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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО

КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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 клинической практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Клиническая практика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Клиническая практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Клиническая практика» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца; Раздел 2. Заболеваний артерий и вен; Раздел 3. Врожденные и приобретенные пороки сердца; Раздел 4. Тромбоэмболия легочной артерии; Раздел 5. Цифровые технологии в хирургии	Кейс-задание
УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Промежуточный	Раздел 1. Ишемическая болезнь сердца; Раздел 2. Заболеваний артерий и вен; Раздел 3. Врожденные и приобретенные пороки сердца; Раздел 4. Тромбоэмболия легочной артерии; Раздел 5. Цифровые технологии в хирургии	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-4,ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001

Ф	А/01.8	Способен проводить обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения
Ф	А/02.8	Способен назначать и проводить лечения пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Способен проводить и контролироватьэффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения
Ф	А/04.8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	А/05.8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/06.8	Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ 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». Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 120 ударов в мин, ЧД — 25 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается жесткий систолический шум, II тон ослаблен во втором межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой среднеключичной линии, правая — по правой парастернальной линии, верхняя — II межреберье. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. *Общий анализ крови:* гематокрит — 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.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
В	3	Причины появления диффузного цианоза при этом пороке.
В	4	Назовите анатомию данного порока?
В	5	Хирургическое лечение данного порока
Н	-	002

И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Девочка К., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, плохо прибывает в весе. Анамнез заболевания: Врожденный порок сердца впервые установлен в 1 мес. Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Ребёнок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой прерывания беременности в начале беременности, анемией 1 ст. Роды срочные, вес при рождении 3664г. Перенесенные заболевания: ОРЗ, пневмония. Вскармливание грудное до 6 мес. Моторное развитие по возрасту. Всегда плохо прибывает в весе. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, питание пониженное, снижен тонус и тургор тканей, мышечный тонус. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 160 в мин. Выслушивается систолический шум по левому краю грудины, акцент 2 тона на ЛА. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС= 150 в мин. Правограмма. Гипертрофия правого желудочка. Очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости. Рентгенография: Лёгочные поля прозрачные. Лёгочный рисунок усилен за счёт сосудистого 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 х109/л, п-2, с-36, л-48, э-2, м-12, СОЭ= 7 мм/ч.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
В	3	Назвать классификацию порока
В	4	Дифференциальная диагностика порока
В	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Н	-	003
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Родители с девочкой Ж. 3 месяца, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета. Ребенок не отстает в физическом 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 систолический 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.

В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
В	3	Назвать классификацию порока
В	4	Назвать показания к хирургическому лечению данного порока
В	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Н	-	004
И	-	**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. Периферический пульс на верхних конечностях отчетливый, на нижних конечностях не определяется. Тоны сердца ясные, ритмичные, определяется слабый систолический 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, безболезненный 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 — 5,2х1012/л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,3х109/л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 8 мм/час.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
В	3	Назвать классификацию порока
В	4	Назвать показания к хирургическому лечению данного порока
В	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Н	-	005
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Ребенок, 6 месяцев, жалобы со слов матери на малые прибавки в весе, одышку при кормлении. 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, обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 120 уд.в мин., АД на руках – 130/85 мм рт.ст. АД на руках – 70/50 мм рт.ст. Аускультативно – выраженный систолический шум по левому карюю грудины, проводящийся в межлопаточную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Пульсация на стопах – не определяется; на бедрах – резко ослаблена.

		ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 120 в мин. Левограмма. Гипертрофия левого желудочка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
В	3	Какова тактика лечения.
В	4	Техника оперативного вмешательства
В	5	Возможные послеоперационные осложнения
Н	-	006
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Мальчик 2 месяцев, доставлен в стационар машиной «Скорой помощи» с приступом судорог. Анамнез 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 отказались и, в связи со стабильным состоянием, ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра с рекомендацией повторного осмотра через 3 месяца. Анамнез заболевания: через 2 недели после выписки из стационара у ребенка во время беспокойства стала появляться одышка, усилился цианоз. Во время одного из таких приступов мальчик потерял сознание, начались судороги; вызвана машина «Скорой помощи» При осмотре: состояние ребенка очень тяжелое. В сознании. Крайне беспокоен. Кожа цианотичная. В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 88 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. ЧСС 172 уд/мин. Выслушивается систолический шум слабой интенсивности во 2 межреберье слева от грудины. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Назовите симптомокомплекс тетрады Фалло?
В	3	Описать патогенез данного приступа
В	4	Неотложная помощь при данном приступе
Н	-	007
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Юноша 16 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, головокружения. Анамнез жизни: при рождении выслушивался шум сердца. В течении жизни часто болел бронхолегочными и простудными заболеваниями.

		Анамнез заболевания: в течение последнего года стали беспокоить одышка, головные боли при физической нагрузке. При осмотре: состояние стабильное. Сознание ясное положение активное. Физическое развитие нормальное. Кожа бледно-розового цвета. В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Выслушивается слабый систолический шум во II-III межреберье слева. ЧСС 90 уд/мин., АД 110/70. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. ЭКГ. ЭОС отклонена вправо, признаки гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия; неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Рентгенологически выявляется усиление легочного рисунка. В прямой проекции сердце увеличено за счет правого желудочка, талия сердца сглажена за счёт выбухания вен
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Назовите дифференциальный диагноз
В	3	Назвать классификацию порока
В	4	Назвать показания к хирургической коррекции порока.
В	5	Описать виды хирургического лечения порока
Н	-	008
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной И. 68 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. Из анамнеза: ревматизма в анамнезе нет. Впервые порок аортального клапана был диагностирован в 2006г., во время планового мед. осмотра, по поводу чего больной был направлен на консультацию в СККБ, от которой он воздержался. В последующем отмечает появления чувства дискомфорта в области сердца, незначительную одышку. Больной ничем не лечился, за помощью не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования болей в области сердца с 2015г., в связи с чем находился на обследовании по месту жительства. При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 76 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических 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, митрально-аортальный контакт. Регургитация: I ст. Градиент давления: 81/43 мм рт.ст. Митральный клапан: очаговые кальцинаты в основании задней створки, створки умеренно уплотнены. Регургитация: I ст. Трехстворчатый клапан: створки не изменены. Регургитация: нет. расчетное давление в ЛА 30 мм.рт.ст. СКГ: гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено. УЗДГ-БЦА: признаки атеросклероза сонных артерий. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Неровный ход позвоночных артерий, гемодинамически значимый изгиб в первом сегменте справа. Флебэктазия ВЯВ справа.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
В	3	Показания для операции при данной патологии
В	4	Назовите степени кальциноза.
В	5	Хирургическое пособие при аортальном стенозе
Н	-	009
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной В. 64 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. Считает себя больным с 2015 года, когда впервые появился дискомфорт в области сердца. Больной ничем не лечился, никуда не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования боле за грудиной, одышки в течении последнего месяца, в связи с чем больной был консультирован в поликлинику №1. По данным СКГ от 01.11.16г.: гемодинамически значимых сужений коронарных артерий не обнаружено. При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

		ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 57. Блокада ПНПГ. ЭхоКГ: ЛП: 33/50 КДР: 52 КСР: 32 КДО 143 КСО 55 ФВ: 62% тЗСЛЖ: 14/15 тМЖП: 16/16 Аортальный клапан: створки не дифференцируются, распространенный кальциноз. ФК 26 мм. Регургитация: I ст. Градиент давления: 98/60 мм рт.ст. Митральный клапан: очаговые кальцинаты по кольцу, в подклапанных структурах. Регургитация: I ст. Трехстворчатый клапан: створки не изменены. Регургитация: нет. расчетное давление в ЛА 25 мм.рт.ст. Доп. Особ.: Тахикардия с ЧСС 97 ударов в минуту. Полость перикарда не расширена. Сократительная способность миокарда ЛЖ равномерная, зон гипокенеза не выявлено. Признаки кардиосклероза. Жидкость в плевральных полостях не лоцируется. ХЭКГ: регистрировался регулярный синусовый ритм с ЧСС 48 – 91 в минуту, с тенденцией к брадикардии в ночной период времени. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные экстрасистолы с нормальным проведением. В течении всего периодла наблюдалась полная блокада ПНПГ и связанные с ней изменения сегмента ST-T в отведениях V1, V2, V5. Пауз ритма больше 2 сек не было.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
В	3	Укажите основные причины развития данной патологии
В	4	Назовите степени кальциноза.
В	5	Какие виды искусственных протезов существуют на данный момент и какой из них показан для имплантации данному пациенту?
Н	-	010
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной А. 24 лет предъявляет жалобы на значительную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей до уровня лодыжек, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/20 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе гипертоническая болезнь с 14 лет, с максимальным подъемом АД до 180/20 мм рт.ст. Считает себя больным с 2009г., когда при прохождении планового медосмотра по линии РВК по данным ЭхоКГ был диагностирован врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан без признаков стенозирования. Больной консультирован в СККБ. По характеру заболевания было показано амбулаторное наблюдение в условиях клиники. В ноябре 2016г., после перенесенной ОРВИ стал отмечать лихорадку с повышением температуры тела до 400С., по поводу чего самостоятельно принимал антибиотики и НПВС. В связи с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больной обследован в инфекционной больнице по месту жительства.

		Обследование на маркеры по поводу лихарадки неясного генеза – маркеры отрицательные. В марте 2017г. находился на лечении в ОБКБ имени Н.А.Семашко с диагнозом: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2-3. Вторичный ИЭ аортального клапана. Больной консультирован в СККБ. По данным контрольной ЭхоКГ от 29.03.17г. данных за инфекционный эндокардит аортального клапана нет. Проведение ЧпЭхоКГ по техническим причинам проведено не было. Больной был выписан на амбулаторное лечение кардиолога по месту жительства. Ухудшение состояния, в виде повторных эпизодов подъема температуры до 380С с мая 2017г. Больной повторно был кгоспитализирован в ОБКБ имени Н.А.Семашко. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 87. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/ж блокада. ЭхоКГ: ЛП: 49/45 КДР: 79 КСР: 53 КДО/КСО – 266/116 ФВ: 56% тЗСЛЖ: 10/17 тМЖП: 11/15 Аортальный клапан: ФК – 29 мм, 2 створки, рыхлые, утолщены, пролабирует передняя створка. Регургитация II ст. Митральный клапан: ФК – 34 мм, флотирующие наложения на передней створке в проекции заднее – медиальной комиссуры, фенестрация передней створки. Регургитация: III. Трикуспидальный клапан: створки тонкие. Регургитация: нет. Среднее давление в легочной артерии 34 мм рт.ст. Дополнительные особенности: Дилатация предсердий. Сократимость ЛЖ равномерная. Расширение полости перикарда до 8 мм. В плевральных полостях жидкость не лоцируется. Селезенка – очаговых изменений нет. ФГДС: гастрит без атрофии слизистой. Тест на НР отрицательный. LE – клетки: не найдены. Посев крови на стерильность: роста нет. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия. Кальцинат печени. Диффузные изменения печени. Признаки хронического бескаменного холецистита. Деформация, застойные явления в желчном пузыре. Спленомегалия.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
В	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
В	4	Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита.
В	5	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованные)

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень кейс-заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания по разделам практики.

