/мин, гипертрофия левого предсер дия, левого желудо чка, наруше ние процесс ов
--	---

	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
--	--

	восходя- щего отдела аорты, аорта до 62 мм, на уровне сино- тубуляр- ного гребня – 46 мм. Митраль- ный клапан: плохая визуали- зация, пролаб- ирован- ие задней створки ,, регурги- тация II степени . Трикус- пидаль- ный клапан: регурги- тация I степени . СКГ от 12.04.1 7: тип кровото- ка – правый. Левая корона- рная артерия без гемоди- намиче- ски значим
--	--

	ых сужени й. Правая корона рная артерия — без гемоди намиче ски значим ых сужени й.
B	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

	аточнос ть трикусп идалън ого клапана I ст. НК ПА (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 идалън ого клапан ов, неверно оценена стадия наруше ния кровоо бращен ия.
P0	- Диагно з поставл

		ен неверно .
		Какой метод дополн ительно го исследо вания предпо чтителе н для больног о
B	2	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

		матиче ского 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 Вальса львы (A), восходящей части (B), дуги (C), нисходящей части (O), грудной и брюшной частей

	(E), комбини рован ные аневриз мы; б) брюшн ого отдела: супрабе нальны е — аневриз мы верхнег о отдела брюшн ой аорты с вовлече нием отходя щих от нее ветвей (I тип), инфрабре нальны е — без вовлече ния бифурк ации аорты (II тип), инфрабре нальны е — с пораже нием бифурк ации аорты и подвздо шных артерий (III типа), тотальн ые
--	---

	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.
--	---

Мешотчатые аневризмы брюшного отдела аорты подразделяются на боковые, распределяющиеся на подвздошные артерии (мешотчатые аортоподвздошные аневризмы) и аневризмы, спускающиеся в малый таз (аневризмы типа лягушек); б) веретенообразные — образуются вследствие равномерного расширения стенки аорты

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

	типов ные, неосло женны е, осложн енные (разрыв ом, расслое нием, тромбо зом, обязвек ствление м)
P2	Дана полная класси фикаци я аневриз м аорты.
P1	Класси фикаци я дана неполн остью
P0	Не назван ы основн ые пункты класси фикаци и
B	Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения аневризмы аорты

Э

разрывы
(проры в в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы — обильное, угрожающее жизни кровотечение и образование сгустков в (гематом); тромбы аневризматического мешочка — образование в нем одного или нескольких (иногда слившись в один)

	сгустко в из-за накапл ивающе йся крови; тромбо эмболии 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 (гноеб разован ие).
P2	- Осложн ения указанны верно
P1	- Не указаны 1-2 типа осложн ений
P0	- Осложн ения не

		указан ы
B	5	Хирург ическая тактика у данного пациен та
Э	-	Показа но операти вное лечение : операц ия Бенталл а Де Боно, пластика митрал ьного и трикусп идальн ого клапан ов
P2	-	Тактик а лечения выбран а верно.
P1	-	Предло жены менее радикал ьные коррек ции: раздель ное протези рование аорталь ного клапана и восходя

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

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

	ние. Выполнено ЭХО- КГ: выявле- но расшире- ние 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 гребня – 38 мм, регурги- тация на аорталь- ном клапане II ст, расшире- ние кольца АК за- счет некоро- нарного синуса. Объект ивно: кожные покровы
--	---

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

B	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	Расслаи вающая аневриз ма восходя щей аорты, II типа по Де Бейки, острое течение . НК IIА (NYHA II)
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: не указана стадия процесс а, тип расслое ние по Де Бейки, неверно оценена стадия наруше ния кровоо

		бращен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какой метод дополн ительно го исследо вания предпо чтителе 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

	расслое ния, топики ложног о и истинн ого просвет ов, для выявле ния анатом ии корона рных артерий , протяж енности аневриз матиче ского процесс а, взаимо отноше ния различн ых структур средост ения
P2	- Метод определен верно и обоснован
P1	- Метод определен, но неполн остью обоснован
P0	- Метод не назван

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

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,

		затрагивающим 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

разрывы
(проры в в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы — обильное, угрожающее жизни кровотечение и образование сгустков в (гематом); тромбы аневризматического мешочка — образование в нем одного или нескольких (иногда слившись в один)

	сгустко в из-за накапл ивающе йся крови; тромбо эмболии 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 (гноеб разован ие).
P2	- Осложн ения указани я верно
P1	- Не указани я 1-2 типа осложн ений
P0	- Осложн ения не

		указан ы
B	5	Хирург ическая тактика у данного пациен та
Э	-	Показа но операти вное лечение : операц ия супрако ронарн ое протези рование восходя щей аорты с протези рование м некоро нарного синуса — операц ия Вольфа .
P2	-	Тактик а лечения выбран а верно.
P1	-	Предло жена операц ия Бенталл а Де Боно, раздель ного

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

	отечность ног. Болеет длительное время, когда после вторых родов стала отмечаться указанные симптомы. По данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей отмечается несостоятельность остиального клапана с обеих сторон, ретроградный кровоток по стволу большо́й подкожной вены, варикозно расширенные притоки,
--	--

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

			Варико зная болезнь нижних конечн остей, стадия декомп енсаци и. ХВН II ст.
	P2	-	Диагно з поставл ен верно.
	P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью: не отраже на степень венозно й недоста точност и
	P0	-	Диагно з поставл ен неверно
	B	2	Класси фикаци я ХВН
	Э	-	ХВН 0 — асимпт омное течение ХВН 1 — синдро м «тяжел ых»

	ног, переход 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	3 Назови те принци пы хирург ическо й коррек ции варикоз ной болезни

	- Ликвидирован ие вертикального рефлюкса (перевязка сафено- фемора льного/ сафено- поплит еальног о соустья (), ликвидирован ие горизонтальног о рефлюкса (перевязка основн ых перфор антов)
P2	- Основн ые принци пы указан ы полнос тью
P1	- Принци пы указан ы не полнос тью
P0	- Основн ые принци пы не

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

В	5	Назовите основные осложнения после операций при варикозной болезни
Э	-	Кровотечение, нагноение, тромбоз глубоких вен, повреждение нервных стволов (кожные ветви, общий малоберцовый и больше берцовые 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
I	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
Y	Мужчи на, 69 лет, поступ ил в отделен ие сосудис той хирург ии с жалоба ми на наличи е

болезне
нного
плотног
о
образов
ания в
правой
пахово
й
области
,
переме
жающа
я
хромот
у
правой
нижней
конечн
ости
при
ходьбе
более
чем на
100
метров.
Два
года
назад
провод
илась
аортогр
афия по
Сельди
нгеру.
После
выписк
и
отмечае
т
медлен
ный
рост
образов
ания в
области
послео
пераци
онной
раны.
За
медици

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,
Er —
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,

	АЛТ — 2-2 У/л, ПТИ — 73%; АЧТВ — 32,5 с. При осмотр е: правая нижняя конечн ость бледная , при пальпа ции прохла дная, вены опусто шены. В пахово й области по передне й поверх ности бедра, в проекц ии бедрен ной артерии определен яется плотно е, болезн ное, слабо пульси рующее образов ание диамет ром 5 см,
--	--

возвышающееся над кожей на 7 см. Кожа над образованием имеет цианотичный оттенок . При аускультации выслушивается дующий sistолический шум. Тактильная чувствительность и активные движения в конечности сохранены. Пульсация на подколенной артерии справа отсутствует, слева определяется до уровня стопы. Выполнена

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

	P2	- Диагноз поставлен верно.
	P1	- Диагноз поставлен неполностью: не указан тип аневризмы или степень хронической артериальной недостаточности.
	P0	- Диагноз поставлен неверно.
	B	Назовите инструментальные методы, которые позволяют верифицировать диагноз ложной аневризмы бедренной
		2

	артерии . Для диагно- стики ложной аневриз- мы бедрен- ной артерии в настое- щее время исполь- зуют сочетан- ие методо- в ультраз- вуковог- о и ангиогра- фичес- кого исследо- вания, посколь- ку каждый из них имеет свои недоста- тки в диагнос- тике данного заболев- ания. Так, ультраз- вуковое дуплекс- ное сканир- ование не позволя- ет
Э	

визуализироватъ 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

		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	Привед ите класси фикаци ю ложных

	аневризм бедренной и подколенной артерии.
	Выделяют два типа аневризм бедренной артерии. При типе I аневризматическое расширение находится дистальнее бифуркации общей бедренной артерии, при типе II в процесс вовлечена глубокая артерия бедра. Аневризмы подколенной артерии в зависимости

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

		я меньши ми размера ми по сравнен ию с типами, указаны ми выше.
P2	-	Классификация приведена правиль но
P1	-	Классификация приведена не полнос тью: не указан один пункт классификаци и.
P0	-	Не указаны два и более пункто в классификаци и
B	4	Назовите основн ые виды операц ий при данной патолог ии

Э

Существует пять основных принципов хирургического лечения аневризм бедрено-подколенной локализации: полное иссечение с последующим замещением сосудистого дефекта протезированием. Данный метод применен к аневризмам малого диаметра; перевязка приносившего и исходящего из аневризмы сегментов артерии

с последу-
ющим обходн-
ым шунтиро-
вание м;
частичн-
ая резекци-
я аневриз-
матиче-
ского мешка с
внутри мешков-
ым протези-
рование м;
операц-
ия Матаса

— облитер-
ация просвета
аневриз-
матиче-
ского мешка без
восстан-
овлени я
магистр-
ального кровото-
ка по этому
сегменту.
Данный метод в
настор-
ящее время
широко
го

применения не имеет; и его использование целесообразно только при поражении не магистральных артерий, а ветвей подколенной или бедренной артерии; поясничная симпатэктомия, выполняя для улучшения коллатерального кровообращения. Применяется только при состоявшемся тромбозе аневризматического мешка.

В последнее время стали широко использовать методы эндоваскулярного лечения аневризм подколенной артерии, заключающиеся в постановке стента внутри аневризматического мешка. Одним из вариантов подобного вмешательства является тромбирование аневризмы с последующим стентированием и проведением региона

		рного тромболизиса.
P2	-	Основные виды операций указаны верно
P1	-	Не указан один из видов оперативного вмешательства
P0	-	Не указаны два и более видов оперативного вмешательства
B	5	Основные осложнения ложной аневризмы периферических артерий
Э	-	Разрыв периферической аневризмы, как правило, характеризуется маниф

	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 ишемии и конечн ости. Развити е флегмо н, абсцесс ов и сепсиса .
P2	- Перечи слены

	основные осложнения
P1	- Не указано одно из осложнения.
P0	- Не указано два и более осложнения
H	- 035
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина, 66 лет, предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, возника

	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
--	---

	перенесенного ИМ. АД адаптирован к уровню АД135-140/80 мм рт ст. Ухудшение состояния в виде появления одышки, учащенное сердцебиение, загрудинных болей, диском форта в области сердца при физической нагрузке с августа 2012г. В январе 2015 пароксизм фибрillation предсердий, ритм восстановлен ЭДС. В сентябре 2016г обследован
--	---

	ван в стационаре, включа я СКГ. При осмотре: состоян ие в покое 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. Гиперс теник. Питани е повыше нное. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет, ЧД
--	--

	<p>– 14 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичны с ЧСС 72 в минуту. Аускультативно шумов в области сердца нет. АД 140/80 мм рт.ст. (на фоне терапии). Живот мягкий, безболезненный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах . Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом</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: Hb 140г/л; эритр. 5,22x10 12/л; СОЭ 20мм/ч; лейк. 8,0x109 /л. Тр- 280 х 109 /л, СОЭ- 10 мм/ч. Cholest B -165 мг/дл; AlAT- 15,7 Ед/л; AsAT- 24.1 Ед/л; билиру бин общий - 0,8 мг/дл; мочеви на-29.
--	---

	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
--	--

	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 рафичес кие признак и двухсос удистого атероск леротич еского пораже ния). Сбалан сирован ный тип корона рного кровото ка.
--	--

B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: ПИКС. Стенокардия напряжения 2 КФК. НК ПА II ФК Переходящая фибрillation предсердий. Артериальная гипертония III, ст. III, риск 4.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущен а или неверно оценены функциональны

		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 брехио 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

		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 планирова я операц ия.
	P0	Ответ - отсутст вует.
	B	Техник а операти вного вмешат ельства
	Э	Основн ые этапы: Под местно й анестез ией пункти руется лучевая или бедрен

ная артерия . Ретроградно катетеризируется восходящая аорта. Выполняется селективная коронарография по Джадкинсу. Коронарный проводник проводится через область сужения ПКА и ЗБВ. Проводится баллонные катетеры. Выполняется баллонная дилатация участка сужения ЗБВ под давлением 14-18 атм. Затем через

	доставо чную систему имплан тируетс я корона рный стент необхо димого диамет ра и длины. Затем также выполн яется баллон ная дилатац ия участка сужени я и стентир ование ПКА. Выполн яется контро льная ангиогр афия и оценив ается адекват ность коррек ции стенозо в корона рной артерии .
P2	- Основн ые этапы указан ы верно

		Неверн о указано методы катетер изации артерий ,, последо вательн ость стентир ования ПКА и ЗБВ.
	P0	Ответ неверн ый: указан другой доступ, вид анестез ии.
	B	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 АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
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 工作中 сердца. В анамнез е длитель ное время страдае т артериа льной гипертен зией. За полгода до обраще ния начали беспоко ить нечаст ые перебо и в
--	--

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

	Кожные покровы чистые, физиологической окраски . Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах , хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько
--	--

	приглу шены, шумов нет. ЧСС - 34 в минуту, ритм неправ ильный , АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболе заненны й во всех отделах , печень у края реберно й дуги. На ЭКГ: Полное разобщ ение передсер дного и желудо чного ритма. Интерв алы P-P и R-R постоян ны, но R-R больше чем P- P. ЧСЖ – 38 в мин. Отклон ение ЭОС влево.

			Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
	B	1	Антио вентир икуляр ная блокада 3 степени ,, неизвес тной давност и с присту пами Морган ьи- Адамса -Стокса (МАС). НК ПА.
	Э	-	Диагно з поставл ен верно.
P2		-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена давност ь заболев ания, не учтены присту пы МАС, наличи е недоста
P1		-	

		точност и кровоо брашен 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

		диагноз тики и/или не верно определ ены показан ия к оперативному лечени ю.
P0	-	Метод обосно ван или диагноз обосно ван полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Имплантация искусственного водителя ритма.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложена консервативная терапия
P0	-	Ответ отсутствует.

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

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

	(период Самойлова – Венкебаха). Тип II Мобитц – критическая задержка импульса развивается внезапно, без предшествующего удлинения периода задержки. При этом отмечается отсутствие проведения каждого второго (2:1) или третьего (3:1) импульса. III степень – (полная атриовентрикулярная 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-блокад и их ЭКГ признаки
P1	Степени АВ-

		блокад и их ЭКГ-признаки перечислены неполностью.
P0	-	Ответ неверный: предложены неверная классификация
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Дислокация эндокардиальных электродов, повышение порога стимуляции, гематома в ложе ЭКС, пневмоторакс, перфорация миокарда

		правого желудочка.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	037
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Пациент М., 39 лет, с жалобами на одышку и дискомфорт жгущего и сжимающего

	характе ра, возника ющие при физиче ской нагрузк е (быстра я ходьба, ходьба более 200 м, подъем на 2 этажа, поднят ии тяжесте й), купиру ющиеся покоем и приемо м нитрато в. Анамне з заболев ания: Без предвар ительно го корона рного анамнез а, впервы е перенес острый передн ий Q- инфарк т миокар да 3
--	---

месяца назад. По этому поводу проходил лечение и реабилитацию в ПСО. По данным СКГ – правый тип коронарного кровотока, окклюзия передней межжелудочковой ветви ЛКА. В постинфарктном периоде стал отмечаться снижение толерантности к физическим нагрузкам, прогрессирование одышки и появление

	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 занная при пальпа ции.
--	--

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

	64%), лимфоциты- 28%, эозинофилы- 2%, моноциты-5%, СОЭ-12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 104 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,8 мг/дл, общий холестерин - 300 мг/дл, триглицериды - 423 мг/дл. На серии ЭКГ с интервалом в один месяц и в момент обращения: неполная блокада правой
--	--

ножки пучка Гиса (увеличение 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 Т во всех этих отведен иях, гипертрофия миокар да левого желудо чка. На Эхо КГ: увеличе ны конечн о-sistоли

	ческий и конечн о-диастол ически й объемы левого желудо чка – 173 и 220 мл, снижен а фракци я выброс а до 38%, мешковидное выпячи вание левого желудо чка с пристеночным образованием и рыхлой консистенцией размера ви 23x38 мм.
B	Предположите наибольшее вероятный диагноз.
Э	- ИБС, постинфарктный

	кардиосклероз, тромбированная постинфарктная аневризма левого желудочка, стабильная стенокардия напряжения III КФК. НК ПА. 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 недостатка

		точност и кровоо брашен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какой вид хирург ического лечения предпо чтителе 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 шунтиро вание ПМЖВ.
P2	- Тактик а указана верно.
P1	- Указан неполн ый объем возмож ного лечения .
P0	- Ответ отсутствует.
B	3 К каким последс твиям может привест и отсутст вие своеевре менного хирург ическог о лечения .

	-	К наиболее значимым осложнениям относятся тромбоэмболические осложнения фрагментированными тромботическими массами из полости и аневризмы, возможный разрыв аневризмы и тампонада полости и перикарда.
P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые

		осложн ения.
P0	-	Ответ неверн ый.
B	4	Выбор какого кондук та для выполн ения реваску ляризац ии предпо чтитель нее.
Э	-	Наибол ее лучшие отдален ные результаты корона рного шунтиро вания достига ются при использовании хотя бы одного артериаль ного кондук 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 кондукта обоснован.
P1	- Не приведено убедительных данных в пользу использования артерии

	льных кондуктов.
P0	- Ответ неверный.
B	5 Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
E	- К наиболее значимым осложнениям относятся perioperative 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	-	038
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	у	-	Пациентка О., 70 лет, обратилась к участковому терапевту поликлиники с жалобами на

	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 бисопрополол (10 мг/сут), ТромбАСС (100 мг/сут), Розувастатин (10 мг/сут), Престариум (5 мг/сут). При возникновении приступа стенока
--	--

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
чата
присту
п
повтор
ился и
поэтом
у
поводу
обратил
ась за
медици
нской
помощь
ю.
В
анамнез
е - в
течение
20 лет
артериа
льная
гипертония,
кризово
го
течения
. Семейн
ый

	анамнез не отягощ ен. При осмотре состоян ие средней тяжест и. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледны е, влажны е, пациентка тревож на. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхани е везику-лярное, провод ится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца
--	---

приглу-
шены,
ритмич-
ные,
акцент
второго
тона
над
проекцией
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-

	иты - 3,5 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
--	---

	ия сегмент а ST в отведен иях I, II,aVL, V2-V5 до 4 мм. Гипертрофия левого желудо жка.
B	1 Предположите наибольшее вероятный диагноз .
Э	- ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Артериальная гипертония III ст, 3 ст., риск 4. Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А
P2	- Диагноз поставлен верно.

	P1	Диагноз не уточнен: состояние пациента расценено как инфаркт миокарда.
	P0	Диагноз поставлен неверно.
	B	Приведите дополнительные методы обследования.
	Э	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда — сердечные тропонины, креатининфосфоркиназа МВ. Контроль гликем

	ии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	- Методы обоснованы полностью
P1	- Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиальные о значимые параметры дополнительных методов

		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 аспирин а (300 мг сублинг вально) . Болево й синдро м следует купиро вать

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

	инфузи ю жидкос ти для поддер жания давлен ия заклини вания на уровне 18-20 мм рт. ст. и назначи ть иностро 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 атропином.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Указан неполный объем возможного лечения.
P0	- Ответ отсутствует.
B	Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента. 4
Э	- Тромболитическая

	терапия , селективная коронарография с тромба спирацией и стентирование 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 эффективност 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	039
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ

у

Пациен тка В.,
67 лет, госпита лизиров ана по скорой помош и в связи с затяжн ым присту пом загруди нной боли. В течение послед них пя-ти лет страдает стенока рдией напряж ения, соответ ствующ ей II ФК (по класси фикаци и CCS). Постоя нно приним ает атеноло л (50 мг/сут), аспири н (100 мг/сут), при возник новени и присту па стенока рдии

использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применяла четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаляции нитроспрея оказались

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

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

	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
--	--

	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, амплиф идные критери и гипертр офии левого желудо чка.

			Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
	B	1	ИБС. Острый корона рный синдро м без элеваци и сегмент а ST. Артери альная гипертон ия III ст, 3 ст., риск 4. Алимен тарное ожирен ие. Дислип идемия. НК 2А
	Э	-	Диагно з поставл ен верно.
P2		-	Диагно з не уточне н: состоян ие пациен та расцени но как инфарк т миокар да.
P1		-	

	P0	-	Диагноз поставлен неверно.
	B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
	Э	-	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда — креатининфосфокиназа, сердечные тропонины. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии.

	ии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	Методы обоснованы полностью
P1	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.

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

нитрато в и бета-адreno блокаторов ограничено артериаль ной гипотен зией. При прогрессирующе й гипотен зии (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 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 инфарк том миокар да, связана с увеличе нием параси мпатич еского тонуса и хорошо поддает ся медика ментоз
--	--

	ной стимул яции атропи ном.
P2	Тактик а указана верно.
P1	Указан неполн ый объем возмож ного лечения .
P0	Ответ - отсутст вует.
B	Какие вариант ы лечения возмож ны помимо консерв ативно й тактики ведения данного пациен та. 4
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 перечислены все возможные варианты лечения .
P0	-	Ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные препараты и их дозировку при применении тромболитической терапии , а также критерии ее эффективности .
Э	-	Стрептокиназа 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 тромболизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	- Перечислены основные

	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	- 040
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Пациен т П., 56 лет, госпита лизиров ан по скорой помощ и в связи с затяжн ым

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
ождавш
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

бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность временем 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

лет
страдае
т
артериа
льной
гиперт
онией 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

е 50 лет перенес инфаркт миокарда. При осмотре состояние тяжелое. Температура тела $36,2^{\circ}\text{C}$, 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 дыхание везикулярное,

проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий sistолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, дос-тупный пальпа-ции во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслуш

	ивается . Дизурических 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 биохимическом анализе крови: глюкоза - 130 мг/дл, креатинин - 1,2 мг/дл, общий билиру
--	--

	бин - 0,9 мг/дл. На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведеннях II, III, aVF на 1,5 мм, Q-зубец в этих же отведеннях, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.
B	Предположите наиболее вероятный 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, трансм урально сть повреж дения.
P0	- Диагно з поставл ен неверно
B	2 Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.

	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда – креатининфосфокиназа, сердечные тропонины. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	Методы обоснованы

	полнос тью
P1	Методы обосно ваны не полнос тью: Не отмече ны все принци пиальны о значимые параметры дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.
P0	Методы обосно ваны неверно .
B	Какова тактика лечения .
Э	Строги й постель ный режим,

	назначение ингаляции кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой синдром следует купировать введением наркотических аналгетиков (морфина сульфат). Применение нитратов и бета-адреноблокаторов ограничено артериальной гипотензией. При прогрессирующем
--	--

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

	рдии, то, как правил о, синусов ая брадика рдия, разви вшаяся в первые 6 часов у пациентов с нижни м ин фаркто м миокар да, связана с увеличе нием параси мпатич еского тонуса и хорошо подает ся медика ментоз ной стимул яции атропи ном.
P2	Тактик а указана верно.
P1	Указан неполн ый объем возмож ного лечения .