5.1.1 Кейс-задания к зачёту по практике «Клиническая практика»:

	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.8	Способен проводить обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения
Ф	А/02.8	Способен назначать и проводить

		лечения пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических

		состоян иях сердечн о-сосудис той систем ы, требую щих хирург ическог о лечения
Ф	А/04.8	Способ ен провод ить анализ медико-статист ическо й информ ации, ведение медици нской докуме нтации, организ ация деятель ности находя щегося в распоря жении медици нского персона ла
Ф	А/05.8	Способ ен провод ить и контро лироват ь эффект

		ивность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/06.8	Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
Н	-	01
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

у	-	Больной М. 24 лет предъявляет жалобы на длительную лихорадку, выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, на чувство дискомфорта в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе употребление в/в

		опиоидов с 16 лет. Считает себя больным с 23.05.15 года, когда впервые появилась одышка, продуктивный кашель с мокротой слизистого характера, подъем температуры до 38,5С., в связи с чем, находился на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГКБ №2 г. Дзержинск с диагнозом: Внебольничная двустор

		онняя пневмония. В ходе обследования, по данным ЭхоКГ от 27.05.15г., обнаружены признаки инфекционного эндокардита с поражением трехстворчатого клапана. 24.06.2015г по жизненным показаниям выполнена операция - протезирование трикуспидального клапана (биопротез «ЮниЛайн»-26, №28000914), санация

		правых отделов сердца. Через 2 месяца после выписки отметил подъем температуры до 40° с потряса ющим ознобом. До настоящего времени трижды обследовался и лечился в б-це №2 г.Дзержинска (последняя госпитализация в апреле 2016г.). Принимал антибиотики (названий не помнит).
В	1	Сформулируйте предварительн

		ый диагноз
В	2	Какие методы дообследования необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза.
В	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
В	4	Опишите технику оперативного вмешательства.
В	5	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованные)
Н	-	02

И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной Р. 68 лет предъявляет жалобы на давящие боли в области сердца вне связи с физической нагрузки; на перебои в сердце, приступы учащенного сердцебиения; синкопальные состояния, на головные боли при повыше

		нии АД. Анамнез заболевания: Гипертонический анамнез более 20 лет с максимальным подъемом АД до 210/110 мм рт.ст. 06.12.2015г. был эпизод учащенного сердцебиения на фоне повышения АД, вызвал СМП. После инфузии верапамила состояние улучшилось. С 12.01.16г. по 23.01.16г. находился на лечении в ОКБ им.Сем

		ашко. При обследовании по данным Эхо-КГ выявлено объемное образование левого предсердия размерами 27х26 мм. При осмотре: Состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник.

		Положение активное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, диастолический шум, с эпицентром на верхушке, с ЧСС 58 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: левограмма, ритм

		синусовый, ЧСС 59 в мин. ЭхоКГ: клапанные структуры с очаговыми уплотнениями. В полости левого предсердия определяется округлое образование 43х36 неоднородной плотности с четкими контурами по свободному краю, фиксирующееся в верхней части МПП на протяжении 1,5 см. Общ. ан. крови: Hb 119 г/л;

		эритр. 3,84х10 12/л; цв.пок 0,9; СОЭ 20 мм/ч; лейк. 9,6х109 /л; палочк яд. 6%; сегм. 48%; эоз. 6%; лимфоц иты 34%; мон. 6%. Ан. мочи: 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 Cholesterol - mg/dL (N 30-85); K.A. – (N 1,0-3,0); LDL Cholesterol – (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).
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
В	2	Укажите основные гипотезы происхождения миксом.
В	3	Охарактеризуйте макроскопиче

		ский вид миксомы.
В	4	Укажите факторы риска развития миксом.
Э	-	Пол – женщины болеют чаще; Возраст –30-60 лет; Аналогичные заболевания у родственников; Онкологические заболевания
Р2	-	Все варианты указаны в полном объеме
Р1	-	Указаны не все факторы риска
Р0	-	Не указан ни один из факторов риска.