P0	-	Ответ отсутствует.
B	4	Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента.
Э	-	Тромболитическая терапия, селективная коронография с тромбаспирацией и стентирование инфаркт-зависимой артерии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечислены все возможные варианты

		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 аспира 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	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	-	Пациен т О., 53 лет, с жалоба ми на боли, диском форкт давяще го и сжима ющего характе ра, возника ющие при обычно й физиче ской нагрузк е (ходьба более 150-300 м, подъем

	на 1,5-2 этажа, подъем в гору), а так же при эмоциональных нагрузках, купирующиеся приемом нитратов. На протяжении 5 лет отмечается повышение АД до 180/90 мм рт.ст. стал отмечаться давящие и сжимающие загрудничные боли при нагрузках, эмоциональном стрессе. Перенес задний инфаркт миокарда 2
--	--

	года назад. Ухудшение состояния в течение последнего года в виде прогрессированного вышеуказанных жалоб. За месяц до обращения госпитализирован с ОКС в первичный сосудистый центр, где выполнена СКГ – субтотальный стеноз передней межжелудочковой ветви в проксимальной трети ЛКА, стеноз 75% просвета
--	---

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
. 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

	применения препараторов 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. Периферические лимфоузлы не увеличе
--	--

ны, безболе зненны. Перифе рических 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

	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 зеннны й во всех отделах
--	---

	. Перито неальн ых знаков нет. Печень по краю реберно й дуги, размер ы по Курлов у 10-8- 7. Селезен ка не пальпи руется. Почки не пальпи руются. Симpto м Пастер нацкого отрицат ельный с обеих сторон. Физиол огическ ие отправл ения не наруше ны. В общем анализе крови: гемогло бин - 134 г/л, эритроц иты -6,2 млн, гематок рит - 42%, лейкоц
--	---

	иты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоц иты- 28%, эозино филы- 2%, моноци ты-5%, СОЭ-10 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 104 мг/дл, креатин ин - 1,2мг/д л, общий билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 300 мг/дл, тригли цириды - 423 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 72 в минуту, отклоне ние
--	--

	ЭОС влево, рубцов ые измене ния миокар да в области задней стенки, гипертр офия миокар да левого желудо чка. На Эхо- КГ: имеютс я признак и наруше ния сегмент арной сократи мости миокар да - гипоки нез передне й стенки левого желудо чка, ФВ 47%.
B	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .

		ИБС, стабиль ная стенока рдия напряж ения III КФК. Постин фарктн ый кардиос клероз. НК 2А. - Артери альная гиперто ния III ст, 2 ст., риск 4. Сахарн ый диабет 2 типа, инсули нпотре бный. Дислип идемия.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно оценена степень arteria льной гиперте нзии, не учтено наличи е

		недоста точност и кровоо брашен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какой вид хирург ическог о лечения предпо чтитеle н для пациен та.
Э	-	Учитыв ая значим ое трехсос удистое пораже ние корона рного русл - субтота льный стеноз передне й межжел удочко вой ветви в прокси мально й трети ЛКА, стеноз 75% просвет

	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 ,
P2	Тактик а указана верно.
P1	Указан неполн ый объем

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

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

		артериальны х кондукто ров.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Перечислите основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная стенокардия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохранном

	дистальном русле, многос осудистое поражение, безуспешные попытки эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	- Основные показания перечислены верно.
P1	- Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение ствола ЛКА.

P0	-	Ответ неверный.
B	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
E	-	К наиболее значимым осложнениям относятсяperiопериационный 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	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Пациен т П., 62 лет, Длител ьный гиперт оничес кий анамнез . Корона рный анамнез на протяж ении 10

лет, когда впервые стал отмечать давящие и сжимающие загрудничные боли при нагрузках, эмоциональном стрессе. По этому поводу обратился в ГКБ по м/ж, где впервые установлен диагноз ИБС, назначена терапия. Ухудшение состояния в течение нескольких месяцев в виде прогрессированья частоты и продол

	житель ности ангиал 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
--	--

	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
--	---

	видимые слизистые физиологической окраски, сухие, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Периферических отеков нет. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при
--	--

пальпа-
ции.
Перкут-
орный
звук
ясный
легочн-
ый над
всей
поверх-
ностью
легких.
Аускул-
тативн-
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

наполнения.
Пульсация на a.dors.p edis. удовлетворител ьная d=s. Живот обычно й формы, при пальпа ции мягкий, безболе зненный во всех отделах .
Перитонеальн ых знаков нет.
Печень по краю реберно й дуги, размеры по Курлову 10-8-7.
Селезенка не пальпи руется.
Почки не пальпи руются.
Симптом Пастера нацкого отрицательный

с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

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.

В биохимическом анализе крови: глюкоза - 104 мг/дл, креатинин - 1,2мг/дл, общий

	билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 300 мг/дл, тригли цириды - 423 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклоне ние ЭОС влево, гипертр офия миокар да левого желудо чка. На Эхо- КГ: гипоки нез передне й и акинез боково й стенки левого желудо чка, ФВ 45%.
B	Предпо ложите наибол ее вероятн 1

	ый диагноз .
Э	ИБС, стабиль ная стенока рдия напряж ения III КФК. Постин фарктн ый кардиос клероз. Артери альная гипертон ия 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 гипертен зии, не учтено наличи е недоста точност

		и кровоо брашен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Какова тактика хирург ическог о лечения
Э	-	Учитыв ая значим ое пораже ние корона рного руслы – окклюз ия огибаю щей и ПМЖВ ЛКА пациен ту показан о выполн ение аортоко ронарн ого шунтиро вания.
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

	коронарными артериями, эластичностью, меньше й вероятностю тромбоза, лучшим и показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.
P2	- Выбор кондукта обоснован.
P1	- Не приведено убедительных данных в пользу использ

		ования артериальных кондуктов.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Перечислите основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная стенокардия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохран

	ном дистальном русле, многос осудистое поражение, безуспешные попытки эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	- Основные показания перечислены верно.
P1	- Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение

		ствола ЛКА.
P0	-	Ответ неверн ый.
B	5	Назови те значим ые послео пераци онные осложн ения корона рного шунтиро вания.
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 ,

	P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
	P1	-	Перечислены не все значимые осложнения.
	P0	-	Ответ неверный.
	H	-	043
	I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	Y	-	Пациент Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением диском

форта и давящий болей в левой половине грудной клетки, чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (ходьба более 150 метров, подъем на 1 этаж). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки и приема нитроглицерина. Появление таких ощущений пациент

	отметил около трех месяцев назад. До настоящего времен и за медицинской помощью не обращался. Курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без
--	--

	предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы обычно окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены,
--	---

	отеков нет. ИМТ - 27,3 кг/м ² . ЧД - 20 в минуту, в легких дыхани е жестко е, про- водится во все отделы, единич ные сухие жужжа щие хрипры 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
--	--

ции во всех отделах, умерено болезненны в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет. В общем анализе крови: гемоглобин - 16,4 г/л, эритроциты - 5,3 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я - 1%, с/я - 64%), лимфоциты - 28%, эозинофилы -

		2%, моноци- ты-5%, СОЭ-12 мм/ч. В бионахи- ческо- м анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 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.
B	1	Предпо- ложите

	наиболее вероятный диагноз .
Э	ИБС, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Артериальная гипертония III ст, 2 ст., риск 4. - Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А. ХОБЛ. Язвенная болезнь 12-перстной кишки.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень

		артериальную гипертензии, не учтено наличие недостаточности и кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Необходимо выполнение суточного мониторирования ЭКГ, АД, проведение нагрузочных проб с одновременной регистрацией ЭКГ (тредми)

л тест), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ. При наличии признаков ишемии миокарда по данным проведенных исследований, а также зон нарушения локальной или глобальной сократимости миокарда целесообразно выполнение селективной коронарографии (СКГ) с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна.

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

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

ингибиторов АПФ, статинон. В. Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы. При наличии коронарного поражения целесообразно выполнить реваскуляризацию миокарда — стентирование коронарных сосудов.

		рных артерий, при тяжелом коронарном поражении шунтирование коронарных артерий.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	4	Перечислены основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная 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.

		Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение ствола ЛКА.
P1	-	
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Перечислите основные показания для стентирования коронарных артерий.
Э	-	Острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, стабильная

	стенока рдия напряж ения III-IV КФК, рестено зирован ие ранее стентир ованног о участка корона рной артерии ,, рециди в стенока рдии после корона рного шунтиро вания, невозм ожност ь выполн ения корона рного шунтиро вания.
P2	- Основн ые показан ия перечис лены верно.
P1	- Показа ния перечис лены неполн остью.

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

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

	ст., постоянно принимает валсартан 80 мг 1 раз в день. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции нормостеник, рост 169 см вес 77 кг. Пастозность голеней .Костно- суставной аппарат : без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная
--	---

	при пальпа ции. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, ЧСС 78 уд. в мин, АД 120/70 мм. рт. ст. Живот обычно й формы, при пальпа ции мягкий, безболе заненны й во всех отделах В общем анализе крови: гемогло бин - 128 г/л, эритроц иты -4,3 млн, гематок рит - 40%, лейкоц иты - 4,2 тыс. (п/я -1 %, с/я - 60%), лимфоц иты - 30%,
--	---

	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 ризаци и, гипертр офия левого желудо чка.
--	---

B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, состояние после аортокоронарного шунтирования 3-х артерий 15, рецидив стенокардия напряжения II КФК. НК II А-Б. Дислипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не принят о во внимание предыдущее оперативное

		лечение , не дана оценка клиник о- функци ональн ого класса стенока рдии, не учтено наличи е недоста точност и кровоо брашен 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

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

	бразно выполнение селективной коронарографии и шунтографии (СКГ-ШГ) с целью подтверждения или исключения структурных нарушений анастомозов с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Указан неполный объем диагностических исследований.
P0	- Ответ отсутствует.

		Определите предпочтительный вид хирургического лечения для данного пациента в случае, если по данным 3 селективной коронографии – шунтографии будут выявлено значимое поражение коронарных шунтов.
	Э	Наиболее оптимальным для данного пациента является эндоваскулярное вмешательство – стентирование.

	ование нативных коронарных артерий или коронарных шунтов. В случае невозможности проведения эндоваскулярного лечения (хронические окклюзии, значимое почечное поражение, нестабильная гемодинамика) показано повторное коронарное шунтирование.
P2	- Ответ дан в полном объеме.
P1	- Ответ дан не полностью, 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 вмешательства в экстренном порядке необходимо прием Клопидогреля в суммарной дозе 300 мг перед или после операции.
P2	- Медикаментозная подготовка указана верно.
P1	- Не указана насыщающая доза Клопидогреля или способы его назначения перед операцией.
P0	- Медикаментозная подготовка

		вка указана неверно .
	Б	Назовите причины высоко го операц ионног о риска повтор ных операц ий на сердце. 5
	Э	Высокий риск травмы сердца при кардиолизе, длительное искусственное кровообращение и ассоциированные с ним осложнения.
	P2	Наиболее значимые причины перечислены полностью.
	P1	Перечислены

	не все значим ые причин ы.
P0	- Ответ нене верн ый.
H	- 045
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
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 ,

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

	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
--	---

е - пять лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы обычно окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повыше

	нного питани я, ИМТ - 32,6 кг/м ² . 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
--	--

	ны. Перист альтика выслуш и- вается. Дизури ческих расстро йств нет. В общем анализе крови: гемогло бин - 134 г/л, эритроц иты - 4,2 млн, гематок рит - 42%, лейкоц иты - 6,2 тыс. (п/я - 2%, с/я -72%), лимфоц иты - 18%, эозино филы - 2%, моноци ты - 6%, СОЭ - 10 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 110 мг/дл, креатин ин - 1,0
--	--

		мг/дл, общий билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 274 мг/дл, тригли цириды - 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.
	B	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
	Э	ИБС, стабиль ная стенокар дия

	напряже ния II КФК. Артери альная гипертро ния III ст, 2 ст., риск 4. Алимен тарное ожирен ие. Дислип идемия. НК 2А
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно оценена степень артериальны гипертро нии, не учтено наличие недоста точности и кровообращен ия, алимен тарного ожирен ия.
P0	- Диагно з

		поставл ен неверно .
B	2	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	-	Необхо димо выполн ение суточно го монито рирова 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

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

		пиальны 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	-	Общие мероприятия заключаются в соблюдении гипохолестери новой диеты, снижен ии веса. Крайне важно контро лироват