В	5	Укажите основные методы диагностики миксом сердца.
Н	-	03
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной Х. 37 лет предъявляет жалобы на незначительную одышку при выраженной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе

		сердца, на чувство диском форта, боли в области сердца сжима ющего характе ра, снижен ие работос пособн ости. Из намнеза евматиз а в намнезе ет. С ности еспокои и арушен я ритма о типу инусово ритмии. Считает ебя ольным евраля 017г., огда первые тметил оявлени ароксиз ов с оследу щим озникно ением остоянн й ормы

		фибрилл ции редсерд й. При осмотр е: состоян ие в покое удовлет ворител ьное. Тоны сердца: ритмич ные. Шумы: систоли ческий шум на верхуш ке, провод ится в подмы шечну ю впадин у. АД: 110/70 мм рт.ст. ЧСС: в мин. Печень не увелич ена, отеков нет. ЭКГ: нормог рамма, фибрил ляция предсер дий с ЧСС = 78 в мин. Очагов

		ая 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 зарегис

		трированы . ЭхоКГ. ЛП: 41х53 ПП: 34х43 ПЖ: 15х20 КДО: 137 КСО: 67 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 9/10 тМЖП: 10/12 Митральный клапан: ств. тонкие, ПС большая пролабирует. ФК: 22 Регургитация: II ст. Аортальный клапан: 3 ств. не изменены. ФК: 25 Регургитация: нет.Трехстворчатый клапан: ств. не изменены, пролабируют. ФК: 29

		Регургитация: I ст. Расчетное давление в ЛА: 17 мм рт.ст.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
В	3	Показания для операции при данной патологии
В	4	Назовите степени недостаточности митрального клапана.
В	5	Хирургическое пособи

		е при митральной недостаточности
Н	-	04
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больной И. 48 лет предъявляет жалобы на выраженную одышку в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца, снижение работоспособности,

		общую слабость. Из анамнеза: считает себя больнsv с февраля 2016г., когда стал отмечать отечность левой н/к., болезненность по ходу большой подкожной вены Больной ничем не лечился, за помощью не обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого приступа одышки, болей в области сердца 07.03.17 г., в

		связи с чем КСМП был экстренно госпитализирован в условия стационара. При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18

		в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 90 в минуту. Аускультативно выслушивается дующий систолический шум с эпицентром на мечевидном отростке, акцент 2 тона над легочной артерии. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиол

		огическ ие отправл ения в норме. ЭКГ:ри тм синусов ый регуляр ный с ЧСС 53. Очагов ая в/ж блокада . Субэнд окардиа льная ишемия по передне й, боково й стенке. Ангиоп ульмон ографи я: картина тромбо эмболи и долевы 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 Митральный клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Аортальный клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: 1 ст. Трехстворчатый клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Кровоток в легочной артерии необструктивного типа. расчетное давлени

		е в ЛА 47мм.рт.ст., Доп. Особ.: Сократимость равномерная.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца(аортальный стеноз).
В	3	Показания для операции при данной патологии
В	4	Виды хирургических операций при ТЭЛА.
В	5	Укажите возможные осложн

		ения ТЭЛА.
Н	-	05
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в

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

		льной 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

		везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке систолический шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 8 см. от края реберной дуги. Пастозность голеней. Физиологические отправления в норме. В анализах: Hb-138 г/л, Эр-4,2 х

		10^{12}/л, Le-8,2 х 10^{9}/л, Тр-226 х 10^{9} /л, СОЭ-14 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.. Очаговая в/желудочковая блокада. ЧСС

		59 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 65Х42 мм; прав. предсердие 57Х44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: $T_{диаст}$= 9 мм, $T_{сист}$= 13мм. Межжелудочковая перегородка: $T_{диаст}$= 9 мм, $T_{сист}$= 12 мм. Аортальный клапан: S= 3,1см^2. Створки не измене

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

В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Н	-	06
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕ**

		ТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при легкой физической нагрузке и иногда в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение

		работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: в анамнезе ревматизм школьного возраста. Считает себя больной с 2012г., когда впервые стали беспокоить боли в области сердца и появилась одышка. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около

		полуго да. Состоя ние средне й тяжест и. Тоны сердца: аритми чные. Шумы: на верхуш ке выслуш ивается грубый систол ически й шум, провод ящийся в п/мыше чную впадин у. АД: 120/80 мм рт.ст. ЧСС: 80 в мин. Печень не увелич ена, 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 билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый с ЧСС=78 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Изменения процессов реполяризации. ЭХО-КГ: ЛП: 57х68 ПП: -

		ПЖ: 23х26 КДО: 158 КСО: 77 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 11/19 тМЖП: 13/14 Митральный клапан: пансистолический пролапс Р2, возможно расщепление. ФК: 40 Регургитация: II - III ст. Аортальный клапан: ств. не изменены. ФК: 26 Регургитация: нет. Трехстворчатый клапан: ств. не изменены. Регургитация: I ст.
В	1	Предположите наибол

		ее вероятный диагноз.
В	2	Что позволяет оценить Эхо-КГ при данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде

Н	-	07
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли

		в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: В анамнезе ревматизм с 7–летнего возраста. Находилась на диспансерном учете в ГКБ

		№5, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник. В легких везикулярное

		дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 76 в минуту. Систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 130/70 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; мочевина 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый. Блокад

		а правой ножки ПГ неполная. ЧСС 67 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 41Х35 мм; прав. предсердие 43Х35 мм. Лев. желудочек: КДР 47мм; КСР 34мм; КДО 94мл; КСО 45мл; фракция выброса 52%. Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 17 мм. Межжелудочковая перегородка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм.

		Аортальный клапан: фиброз, очаги Са; Са по кольцу, стенкам аорты, МЖП; щелевидное открытие. S=1,2 см2. Градиент (Δр) сист. макс./средн=89,7/54,7 мм Hg. ФК 22мм. Митральный клапан: N. Трехстворчатый клапан N. Ppulm=30 мм Hg.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Классификация

		тяжести данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Н	-	08
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И**

		ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А. 53 лет поступила в отделение приобретенных 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 грудин

		ой с ирради ацией в левую лопатк у, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестаби льность АД с повыш ением до 170 мм рт ст, головн ые боли. Анамне з заболев ания: В анамне зе артериа льная гиперте нзия более 5 лет. Считае т себя больно й в течение послед них 2 лет с постепе нным появле нием выше перечи сленны

		х жалоб. К врачам не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Состояние в покое ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не

		увеличены. Нормостеник В легких везикулярное дыхание, с бронхиальным компонентом, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные с ЧСС 64 в минуту. На верхушке 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; мочевина 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л

		ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка. Изменение процессов реполяризации. Q-рубец по боковой стенке. ЧСС 64 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 56х40 мм; Лев. желудочек: КДР 51мм; КСР 38мм; фракция выброса 62%. Задняя стенка ЛЖ: 16\19 мм. Межже

		лудочковая перегородка: 15\18 мм. Аортальный клапан: 23\30, фиброкальциноз с распространением за пределы ф\кольца, Градиент (Δр) сист. макс./средн= 100\74 мм Hg., рег 1 ст. Митральный клапан: рег 1-2 ст. Трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии N. Умеренная дилатация полости ЛП ЛЖ. Гиперт

		рофия ЛЖ. сократимость равномерная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?

В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
Р2	-	Перечислены основные осложнения
Р1	-	Не указано одно из осложнения.
Р0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	-	09
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУ**

		АЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, боли в области сердца ноющего, колющ

		его характера, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде

		прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Акроцианоз. Иктеричность кожных покровов, склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в

		минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке систолический шум. АД 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 8 см. от края реберной дуги. Пастозность голеней. Физиологические отправления в норме. В анализах: 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.. Очаговая в/желудочковая блокада. ЧСС 59 в 1 мин. ЭХО-КГ:

		лев. предсердие 65Х42 мм; прав. предсердие 57Х44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 13мм. Межжелудочковая перегородка: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 12 мм. Аортальный клапан: S= 3,1см2. Створки не изменены. Раскры

		тие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролябирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан – створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочной артерии N. Ppulm= 43 мм Hg.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Н	-	010
И	-	**ОЗНАКОМЬ**

		ТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная В. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при минимальной нагрузке и в покое, сухой кашель, слабость, головные боли, на слабость в левой руке и

		левой ноге. Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода.