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

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

		или двух коронарных сосудов со стенозом просвета более 50%.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Объем и степень поражения коронарных сосудов указаны неточно.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	5	Какая медикаментозная подготовка необходима перед выполнением стентирования коронарных артерий.
Э	-	За четверо суток до операции

	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

	ющая доза Клопид огреля или спосо бы его назначе ния перед операц ией.
P0	Медика ментоз ная подгото вка указана неверно .
H	- 046
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Пациен т З., 62 лет, с жалоба ми на одышку , боли, диском форт давяще го и сжима

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

	Без предварительно го корона рного год назад перенес передне боково й Q-ИМ. По этому поводу проход ил лечение в стационаре по м/ж. Ухудше ние состоян ия в виде прогрес сирован ия вышеуказанны х жалоб. По данным СКГ – правый тип корона рного кровото ка, субтота льный стеноз передней межжелудочко вой ветви
--	---

ЛКА в прокси мально м сегмент е, стеноз 75% ветви тупого края ОА в средне м сегмент е, окклюз ия правой корона рной артерии от устья. Объект ивный статус: Состоя ние удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Тип констит уции гиперст еник, рост 178 см вес 93 кг. Пастоз ность голеней . Костно- суставн ой аппарат : без

	видимо й патолог ии. Грудна я клетка цилинд рическо й формы, симмет рична, безболе знная при пальпа ции. Отмеча ется разлито й верхуш ечный толчок. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, на область ю верхуш ки сердца выслуш ивается истоли ческий шум, ЧСС 78 уд. в мин, АД 130/80 мм. рт. ст. Живот обычно й формы,
--	---

	при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.
	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.
	В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,1 мг/дл, общий

	билиру бин - 0,9 мг/дл, общий холесте рин - 298 мг/дл, тригли цириды - 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 36x42м м, левое предсер дие 49x55м м, диамет р кольца митрал ьного клапана 32мм,
--	--

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

	P2	- Диагноз поставлен верно.
	P1	- Диагноз поставлен не полностью: не установлен ПИКС или недостаточность митрального клапана, не дана оценка клинико-функционального класса стенокардии, не учтено наличие недостаточности и кровообращения и ее степень.
	P0	- Диагноз поставлен неверно.

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

		клапана механи ческим или биолог ически м протезо м.
P2	-	Тактик а указана верно.
P1	-	Указан неполн ый объем возмож ного лечения .
P0	-	Ответ отсутст вует.
B	3	Какими преиму щества ми обладае т пластич еская клапан ная коррек ция против протези ровани я.
Э	-	Непрод олжите льный прием антикоа гулянтн ой терапии и осложн ений

		связанных с ее применением, отсутствие биодеградации 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 тахиаритмий.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечислены последствия отказа от коррекции митрального клапана в интраперационном 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, , жизненугрожающие аритмии.
P2	- Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	- Перечислены не все значимые осложнения.
P0	- Ответ неверный.
H	- 047

	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
И У	Пациен т Г., 70 лет, предъяв ляет жалобы на головок ружени е, эпизод ы потери сознани я, отеки нижних конечн остей, выраже нную слабост ь, головн ые боли. Из анамнез а: Более 20 лет страдае т артериа льной гипертен зией, с максим

	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 эпизодо 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
--	---

е, ухудшения общего состояния, появился кратковременные синкопальные состояния. При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести. В сознании, контактен. Кожные покровы бледные. ЧД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отелях, хрипов нет. ЧСС – 38 ударов в

минуту,
Аускультативно: тоны сердца приглушенны, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 140/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. По данным ЭКГ: синусовая брадикардия 38-42 уд\мин. Диффузные изменения

		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.
	B	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	Э	Синдром слабости и синусового узла: синусовая брадикардия, приступы Морганьи-Адамса-Стокса (МАС).

	НК IIА. 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 MAC, наличи е недоста точност и кровоо бращен ия.
P0	- Диагно з поставл ен неверно.
B	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания. 2

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

		-	Имплантация искусственного водителя ритма.
P2		-	Тактика указана верно.
P1		-	Предложено консервативное лечение.
P0		-	Ответ отсутствует.
B	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: предложен другие этиологические факторы
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Дислокация эндокардиальных электродов, повышение порога стимуляции, гематома в ложе ЭКС, пневмоторакс, перфорация правого желудка

		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	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Пациен тка М., 52 года, предъяв ляет жалобы на возника ющие

	без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения до 140 в минуту, которые сопровождаются чувством нехватки и воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длиится от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчиваются спонтанно
--	--

(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, сопровождаясь

ождается выражение общей слабостью, головной болью, головокружением. В связи с ухудшением состояния и невозможностью самостоятельно купировать приступ обратился к кардиологу поликлинике. При осмотре состояние средней степени тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые,

	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
--	--

	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 проводе нием ритма на
--	---

		желудо чки 3:1, компле ксы QRS не измене ны.
B	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз
Э	-	Персис тирую щая форма трепета ния предсер дий, таксис толичеч кий вариант Артери альная гипертония II ст., 2 ст., риск 2. НК II A.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен не полнос тью: не оценена или неверно

		оценена форма трепета ния предсер дий, степень артериа льной гипертонии, не учтено наличи е недоста точности и кровообращен 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, чрезпи щеводн ое эхокардиограф ическое исследо вание, ЧПЭхо КГ

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

в полости левого предсердия показана ранняя кардиоверсия, при наличии и тромба — антикоагулянтная терапия в течение 3 недель, с последующим повтором ЧПЭхоКГ). После восстановления синусового ритма назначение антиаритмической терапии и контрольное ЭКГ мониторирование.

	P2	-	Тактико важна верно.
	P1	-	Предло жена операц ия.
	P0	-	Ответ отсутст вует.
4	B		Какие вариант ы хирург ического лечения возмож ны в случае неэффек тивнос ти провод имой антиари тмичес кой терапии и возник новени и частых присту пов ТП.
	Э	-	При рециди вах ТП, рефрак терных к медику ментоз ному лечени ю примен яют

	РЧА путей циркуляции в предсердии (КТИ) или деструкцию АВ-соединения с имплантацией ЭКС.
P2	Перечислены все варианты хирургического лечения.
P1	Возможные варианты хирургического лечения ТП перечислены неполностью. Не указаны последующие варианты РЧА при неэффективности изоляции

		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 AB – соедине ния с развити ем преход ящей или постоян ной попере чной блокад ы, жизнеу грожаю щие

		желудо чковые таксиари тмии.
P2	-	Перечи слены все осложн ения
P1	-	Осложн ения перечис лены не полнос тью
P0	-	Осложн ения указан ы неверно .
H	-	049
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИЕ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Женщи на 52 лет, долгое время страда ющая артериа льной гиперте нзией, с ожирен

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

иваются. Тонны сердца приглушенны, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 120 в минуту, Ps – 120 в минуту, АД - 140/80. Живот мягкий, безболезненны й при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. По данным ЭКГ в момент приступа: отсутствие во всех отведен иях зубца Р,

		беспорядочные низкочастотные волны f, различной формы, нерегулярный ритм желудочеков, комплекс QRS не изменен.
	B	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	Э	- Пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, пароксизма неизвестной давности.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

		Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P1		Диагноз поставлен неверно.
P0		
B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э		ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование.
P2		Метод обоснован полностью

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

		Медика ментоз ная кардио версия, с последу ющим назначе ием - антиари тмичес кой терапии и контро льным ЭКГ монито рирова нием.
	P2	Тактик а указана верно.
	P1	Предло жена операц ия.
	P0	Ответ отсутст вует.
	B	Какие вариант ы хирург ического лечения возмож ны в случае неэффе ктивнос ти провод имой антиари тмичес кой

	терапии и возникновения частых пароксизмов ФП.
	<p>Возможно выполнение эндоваскулярной радиочастотной абляции (РЧА). Первым этапом выполняется радиочастотная изоляция правых отделов сердца – зоны правого перешейка. В случае неэффективности первого этапа выполняется радиочастотная изоляция устьев легочных вен, т.е.</p> <p style="text-align: center;">Э</p>

	левых отделов сердца. В послеоперационном периоде назначается под 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

		неэффективости изоляции правых отделов.
P0	-	Ответ неверный: предложен другие виды хирургического вмешательства.
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Тампонада полости перикарда, повреждение АВ – соединения с развитием преходящей или постоянной поперечной

	блокады, жизнеугрожающие желудо-чковые тахиаритмии.
P2	- Перечислены все осложнения
P1	- Осложнения перечислены не полностью
P0	- Осложнения указаны неверно.
H	- 050
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	- Пациент У. 60 лет, госпитализирован СМП с

	жалобами на неритмичное сердцебиение, одышку, тошноту, слабость, которые возникли после интенсивной физической нагрузки (быстрый подъем на 4 этаж). В анамнезе больно́й периодически отмечал подобные внезапно возникающие кратковременные приступы неритмичного сердцебиения при
--	---

физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили самостоятельно.

Длительность текущего приступа около 10 суток. В связи с нарастающим вышеперечисленных жалоб, вызвал бригаду СМП.

Объективно: состояние средней степени тяжести.

Кожные покровы гиперемированные.

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

		ЭКГ: отсутствие во всех отведеньях зубца P, бесспорядочные низкоамплитудные волны f, различной формы, нерегулярный ритм желудочеков, комплекс QRS не изменен.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистоличекая форма. НК II А. Артериальная

		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 фиброл яции предсер дий, степень артериа льной гиперто нии, не учтено наличие недоста точности и кровоо бращен ия.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно.
B	2	Приведите дополнительные методы

		обследо вания.
Э	-	ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование, ЧПЭхоКГ
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод или диагноз обосно

		ван полнос тью неверно .
B	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 гулянти 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 контрольное ЭКГ монито рирова ние.
P2	-	Тактик а указана верно.
P1	-	Предло жена ранняя кардио версия без предвар ительно й ЧПЭхо КГ.
P0	-	Ответ отсутст вует.
B	4	Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности

	проводимой антиаритмической терапии и возникновения 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.

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

Необходимо выполнить ЧПЭхоКГ, 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 тромбо-

Э

		тических масс.
P2	-	Ответ дан в полном объеме.
P1	-	Нет развернутого ответа, раскрывающего значимость данного исследования.
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
К ангиогенным факторам роста относятся
1) основной фактор роста фибробластов (bFGF) 2) эндотелий-релаксирующий фактор 3) фактор некроза опухоли TNF- α 4) эндотелийзависимый фактор клеток интимы
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
. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них
а) отсутствует развитая коллатеральная сеть б) сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения* в) имеется особый тип иннервации г) затруднен лимфоотток д) имеется особое строение кожи
Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии
1) ЭКГ 2) рентгенограмма грудной клетки 3) интенсивность шума 4) выраженнаяность 2-го тона 5) наличие и степень увеличения печени
Фактором, предрасполагающим к формированию тромбов в аппаратах вспомогательного кровообращения (желудочковой поддержки) является
1) Прерывистое пережатие канюль с целью определения сердечного выброса 2) Высокие характеристики потока 3) Введение протамина для нейтрализации гепарина после отключения искусственного кровообращения 4) Длительность искусственного кровообращения 5) Недостаточная инфузия гепарина во время вспомогательного кровообращения
При ультразвуковой допплерографии на уровне стеноза регистрируется кровоток
1) магистрального типа 2) магистрально-измененного типа 3) коллатерального типа 4) не регистрируется
Лодыжечно-плечевой индекс давления это
1) соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии 2) соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к систолическому АД в плечевой артерии 3) соотношение систолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии 4) соотношение систолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к систолическому АД в плечевой артерии
В норме лодыжечно-плечевой индекс давления
1) 1,0-1,2 2) 0,1-0,2 3) 0,5-1,0

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

	<p>3) стентирование бедренной артерии и подвздошно-подколенное шунтирование с контралатеральной стороны 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> <ol style="list-style-type: none"> 1) армированный синтетический протез 2) аутовену 3) аутоартерию 4) неармированный синтетический протез
	<p>Под использованием аутовены <i>in situ</i> подразумевают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) без реверсии и перемещения большей части вены с разрушением ее клапанов вальвулотомом 2) помещение вены строго на место шунтируемой артерии 3) забор аутовены с сохранением клапанов и ее реверсию 4) использование вены только для шунтирования одноименной артерии
	<p>Забор большой подкожной вены производят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не взирая на продольные надрывы 2) из разрезов в верхней трети бедра и нижней трети голени с помощью венэкстрактора, обрывая притоки 3) из разреза в верхней трети бедра с помощью вальвулотома 4) через отдельные небольшие разрезы, не допуская отрыва притоков и продольного надрыва основного ствола
	<p>Изолированная профундопластика не должна применяться при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хорошем притоке 2) стенозе глубокой артерии бедра более 50% 3) удовлетворительных перетоках в берцовые сосуды 4) стенозе глубокой артерии бедра 10-20%
	<p>К непрямым методам реваскуляризации, направленным на улучшение коллатерального кровообращения и микроциркуляции в тканях нижних конечностей, относят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поясничную симпатэктомию 2) аорто-бедренное шунтирование 3) протезирование подвздошной артерии 4) эндартеректомию из подколенной артерии
	<p>Внутрисосудистые вмешательства на артериях нижних конечностей невозможно выполнить через</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трансфеморальный и трансаксиллярный ретроградный доступ 2) аутовенозный шунт 3) синтетический протез 4) окклюзированный на большом протяжении сосуд
	<p>В основе баллонной ангиопластикиstenозированной артерии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тромбэктомия 2) тромбэндартеректомия 3) удаление атеросклеротической бляшки 4) механическое раздавливание атеросклеротической бляшки
	<p>Стенты, применяемые для стентирования артерий нижних конечностей. Представляют собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экстравазальные удерживающие устройства, сделанные из эластичного полимера 2) экстравазальные устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей

	<p>3) внутрипросветные удерживающие устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей 4) внутрипросветные удерживающие устройства, имеющие вид сплошного гладкого металлического циллндра 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 2) стеноз или короткая до 3,0 см окклюзия 3) стеноз или протяженная до 7,0 см окклюзия 4) множественные стенозы и окклюзии артерий обеих конечностей</p>
	<p>Поздние рестенозы артерии в зоне стентирования, как правило, обусловлены</p> <p>1) интимальной гиперплазией 2) разрывом сосудистой стенки 3) диссекцией интимы при выполнении ангиопластики 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 2) стентирование участков стеноза бедренной и подколенной артерий и эндартериэктомия из артерий голени и стопы 3) двусторонняя поясничная симпатэктомия 4) поясничная симпатэктомия в сочетании с бедренно-тибиональным шунтированием на стороне наибольшего поражения</p>
	<p>В число малоинвазивных методик дезобструкции легочных артерий включают</p> <p>1) имплантацию кава-фильтра 2) фрагментацию и катетерную аспирацию эмболов 3) ротационную дезобструкцию легочной артерии 4) фрагментацию эмболов и локальный тромболизис</p>
	<p>К методам «открытой» дезобструкции легочных артерий при ТЭЛА относят</p> <p>1) тромбэмболэктомию через одну из главных ветвей легочной артерии 2) тромбэмболэктомию из ствола легочной артерии в условиях временной окклюзии полых вен 3) фрагментацию и катетерную аспирацию эмболов 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 2) внутренний надмыщелок бедра 3) пульсация бедренной артерии 4) подколенная ямка</p>
	<p>При центральной методике подключения магистралей ИК аортальную канюлю фиксируют в</p> <p>1) бедренной артерии 2) аорте 3) левой коронарной артерии 4) легочной артерии</p>
	<p>При подключении аппарата ИК зажим на аорту накладывают</p> <p>1) ниже места отхождения коронарных артерий 2) выше места отхождения коронарных артерий 3) после отхождения плечеголовного ствола</p>

4) после отхождения левой общей сонной артерии
Профилактику воздушной эмболии проводят
1) перед снятием зажима с аорты 2) после снятия зажима с аорты 3) после деканюляции аорты 4) после деканюляции правых отделов сердца
При МНО выше терапевтического, но ниже 5, и отсутствии значимого кровотечения необходимо
1) снизить или пропустить дозу варфарина, контролировать МНО 2) увеличить дозу варфарина, контролировать МНО 3) отменить варфарин 4) не менять дозировку, контролировать МНО не обязательно
При критическом снижении уровня сатурации гемоглобина кислородом ниже 80% необходимо
1) перевести пациента на управляемую искусственную вентиляцию легких 2) проводить неинвазивную вспомогательную искусственную вентиляцию легких с положительным давлением в конце выдоха 3) обеспечить сеансы спонтанного дыхания с положительным давлением в конце выдоха 4) сохранять самостоятельное дыхания
К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме
а) сокращения икроножных мышц б) повышенного положения нижних конечностей в) длительного постельного режима* г) бинтования ног эластическими бинтами д) раннего вставания
Антикоагулянты применяют
а) при начинающейся гангрене б) при тромбофлебите* в) при лимфангите г) при эндартериите д) при облитерирующем атеросклерозе
Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме
а) состояния периферических артерий нижних конечностей* б) проходимости глубоких вен в) состояния клапанного аппарата глубоких вен г) локализации несостоятельных коммуникантных вен д) скорости кровотока по глубоким венам
Жизнеспособность ишемизированной конечности в результате эмболии может быть определена следующими методами:
а) сфигмографией б) реовазографией * в) сцинтиграфией с Технецием (технеций) пирофосфат г) плетизмографией д) термографией
Лучшим инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:
а) сосудистое кольцо Wolman б) вакуум-аспиратор в) катетер Fogarty с баллончиком

- г) верно в), с)*
д) верно а), с)

Методом выбора в хирургическом лечении синдрома Лериша является:

- а) поясничная симпатэктомия
б) периартериальная симпатэктомия
в) аорто-бедренный бифуркационный шунт *
г) односторонний аорто-бедренный шунт
д) тромбэктомия катетером Фогарти

Наиболее информативным методом диагностики острой артериальной окклюзии является:

- а) сфигмография
в) реовазография *
с) аорто-артериография
д) плеизмография
е) термография

Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме:

- а) стенокардии;
б) инфаркта миокарда;
в) постинфарктного кардиосклероза;
г) атеросклеротического кардиосклероза;
д) нарушения ритма сердца.

Наиболее частой формой ИБС у женщин является:

- а) инфаркт миокарда;
б) внезапная смерть;
в) стенокардия;
г) нарушения сердечного ритма;
д) безболевая ишемия.

Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы:

- а) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевая ишемия миокарда;
б) прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя подострая, стенокардия покоя острая;
в) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и без подъема ST;
г) стабильная стенокардия II ф.кл.;
д) стабильная стенокардия IV ф.кл.

При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- а) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания;
б) появляется, обычно, на второй день заболевания;
в) появляется на 3-4 день заболевания;
г) появляется на 5-6 день заболевания;
д) появляется в более поздние сроки.

Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- а) изменения сегмента ST и зубца Т;
б) признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS);

- 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 изgnания 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) **фибрилляция желудочков;**
- в) желудочковая бигеминия;
- 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) **лидокайн;**
- д) верапамил

Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) **выраженная синусовая брадикардия;**
- 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 1 степени
- 4) блокада правой ножки пучка Гиса
- 5) снижение вольтажа во всех отведениях

К основным предрасполагающим к тромбозу факторам 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

<p>д) мерцательной аритмии*</p> <p>Трехлетний ребенок с врожденным цианозом скорее всего страдает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ТетрадойФалло 2) Дефектом межжелудочковой перегородки 3) Трикуспидальной атрезией 4) Транспозицией магистральных сосудов 5) Открытым артериальным протоком <p>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?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ТетрадаФалло 2) дефект межжелудочковой перегородки 3) трикуспидальная атрезия 4) транспозиция магистральных сосудов 5) открытый артериальный проток <p>У ребёнка с цианозом и с электрокардио-графическими признаками отклонения эл.оси сердца влево и гипертрофией левого желудочка наиболее вероятным диагнозом может быть</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Атрезия трикуспидального клапана 2) Атрезия митрального клапана 3) Единственный желудочек 4) ТетрадаФалло 5) Транспозиция магистральных сосудов <p>Трехлетний ребенок с врожденным цианозом скорее всего страдает</p> <ol style="list-style-type: none"> а) ТетрадойФалло б) Дефектом межжелудочковой перегородки в) Трикуспидальной атрезией г) Транспозицией магистральных сосудов д) Открытым артериальным протоком <p>Хирургическое лечение при тетрадеФалло, выберите правильный ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)* <p>Какие больные с тетрадойФалло подлежат хирургической коррекции?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Наиболее частым врожденным пороком сердца является:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) дефект межжелудочковой перегородки * б) дефект межпредсердной перегородки с) открытый артериальный проток д) транспозиция больших сосудов е) тетрадаФалло <p>Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:</p>

- а) дефект межпредсердной перегородки;
 б) аномалия Эбштейна;
 в) стеноз легочной артерии;
 г) тетрада Фалло;
 д) комплекс Эйзенменгера

Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум;
 2. выслушивание 3-го тона;
 3. пальпируемое систолическое дрожание;
 4. повышенный риск инфекционного эндокардита
5. все ответы верны

Пациент с искусственным механическим клапаном сердца должен получать антикоагулянтную терапию

- 1) в течение госпитального периода
- 2) в течение первого года после операции
- 3) пожизненно
- 4) при наличии тромбоэмбологических осложнений

В настоящее время наиболее частой причиной недостаточности митрального клапана является

- 1) ревматизм
- 2) бактериальный (инфекционный) эндокардит
- 3) пролапс митрального клапана
- 4) дисфункция папиллярных мышц
- 5) разрыв хорд

Слабый пульс на лучевых артериях характерен для:

- а) стенозы аортального клапана *
- в) коарктации аорты
- с) открытого артериального протока
- д) митрального стеноза
- е) тетрады Фалло

Митральный стеноз приводит к следующим нарушениям:

- а) уменьшение сердечного выброса
- б) фибрилляция предсердий
- в) системная эмболизация
- г) увеличение периферического сопротивления
- д) все верны кроме г)*

Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:

- а) когда градиент давления через клапаны больше 50 ммрт.ст.:
- б) когда стенозу сопутствует стенокардия
- с) когда имеются сопутствующие пороки сердца
- д) верно а), б), с)*
- е) верно а), б)

Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) аортальным стенозом;
- б) митральным стенозом;
- в) аортальной недостаточностью;
- г) митральной недостаточностью;
- д) триkuspidальной недостаточностью

Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

1. гипертрофической кардиомиопатии;

2. дилатационной кардиомиопатии;
 3. рестриктивной кардиомиопатии;
 4. дисгормональной миокардиодистрофии.
5. верно 1, 2 и 3;

Хронический сдавливающий перикард 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) **брадикардия;**
- 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) **до 50 мл жидкости;**
- в) 100-200 мл жидкости;
- г) 300-500 мл жидкости;
- д) 100 мл жидкости

Для острого перикардита не характерно:

- а) **брадикардия;**
- 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) **лимфоциты;**
- г) лейкоциты
- д) эритроциты

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при островом перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или нош-па;
- в) **нестероидные противовоспалительные препараты;**
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики

При экссудативном перикардите может наблюдаться:

- а) одышка;
- б) глухость тонов сердца;
- в) расширение границ сердечной тупости;
- г) тахикардия и парадоксальный пульс
- д) все верно.**

Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- а) аускультации;
- б) рентгенографии;
- в) электрокардиографии;
- г) эхокардиографии;**
- д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция

При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

- а) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;
- б) отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;**
- в) артериальное и венозное давление существенно не меняются;
- г) отмечается снижение артериального давления;
- д) происходит снижение венозного и артериального давления

Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- а) пункция перикарда
- б) измерение ЦВД
- в) рентгенография грудной клетки**
- г) ФВД
- д) ЭКГ

К аутоиммунным перикардитам относится:

- а) посттравматический
- б) постинфарктный
- в) посткомиссуральный
- г) постперикардиотомный
- д) все верно**

Какое заболевание чаще всего нужно дифференцировать с сухим перикардитом:

- а) диафрагмальная грыжа
- б) острый панкреатит
- в) пептическая язва пищевода
- г) инфаркт миокарда**
- д) миокардит

Какой признак наиболее характерен при сердечной недостаточности, обусловленный экссудативным перикардитом:

- а) кардиомегалия
- б) характерная поза с наклоном тела вперед или колено-локтевое положение**
- в) отсутствие шумов в сердце
- г) асцит, отеки

Для экссудативного перикардита характерно:

- а) сглаженность дуг
- б) снижение пульсации
- в) преобладание поперечника над длинником
- г) укорочение сосудистого пучка

д) все верно

При экссудативном перикардите может наблюдаться:

1. брадипноэ;
2. глухость тонов сердца;
3. расширение границ сердечной тупости;
- 4. верно 2,3**
5. все ответы верны

Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:

- а) резкое снижение сердечного выброса на вдохе;**
- 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) аусcultации;
- б) рентгенографии;
- в) электрокардиографии;
- г) эхокардиографии;**
- д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

Для острого перикардита характерно все, кроме:

- а) боль за грудиной
- б) повышение температуры тела;
- в) отеки лица;**
- г) шум трения перикарда;
- д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании

Рубцовые изменения в сердечной сумке наиболее выражены на участке, покрывающем:

- а) правые отделы сердца**
- б) левые отделы сердца
- в) левое и правое предсердие
- г) левый и правый желудочек

Какая характеристика верхушечного толчка при сдавливающем перикардите:

- а) ослаблен или отсутствует**
- б) усилен и смешен влево
- в) усилен и смешен вниз
- г) ослаблен и смешен вправо

Наиболее вероятный симптом при начальной стадии развития целомической кисты перикарда:

- а) одышка
- б) акроцианоз
- в) боли за грудиной
- г) нарушение ритма сердца
- д) бессимптомное течение**

КИСТЫ ПЕРИКАРДА БЫВАЮТ:

- а – посттравматические, целомические
- б – поствоспалительные, посттравматические
- *в – поствоспалительные, посттравматические, целомические**
- г – целомические, поствоспалительные

Наиболее частый путь метастазирования мезотелиомы перикарда:

- а) лимфогенный**
- б) гематогенный

- в) интраканаликулярный
г) имплантационный

Какой метод инструментального исследования наиболее информативен для определения мезотелиомы перикарда:

- а) рентгенография грудной клетки
б) ЭКГ

в) пункция перикарда

г) торакоскопия с биопсией перикарда

Внутриперикардиальная тератома чаще встречается у:

- а) женщин
б) мужчин
в) пожилых людей

г) плода и новорожденных

Какая первичная опухоль перикарда наиболее часто встречается:

- а) злокачественная перикардиальная тератома

б) перикардиальная мезотелиома

- в) внутриперикардиальная тератома плода и новорожденных

- г) первичная сердечная лимфома в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Мезотелиома перикарда чаще встречается у:

- а) мужчин**
б) женщин
в) детей
г) у пожилых людей

Чаще всего метастатические опухоли сердца поражают:

- а) перикард**
б) сердечную мышцу
в) клапаны сердца
г) эндокард

Наиболее грозным осложнением внесердечных опухолей принято считать:

- а) тампонада сердца**
б) атриовентрикулярная блокада
в) периферический отек
г) одышка

Аневризма восходящей аорты, характеризующаяся веретенообразным расширением проксимального отдела и сужением до нормальных величин на уровне брахиоцефального ствола, является следствием

- 1) тупой травмы грудной клетки
- 2) атеросклероза
- 3) ревматического артерита
- 4) сифилиса
- 5) медиоцистонекроза

Наиболее вероятным этиологическим фактором аневризм дуги аорты является

- 1) сифилис
- 2) атеросклероз
- 3) травма
- 4) гипертензия
- 5) медиоцистонекроз

При ХОЗАНК часто выявляются

- 1) гипертрофия мышц пораженной стороны, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок
- 2) отек голеней, выпадение волос, мацерация кожи, лимфорея

	<p>3) деформация коленных и голеностопных суставов, частые переломы костей нижних конечностей 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 стенозированием просвета сосуда и развитию недостаточности кровообращения 2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде повышения проницаемости сосудистой стенки, отечности тканей и нарушения микроциркуляции 3) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового разрастания в их стенке соединительной ткани с липидной инфильтрацией внутренней оболочки, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне 4) поражением артерий мышечного типа в виде инфильтрации эндотелия липидными включениями, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне</p>
	<p>Краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров с формированием участков стеноза, неравномерное или полное отсутствие контрастирования сосуда при окклюзии с заполнением дистального артериального русло через сеть коллатералей характерно для</p> <p>1) диабетической микроангиопатии 2) атеросклеротического поражения артерий 3) тромбангиита Бюргера 4) синдрома Рейно</p>
	<p>По данным эпидемиологических исследований, на долю ХОЗАНК приходится</p> <p>1) менее 5% всех видов сердечно-сосудистой патологии 2) менее 10% всех видов сердечно-сосудистой патологии 3) более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии 4) более 40% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p>
	<p>Обязательными компонентами терапии при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей являются</p> <p>1) холестеринснижающая терапия с применением статинов 2) инсулинотерапия с применением статинов 3) дезагреганты, антикоагулянты и тромболитики 4) блокаторы протоновой 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 2) боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4 3) боль при ходьбе менее 25 м и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4 4) боль в покое, не купируемая ненаркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,1</p>
	<p>К эффектам пентоксифиллина относятся</p> <p>1) улучшение пластические свойства эритроцитов за счет снижения в них АТФ, повышение активности фосфодиэстеразы 2) снижает активность плазминогена и плазмина, антитромбина III, повышает уровень фибриногена в плазме крови</p>

	<p>3) активирует миграцию, адгезию и активацию лейкоцитов, повышает выделение свободных радикалов кислорода 4) блокирует токсическое действие фактора некроза опухоли TNF-α на клетки эндотелия, цитокин-опосредованную активацию нейтрофилов и адгезию лейкоцитов к эндотелию</p>
	<p>Сосудистые реконструктивные операции показаны при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эффективности терапии при ишемии I ст. 2) изолированном поражении дистального и микроциркуляторного сосудистого русла 3) неэффективности консервативной терапии, ишемии II-IV ст. 4) тяжелой почечной недостаточности и ишемии ПА ст.
	<p>Бифуркационное аорто-бифеморальное шунтирование выполняется при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдроме Лериша 2) тромбозе бедренных артерий 3) стенозах внутренних подвздошных артерий 4) окклюзии подколенных артерий
	<p>Проведение локальной аорто-подвздошной эндартерэктомии возможно при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузном поражении аорты 2) изолированном поражении в области бифуркации аорты 3) поражении аорты и подвздошных артерий на всем протяжении 4) поражении подвздошных и бедренных артерий
	<p>Проходимость через 10 лет после аорто-подвздошной эндартерэктомии составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от 12 до 48% 2) от 24 до 55% 3) от 48 до 77% 4) от 62 до 83%
	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1) билатерального аортоподвздошного шунтирования 2) эндартерэктомии из другой подвздошной артерии или унилатерального подвздошно-бедренного шунтирования 3) протезирования аорты с эндратерэктомией из контралатеральной подвздошной и обеих бедренных артерий 4) перевязки подвздошной артерии с контралатеральной стороны
	<p>К открытым реконструкциям относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стентирование артерий 2) эндоваскулярная роторная дезоблитерация 3) эндоваскулярная баллонная дилатация 4) эверсионная эндартерэктомия
	<p>Полузакрытая эндартерэктомия из подвздошных артерий выполняется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) из срединного лапаротомного доступа 2) из ретроперитонеального доступа над пупартовой связкой 3) на удалении из доступа ниже пупартовой связки 4) из подколенного доступа
	<p>Для экстраанатомического шунтирования лучше использовать</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аутовену 2) аутоартерию 3) армированные синтетические протезы 4) неармированные синтетические протезы
	<p>К экстраанатомическому шунтированию относят</p>

	1) аорто-подвздошное и подвздошно-бедренное шунтирование 2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной 3) подмышечно-бедренное и перекрестное бедренно-бедренное шунтирование 4) протезирование артерии
При многоуровневых поражениях магистральных артерий	1) необходима коррекция в системе притока 2) необходима коррекция как в системе притока, так и оттока 3) необходима коррекции в системе оттока 4) хирургическая коррекция не возможна
В генезе диабетической ангиопатии большую роль играют	1) патологические изменения секреции простатицилина, цитокинов и тканевого активатора плазминогена 2) гиперкальциемия 3) гиповитаминоз С и Д 4) сохранение способности эритроцитов к конформации
Отличительной особенностью диабетической макроангиопатии сосудов нижних конечностей в сравнении с облитерирующими атеросклерозом у лиц, не страдающих сахарным диабетом, является	1) ассимметричность поражения дистальных отделов сосудистого русла, слабая кальцификация стенки артерий 2) мигрирующий характер поражения, редкость формирования трофических язв 3) поражение как артерий, так и вен, преимущественно дистальных отделов сосудистого русла и симметричность 4) более выраженная кальцификация сосудистой стенки, частое поражение дистальных отделов сосудистого русла и симметричность
Роль курения как этиологического фактора атеросклероза сводится к	1) повреждению эндотелия с усилением тромбоцитарной агрегации 2) повышению уровня ЛПВП 3) снижению уровня ЛПНП 4) всем перечисленным
Наиболее значимыми факторами риска развития атеросклероза являются	1) сахарный диабет и артериальная гипертензия 2) тяжелая почечная недостаточность и язвенная болезнь желудка 3) курение и постоянная форма фибрилляции предсердий 4) варикозная болезнь вен нижних конечностей и миокардит
Появление в стенке артерии овального или круглого образования различной толщины и протяженности беловатого, перламутрового вида, содержащего липиды, пенистые клетки, вокруг которых происходит разрастание соединительной ткани, соответствует стадии	1) липидных пятен 2) липидной бляшки 3) фиброзной бляшки 4) сложной (осложненной) бляшки
К осложненным бляшкам относят структуры, имеющие	1) выпуклую форму 2) большую протяженность 3) пенистые клетки 4) кальциноз и кровоизлияния
Основным принципом, позволяющим определить гемодинамическую значимость стеноза, является	

<p>1) величина пиковой систолической скорости 2) зависимость между величиной пиковой систолической скорости, характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии 3) зависимость между характером изменений спектра и степенью сужения просвета артерии 4) соотношение пиковой систолической скорости и степени сужения просвета артерии</p>
<p>К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) склероз артериол* б) петлистый артериальный тромбоз в) развитие синдрома Лериша г) тромбоз бедренной артерии д) акроцианоз
<p>Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью</p> <ul style="list-style-type: none"> а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит в) предотвратить сердечную недостаточность г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда* д) обратить в норму симптом Тинеля
<p>Возможное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что</p> <ul style="list-style-type: none"> а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену в) может усиливаться болевой синдром г) может усиливаться интоксикация д) может иметь место все вышеперечисленное*
<p>При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) удаление всех окаймлений ложного мешка б) лигирование артерии и вены в четырех местах в) широкое рассечение для лигирования коллатералей г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы* д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы
<p>При врожденной артериовенозной fistule характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ветвистая аневризма б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы) в) гроздевидная аневризма г) все перечисленное* д) ничего из перечисленного
<p>Коарктация аорты. Выберите правильный ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сужение аорты находится после отхождения a.brahiocefalica б) сужение аорты находится дистальнее a.subclavia левая в) в бедренных артериях давление снижено г) при коарктации аорты пластика состоит в иссечении суженного сегмента с ушиванием конец в конец либо в шунтировании сосудистыми протезами. д) все ответы верны *
<p>Изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА), выберите правильный ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ИСЛА может быть клапанным либо субклапанным б) при ИСЛА ствол легочной артерии расширен в) при ИСЛА давление в малом круге кровообращения рефлекторно увеличивается г) при ИСЛА второй тон над легочной артерией снижен

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 аксилярно-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 брахеоцефальный 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) мигрирующий тромбангит 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 эмболэктомия

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 полой вены" является наиболее часто проявлением