		Объективный статус: Состояние в покое средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное полусидя. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких жесткое дыхание, справа в нижних отделах выслушиваются сухие

		свистящие хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 97 в минуту. Выраженный систолический шум у мечевидного отростка, на верхушке с иррадиацией в подмышечную область. АД 120/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Физиологическ

		ие отправления в норме. Неврологический статус: ограниченные движения в левых конечностях, больше в руке. 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль

		/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 87 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/жел. блокада. Рубец по передней стенке?. ЭХО-КГ: ЛП 42/54мм, ПП 46/46мм; ЛЖ: КДР/КСР 66/39мм; ФВ 70%; КДО/КСО 130/75 мл; ФВ 65%. МК: S=5,7см2; створки неоднородной плотности, краевой фиброз. отрыв

		хорды. Пансистолический пролапс задней створки. Регургитация 3 ст. ТК: регургитация 2 ст. АК в норме. Давление на ЛА 56мм.рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии

В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Н	-	011
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Больная Д. 63 лет поступила в отделение

		приобретенных пороков сердца с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, на чувство жжения за грудиной, периодическую отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением повышение до 160/90 мм рт.ст., головные боли.

		Анамнез заболевания: В анамнезе ревматизм с 10 летнего возраста. Находилась на диспансерном учете в ГКБ №38, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение

		активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 74 в минуту. На верхушке усилен I тон, выраженный диастолически

		й шум. Систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 160/90 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; мочевина 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый регулярный с ЧСС = 72 в мин. Гипертрофия ЛЖ с перегрузкой. Субэндокардиальная ишемия по

		боковой, нижней стенке. ЭХО-КГ: ЛП: 44/54 ПП:40/60ЛЖ: КСР/КДР – 50/32. КДО:80. КСО:30 ФВ: 64 % тЗСЛЖ:16/22 тМЖП: 16/21 Митральный клапан: диаметр кольца – 31. Отверстие: 2,6 см² Градиент 2/1 мм рт ст. Регургитация: I ст. Передняя створка – краевой фиброз, хорды утолщены. Ао - 22/35. Аортальный клапан:

		3 створки. S - 0,6 см². Градиент 105/68 мм.. Левая коронарная створка короткая. Са III. Трехстворчатый клапан: створки тонкие. Регургитация I ст. расчетное давление в ЛА 25 мм рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
В	3	Какие типы операц

		ий используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Н	-	012
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У	-	Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при легкой физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности, общую слабость,

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

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

		ЧСС: 64 в мин. Печень не увеличена, отеков нет. 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: нормограмма,

		ритм синусовый регулярный с ЧСС = 64 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/желудочковая блокада. Изменения процессов реполяризации. ЭХО-КГ: ЛП: 41х54 ПП: 41х56 ПЖ: 19х19 КДО: 59 КСО: 29 ФВ: 51% тЗСЛЖ: 15/21 тМЖП: 16/18 Митральный клапан: ств. с краевым фиброзом. ФК: 29 Регурги

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

		наиболее вероятный диагноз.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	Скорость кровотока, м/с: 1. мягкий - менее 3,0 2. умеренный - 3,0–4,0 3. тяжелый - более 4,0 Средний градиент, мм рт. ст. 1. мягкий - менее 25 2. умеренный - 25–40 3. тяжелый - более 40 Площадь

		отверстия, см2: 1. мягкий - более 1,5 2. умеренный - 1,0–1,5 3. тяжелый - менее 1,0 Индекс площади отверстия, см2/м2 3. тяжелый - менее 0,6
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациен

		тов с риском ИБС?
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Н	-	013
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Женщина, 54 года, предъявляет жалобы отёчность, тяжесть, ноющую боль в левой нижней конечности, в области язвенного дефекта левой

		стопы, к вечеру и после физической нагрузки. Из анамнеза: страдает варикозной болезнью в течение многих лет (после первых родов). В течении последних 6 месяцев беспокоят тяжесть и отёчность левой нижней конечности к вечеру и после физической нагрузки, появился язвенный дефект на

		левой стопе. Лечилась самостоятельно (троксерутиновая мазь) без значительного эффекта. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64