- 1) гистоплазмоза (склерозирование 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) пликации вены
- 3) перевязки вены
- 4) клипирования вены

У больных хирургического профиля с целью профилактики ВТЭ фондапаринус 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 полой и подвздошных вен
- 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной fistулой 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 полой и подвздошных вен
- 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной fistулой 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) изъявление нижней трети конечности
- д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся

- а) беременность

	<p>б) тугие повязки в области верхней трети конечности в) увеличенные паховые лимфатические узлы г) все перечисленное* д) ничего из перечисленного</p>
Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью	<p>а) растворения фибрина б) приостановления роста тромба* в) увеличения количества сгустков г) изменения внутренней оболочки сосудов д) снижения активности ДНК</p>
Остраялимфедема характеризуется следующими признаками	<p>а) при надавливании пальцем остается ямка б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела г) правильно а) и в)* д) правильного ответа нет</p>
Хроническаялимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме	<p>а) при надавливании пальцем ямка не образуется б) плотный "мясистый" отек ткани в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела* г) пигментные и трофические изменения кожи д) фиброз подкожной клетчатки</p>
Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны	<p>а) резкий отек нижней конечности* б) некроз пальцев стоп в) похолодание стопы г) симптом перемежающейся хромоты д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен</p>
Симптом Троянова - Тренделенбурга служит для диагностики	<p>а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей* б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра в) синдрома Лериша г) посттромбофлебитической болезни д) болезни Бюргера</p>
.Проба Претта проводится с целью выявления	<p>а) проходимости глубоких вен нижних конечностей б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях в) несостоятельных коммуникативных вен* г) острого тромбофлебита д) тромбоза подколенной артерии</p>
К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме	<p>а) трофических язв б) экземы и дерматитов в) хронической венозной недостаточности г) ишемической гангрены* д) тромбофлебита</p>

Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме

- а) беременности
- б) непроходимости глубоких вен
- в) врожденного нарушения клапанного аппарата
- г) посттромбофлебитического синдрома
- д) ортостатизма*

Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

- а) рассыпной тип поражения
- б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
- в) рецидив после оперативного лечения
- г) непроходимость глубоких вен*
- д) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

- а) дистальных отеков
- б) распирающих болей*
- в) повышения температуры тела
- г) гиперемии кожи и отека по ходу вен
- д) резкой болезненности при пальпации

Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме

- а) повышения фибринолитической активности*
- б) ожирения
- в) гиподинамии
- г) онкологических заболеваний
- д) ишемической болезни сердца

При несостоительности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию

- а) Бебко
- б) Нарата
- в) Маделунга
- г) Троянова - Тренделенберга
- д) Линтона*

Послеоперационные флегботромбозы нижних конечностей опасны тем, что

- а) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии*
- б) приведут к варикозному расширению подкожных вен
- в) вызовут гангрену стопы
- г) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга
- д) могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

Операция Троянова - Тренделенберга заключается

- а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками
- в области сафено-бедренного треугольника*
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
- д) в субфасцевальной перевязке коммуникантных вен

Операция Нарата заключается

- а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования*

	<p>в) в удалении подкожных вен с помощью зонда г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен</p>
Операция Клаппа заключается	<p>а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования в) в удалении подкожных вен с помощью зонда г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом* д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен</p>
Операция Кокетта заключается	<p>а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования б) в удалении подкожных вен с помощью зонда в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен* д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен</p>
Операция Линтона заключается	<p>а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования б) в удалении подкожных вен с помощью зонда в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен*</p>
При магистральном типе варикозного расширения вен показаны	<p>а) только склеротерапия б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)* в) только бинтование эластическим бинтом г) только операция Троянова–Тренделенберга д) только операция Линтона</p>
Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается	<p>а) операцией Бебкока б) операцией Троянова - Тренделенберга в) склеротерапией* г) операцией Клаппа д) операцией Маделунга</p>
Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается	<p>а) комбинированным оперативным методом* б) операцией Линтона в) операцией Бебкока г) операцией Нарата д) операцией Маделунга</p>
К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме	<p>а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени б) отека в области лодыжек в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени г) наличия трофической язвы на голени д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности*</p>
Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме	

<p>а) картины нарастающего септического процесса б) болей в правом подреберье в) увеличения печени и желтухи г) интермиттирующей лихорадки с ознобами д) усиления запоров*</p>
<p>Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя</p> <p>а) антибиотики б) спазмолитики в) антикоагулянты* г) активные движения д) парентеральное введение больших объемов жидкостей</p>
<p>Наиболее частой причиной развития трофических язв является</p> <p>а) расстройство лимфообращения б) расстройства артериального кровообращения в) расстройства венозного кровообращения* г) травматические повреждения д) нарушения водно-электролитного обмена</p>
<p>Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме</p> <p>а) резких болей распирающего характера б) повышения температуры тела в) отека конечности г) цианоза д) гиперемии кожи по ходу больной вены*</p>
<p>Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме</p> <p>а) постельного режима б) бутадиона в) компрессов с мазью Вишневского г) ходьбы* д) возведенного положения конечности</p>
<p>Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме</p> <p>а) нарушения свертываемости крови б) изменения внутренней оболочки сосуда в) массивного кровотечения* г) замедления кровотока д) эмболии</p>
<p>Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит</p> <p>а) в необходимости профилактики лимфостаза б) в необходимости воздействия на артериальный кровоток в) в ускорении кровотока по глубоким венам* г) в профилактике трофических расстройств д) в необходимости большей концентрации кровообращения</p>
<p>Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных</p> <p>а) с ожирением б) с варикозным расширением вен в) с онкологическими заболеваниями г) с почечной недостаточностью* д) с ишемической болезнью сердца</p>

Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме

- а) тромбофлебита глубоких вен в анамнезе
- б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков
- в) несимметричности поражения
- г) данных флебографии
- д) данных артериографии*

Синдром Педжета - Шреттера заключается

- а) во врожденных множественных артериовенозных фистулах
- б) в некрозах мышечной оболочки аорты
- в) в тромбозе подключичной вены*
- г) в одновременной висцеральной и париетальной эмболии
- д) в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме

У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать

- а) лейкемию
- б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы
- в) тромбоангиитное заражение сосудов*
- г) узловой периартериит
- д) варикозное расширение вен

Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается

- а) после радикальной мастэктомии
- б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы
- в) в результате подмышечного лимфаденита
- г) все перечисленное неверно
- д) все перечисленное верно*

В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается

- а) пигментация кожи
- б) атрофия эпидермиса
- в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании
- г) фиброз кожного и подкожного слоя
- д) все перечисленное*

Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено

- а) нарушением клапанного аппарата вен*
- б) нарушением свертывающей системы крови
- в) нарушением артериального кровотока в конечности
- г) сердечной слабостью
- д) нарушением водно-солевого обмена

Наиболее частая причина эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- а) атеросклероз дуги аорты
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) тромбоз вен большого круга кровообращения *
- г) аневризма аорты
- д) аневризма сердца

Выберите неверное утверждение относительно аневризмы селезеночной артерии:

- а) встречается; наиболее редко среди висцеральных абдоминальных аневризм *
- б) возникает в результате дегенеративных процессов мышечного слоя
- с) провоцирует боли в левом подреберье с иррадиацией в плечо
- д) на обзорной рентгенограмме брюшной полости может быть обнаружено кольцо из кальцинатов аневризмы
- е) ассоциируется с высоким риском разрыва аневризмы во время беременности

При цереброваскулярной облитерации чаще всего поражается:

- а) артерия менингеальная средняя
- б) бифуркация сонной артерии
- в) базилярная артерия
- г) у устья позвоночной артерии
- д) верно всё кроме б)*

Лечение тромбоэмболии легочной артерии следует начинать с

- 1) назначения антикоагулянтов
- 2) перевязки нижней полой вены
- 3) тромбэктомии
- 4) эмболэктомии из легочной артерии
- 5) антибиотиков

Дыхательная недостаточность и артериальная гипоксемия при ТЭЛА возникают в результате

- 1) тромбоза вен
- 2) прекращения кровотока в хорошо вентилируемых альвеолах,
- 3) бронхоспазма
- 4) шунтирования крови помимо капиллярного русла

При ультразвуковом исследовании сердца при ТЭЛА можно диагностировать

- 1) дилатацию и гипокинез правого желудочка
- 2) парадоксальное движение межжелудочковой перегородки и выбухание ее в левый желудочек
- 3) регургитацию на трикуспидальном клапане
- 4) регургитацию на аортальном клапане

Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии относятся

- 1) геморрагический инсульт
- 2) преходящие нарушения мозгового кровообращения в предшествующие 6 месяцев
- 3) тяжелая травма или оперативное вмешательство в предшествующие 10 суток
- 4) продолжающееся кровотечение

К относительным противопоказаниям к тромболитической терапии относятся

- 1) повреждения или новообразования центральной нервной системы
- 2) повреждения головы в предшествующие 3 недели
- 3) желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц
- 4) рефрактерная артериальная гипертензия (системическое артериальное давление выше 180 мм рт. ст.)

Эмболэктомия из одной из главной ветви легочной артерии осуществляется из

- 1) переднебоковой торакотомии в 4 межреберье
- 2) переднебоковой торакотомии в 5 межреберье
- 3) переднебоковой торакотомии во 2 межреберье
- 4) продольной стернотомии

При хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии и наличии организованного эмболя полная дезобструкция легочной артерии осуществима при

- 1) катетерной фрагментации
- 2) локальном тромболизисе
- 3) изолированной тромбэктомии
- 4) тромбэндартерэктомии

Антикоагулянтная терапия неэффективна, имеется протяженный (более 4 см длиной) флотирующий тромб с узким основанием, многократно рецидивирующая ТЭЛА. Показана

- 1) регионарная тромболитическая терапия

	<p>2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной fistулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра</p>
При АЧТВ <35секунд(менее чем 1,2раз выше контроля) не фракционированный гепарин при втэ вводят по следующей схеме	<p>1) 80ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 4ЕД/кг/ч 2) 80ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 4ЕД/кг/ч 3) 180ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 10ЕД/кг/ч 4) 800ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 40ЕД/кг/ч</p>
Урокиназа при ТЭЛА применяется по следующей ускоренной схеме	<p>1) 4 400МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 10 минут, а затем по 440МЕ/кг/ч в течение 12-24 часов 2) 440МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 440МЕ/кг/ч в течение 24-48 часов 3) 4 400МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 4 400МЕ/кг/ч в течение 48-72 часов 4) 4 000 000МЕ в течение 5 суток</p>
Эмболоопасным является	<p>1) флотирующий тромб нижней полой вены 2) окклюзионный тромб подколенной вены 3) пристеночный тромб бедренной вены 4) реканализированный тромб плечевой вены</p>
Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит	<p>а) лицевых вен б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза* в) глубоких вен верхних конечностей г) поверхностных вен нижних конечностей д) поверхностных вен верхних конечностей</p>
Профилактика тромбоэмбологических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме	<p>а) назначения гепарина б) назначения дезагрегантов в) лечебной физкультуры г) длительного постельного режима* д) бинтования ног эластичным бинтом</p>
Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии	<p>а) сосудов мозга б) системы коронарных артерий и вен в) легочной артерии* г) легочных вен д) артерий почек и печени</p>
Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием	<p>а) абсцессов б) флегмон в) флегботромбозов* г) лимфаденитов д) эндартериита</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

- 1) Рентгенография грудной клетки
- 2) ЭКГ
- 3) Измерение центрального венозного давления
- 4) Левосторонняя торакотомия
- 5) Перикардиоцентез

Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:

- а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения**
- б) переднее-боковая торакотомия слева
- в) стернотомия
- г) заднее-боковая торакотомия слева
- д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:

- а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку
- б) наложить одностороннюю лейкопластырьную повязку
- в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду
- г) выполнить вагосимпатическую блокаду
- д) выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)**

Для закрытой травмы сердца характерно:

- а) изменение ЭКГ
- б) боли в области сердца
- в) снижение артериального давления
- г) повышение венозного давления
- д) все верно**

Внезапное накопление в сердечной сумке более ____ мл крови приводит к повышению внутриперикардиального давления:

- а) 80
- б) 100
- в) 20
- г) 50
- д) 150**

При каких случаях кровь накапливается в плевральной полости:

- а) при ранениях более 1,5 см**
- б) при ранениях правого предсердия
- в) при ранениях левого желудочка
- г) при ранениях менее 1,5 см
- д) нет верного ответа

При ранениях сердца, наиболее часто встречается вид шока:

- а) кардиогенный шок
- б) гиповолемический шок
- в) травматический шок
- г) все верно**
- д) нет верного ответа

У больных в терминальной стадии тампонады сердца отмечается:

- а) брадикардия
- б) тахикардия
- в) парадоксальный пульс
- г) гипотония

д) верно все, кроме б)

ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- а – падение артериального и быстрое нарастание венозного кровяного давления
- б – давящие боли в области сердца, чувство страха смерти
- в – вынужденное положение сидя с наклоном туловища вперед или полулежа
- г – холодный пот

*д – брадикардия и бледность кожных покровов

При ранениях сердца с локализацией в нижних отделах грудной клетки целесообразно проводить:

- а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения
- б) переднее-боковая торакотомия слева
- в) стернотомия
- г) заднее-боковая торакотомия слева

д) левосторонняя передне-боковая торакотомия в V межреберье

При ранениях сердца с локализацией в верхних отделах грудной клетки целесообразно проводить:

- а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения
- б) переднее-боковая торакотомия слева
- в) стернотомия
- г) заднее-боковая торакотомия слева

д) левосторонняя переднее-боковая торакотомия в IV межреберье

При ранении магистральных сосудов — восходящей аорты, ствола легочной артерии производят:

- а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения
- б) переднее-боковая торакотомия слева

в) двухсторонняя торакотомия с пересечением грудины

- г) заднее-боковая торакотомия слева
- д) левосторонняя переднее-боковая торакотомия в IV межреберье

Непроникающие ранения сердца делятся на:

- а) с гемоперикардом
- б) с гемотораксом
- в) с гемопневмотораксом
- г) все верно
- д) нет верного ответа

Признаки венозной гипертензии при тампонаде сердца:

- а) набухание вен шеи
- б) отек лица
- в) цианоз лица и шеи
- г) верно все, кроме б)
- д) нет верного ответа

При накоплении какого объема крови в перикарде появляется угроза остановки сердца:

- а) 150
- б) 200
- в) 300
- г) 500
- д) 900

Незамечено 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?

- 1) реоперация и перевязка протока
- 2) реоперация и восстановление проходимости протока
- 3) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания

Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:

- а) повышенное венозное давление
- б) шок
- в) снижение сердечного выброса
- г) увеличение диастолического наполнения сердца
- д) все верны кроме г)*

Какая характеристика позволяет определить повреждение артерии при открытых ранениях:

- а) кровь сочится из раны, сосудов не видно
- б) наличие пульсации ниже области ранения
- в) темно-вишневого цвета, течет непрерывным потоком
- г) ярко-алого цвета, течет пульсирующей струей**

При кровотечениях вызванных переломом костей, необходимо:

- а) остановить кровотечение
- б) остановить кровотечение и зафиксировать пораженную конечность**
- в) остановить кровотечение, зафиксировать пораженную конечность, дать таблетку аспирина
- г) зафиксировать конечность

Колотые и резаные раны артерий:

- а) касательная рана, не проникающая в просвет сосуда;**
- б) касательные раны, проникающие в просвет сосуда;
- в) касательная рана с повреждением внутренней стенки сосуда;**
- г) неполное сдавливание просвета артерии;**
- д) полное сдавливание просвета сосуда

По характеру повреждения сосудов бывают:

- А) полные разрывы;**
- Б) неполные разрывы;**
- В) размозжение, дефект вены;**
- Г) боковые, сквозные повреждения;**
- Д) все верно**

По классификации разрывы артерий бывают:

- а) изолированные продольные и поперечные разрывы внутренней стенки;**
- б) расслоение внутренней стенки и внешней оболочки;**
- в) полные расслоения всех слоев стенки артерии**
- г) незначительные разрывы внешней оболочки артерии**

Какой признак определяет внутрибрюшное кровотечение:

- а) повышение температуры тела и озноб**

- б) отек нижней конечности и боль при ходьбе
в) бледность(цианотичность) и боль нижних конечностей
г) одышка и повышение АД**

При разрыве или размозжении 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 размозжении артерий образуется пульсирующая гематома, над которой аускультативно выслушивается:

- а) грубый диастолический шум
б) грубый систолический шум
в) дующий систолический шум
г) диастоло-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) адвенции
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**

У пострадавших с контузиями артерий кровоснабжение конечности нарушается вследствие:

- а) тромбоза артерий
- б) поражении адвентиции
- в) нарушения целостности артерии
- г) повреждения интимы
- д) верно а,г**

После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как

- а) выделяются токсические вещества
- б) повреждаются симпатические волокна
- в) нарушается межтканевой обмен
- г) все утверждения верны
- д) все утверждения неверны*

У 35-летней женщины с клиникой и симптомами митрального стеноза определяется опухоль в левом предсердии размерами 3 см. Это скорее всего может быть

- 1) метастатическая карцинома
- 2) малигнизированная лимфома
- 3) гемангиома
- 4) рабдомиома
- 5) миксома

Каково соотношение встречаемости доброкачественных опухолей сердца к злокачественным:

- а) 1:1
- б) 2:1
- в) 3:1**
- г) 4:1
- д) 8:1

Мезотелиома перикарда в начальных стадиях протекает:

- а) без каких либо симптомов**
- б) с выраженной болью за грудиной
- в) с выраженной одышкой
- г) с отеками конечностей
- д) с атриовентрикулярной блокадой

Какой метод диагностики позволяет определить мезотелиому перикарда:

- а) торакоскопия с биопсией перикарда**
- б) пункция перикардиального выпота
- в) рентгенография грудной клетки
- г) эхокардиография
- д) магнито-резонанская томография

Наиболее часто миксомы локализуются в:

- а) левом предсердии**
- б) правом предсердии
- в) левом желудочке
- г) правом желудочке

Наиболее информативным методом диагностики миксомы считается:

- а) ЭхоКГ
- б) ЭКГ
- в) ангиокардиография**
- г) рентгенография

Какой доступ наиболее удобный при оперативном удалении миксомы:

- а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения

б) переднее-боковая торакотомия слева

в) срединная продольная стернотомия

г) заднее-боковая торакотомия слева

д) левосторонняя переднее-боковая торакотомия в IV межреберье

Какой из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у взрослых:

а) миксома

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

в) рабдомиома

г) фиброма

д) тератома

В каких отделах чаще локализуется рабдомиома:

а) в левом предсердии

б) в правом предсердии

в) в левом желудочке

г) в правом желудочке

Какой из опухолей сочетается с туберозным склерозом:

а) миксома

б) мезотелиома АВ-узла

в) рабдомиома

г) фиброма

д) тератома

Какая доброкачественная опухоль не имеет капсулы:

а) миксома

б) мезотелиома АВ-узла

в) рабдомиома

г) фиброма

д) тератома

Какому из доброкачественных опухолей типично расположение в АВ-узле:

а) миксома

б) гемангиома

в) рабдомиома

г) фиброма

д) тератома

В каком из отделов сердца наиболее вероятное расположение ангиосаркомы:

а) в левом предсердии

б) в правом предсердии

в) в левом желудочке

г) в правом желудочке

Какой из злокачественных опухолей может поражать АВ-узел, приводя к внезапной смерти:

а) миксома

б) мезотелиома

в) рабдомиома

г) фиброма

д) тератома

При раке какого органа чаще всего метастазы поражают перикард:

- а) рак почек
- б) рак молочной железы
- в) рак легкого**
- г) рак печени
- д) рак поджелудочной железы

Для окончательной диф диагностики злокачественных опухолей используется метод:

- а) ЭхоКГ, ЭКГ
- б) МРТ диагностика
- в) ангиокардиография
- г) рентгенография
- д) гистологическое исследование**

Для какого злокачественного рака характерно содержание клеток из поперечнополосатых мышц:

- а) миксома
- б) мезотелиома
- в) рабдомиосаркома**
- г) фиброма
- д) тератома

Какая из злокачественных опухолей схожа по гистологическим параметрам с миксомой:

- а) ангиосаркома
- б) лимфосаркома
- в) рабдомиосаркома**
- г) мезотелиома
- д) фибросаркома

Наиболее частая область локализация доброкачественной гемангиомоэндотелиомы:

- а) Кожа, ПЖК**
- б) печень
- в) слизистая оболочка
- г) все ответы верны
- д) все ответы не верны

В каком возрасте наиболее часто встречаются доброкачественные гемангиомоэндотелиомы:

- а) в детском**
- б) в юношеском
- в) во взрослом
- г) в пожилом

Причины развития гемангиом:

- а) радиация
- б) вирусная инфекция
- в) избыточное количество сосудистых зачатков**
- г) нарушение эластичности сосудистой стенки

В каком возрасте наиболее часто встречается гломузная опухоль (гломангиома, опухоль Барре Массона):

- а) в детском
- б) в юношеском
- в) во взрослом
- г) в пожилом**

Гломузная опухоль наиболее часто локализуется в:

а) ногтевом ложе рук и ног

- б) в волосяной поверхности головы
- в) на лице
- г) на шее
- д) на животе

гломериома (опухоль Барре Массона) имеет цвет:

а) багрово-синюшный

- б) бледно-розовый
- в) малиновый
- г) темно-коричневый
- д) не имеет цвета

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 *Aspergillus*. Наилучший вариант дальнейшей тактики:

- 1) Лечение антибиотиками широкого спектра действия до идентификации специфического гриба
- 2) Проведение полного курса амфотерицина Б
- 3) Замена клапана при обнаружении вегетаций при ЭхоКГ
- 4) Замена клапана при повторной эмболии или сердечной недостаточности
- 5) Замена клапана и продолжительная послеоперационная антифунгиальная терапия

Профилактика инфекционного эндокардита у больного - носителя искусственного клапана сердца включает в себя следующие мероприятия

- а) Своевременная санация любых очагов инфекции
- б) Профилактическое применение антибактериальных препаратов при различных инструментальных манипуляциях или операциях, в т.ч. при экстракции зубов
- в) Лечебное применение антибактериальных препаратов при возникновении воспалительных или нагноительных заболеваний
- г) Все перечисленное верно

Через 6 месяцев после аорто-бедренного шунтирования дарсоновым 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:

- а) инфицирование протеза *
- б) венозная аневризма в результате интраоперационной травмы
- в) ложная аневризма как результат расхождения швов
- г) растяжение протеза до необычайно широких размеров
- д) лимфаденит

Группы риска при ВИЧ-инфекции:

- а) наркопотребители внутривенные, работники коммерческого секса, больные гемофилией**
- б) хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи
- в) доноры крови и органов
- г) реципиенты крови и органов

Что такое "вертикальный" путь заражения ВИЧ-инфекцией?

- а) при введении наркотиков у наркопотребителей
- б) при половых контактах

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 возрастов

Соотношение СД4+-лимфоцитов и СД8+-лимфоцитов в норме следующее:

- а) СД4>СД8
- б) СД4=СД8
- в) СД4<СД8

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 ротовоглотки, простой герпес, генерализованная лимфоаденопатия 3. генерализованная лимфоаденопатия, рецидивирующий опоясывающий герпес, упорный кашель на протяжении месяца 4. генерализованный зудящий дерматит, кандидоз ротовоглотки, 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-инфекцированным 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. лимоаденопатия 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 ротовоглотки 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,
2. Клиническая анатомия сердца: топография, хирургические доступы, топография внутрисердечных структур и проводящей системы сердца. Анатомия коронарных артерий и вен сердца: варианты кровоснабжения.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
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. Антикоагулантная 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. Триkuspidальный стеноз и недостаточность триkuspidального 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. Тромбэмболия 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. Посттромбоэмбологическая легочная гипертензия.	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными 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
Наличие навыков (владение опытом)	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
Характеристика сформированности компетенции	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
Уровень сформированности компетенций	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.