		ударов в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Status localis: по ходу большой подкожной вены слева отмечаются варикозно измененные приток

		и большой подкожной вены, мягкие, безболезненные при пальпации. Левая нижняя конечность отёчна, тёплая на ощупь, в нижней трети левой голени отмечается выраженный липодерматосклероз. На передней поверхности левой стопы имеется язвенный дефект 1*1 см, дно язвы выполнено фибрином, без отделяе

		мого. Периферическая пульсация сохранена. Выполнено УЗДГ и ДС вен нижних конечностей: выявлено варикозная трансформация притоков БПВ слева, ствол БПВ расширен. При проведении пробы с натуживанием ретроградный кровоток определяется. Несостоятельность перфорантов на голени слева. В анализах: Hb 120 г/л,

		Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ-25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевина 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер> 500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый.

		Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз варикозной болезни.
Э	-	Основным методом диагностики служит компрессионное ультраз

		вуковое дуплексное ангиосканирование. Метод позволяет оценить состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба (окклюзивный, пристеночный, флотирующий), его дистальную и проксимальную границы, проходимость глубоких и перфорантных вен и даже ориентировоч

		но судить о давности процесса. В стандартный объем ультразвукового ангиосканирования обязательно должно входить исследование подкожных и глубоких вен не только пораженной тромбофлебитом, но и контралатеральной конечности для исключения симультанного их поражения, часто протекающего бессим

		птомно. 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 илиокавального сегмента.
В	3	Показания к операции при данной патологии
В	4	Назовите обязательные

		этапы хирургической операции при ВБВНК.
В	5	Назовите современные методы лечения варикозной болезни
Н	-	014
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, иррадиирующ

		ей в правое подреберье, усиливающиеся при приёме пищи, метеоризм. Из анамнеза: боли в эпигастральной области беспокоят в течении 6 месяцев, обращался в поликлинику по месту жительства, где получал консервативную терапию антацидами, без эффекта. В течение последних нескольких дней

		отмечает нарастание болевого синдрома. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий,

		при пальпации безболезненный во всех отделах, незначительно вздут за счёт метеоризма. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом покола чивания по поясничной области отрицательный. Выполнено УЗДГ аорты и висцеральных артерий: выявлено экстравазальная компрессия чревного ствола

		медиальной ножки дугообразной связки, со стенозом около 80%. В анализах: Hb 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ-25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевина 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18

		сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер> 500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.

В	3	Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
В	4	Назовите возможные причины экстравазального поражения висцеральных артерий.
В	5	Назовите возможные хирургические вмешательства при экстравазальном поражении висцеральных артерий брюшной аорты.
Н	-	015
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ**

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

		чные состояния. Из анамнеза: зябкость, ноющие боли при подъёме левой руки вверх, беспокоят более 3 лет, в течении года появились приступы головокружения, потери сознания, усилились боли в левой верхней конечности При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные

		покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в мин., АД – на правой руке 160/90 мм рт ст., на левой 110/60 мм рт/ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

		Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. St. localis: На правой верхнее конечности пульсация артерий определяется на всех уровнях. На левой верхней конечности в подмышечной ямке не определяется. Левая верхняя конечность прохладная на ощупь в сравнении с правой. Чувствительн

		ость пальцев левой верхней конечности снижена в сравнении с правой. Выполнено ДС с УЗДГ артерий верхних конечностей: выявлена окклюзия левой подключичной артерии в 1 сегменте, патологический ретроградный кровоток по левой позвоночной артерии. В анализах: Hb 130 г/л, Эр-5,0 х 1012/л,

		Le-11,4 х 109/л, Тр-332 х 109 /л, СОЭ-18 мм/ч. О.билирубин 24,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевина 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 9,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 30 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер> 500 мкг/л, МНО – 1,1 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное

		положение ЭОС. ЧСС – 70 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Назовите стадии ишемии верхней конечности.
В	3	Проведите дифференциальную диагностику атеросклеротического поражения подключичной артерии.
Э	-	Нейроваскулярный синдром. Болезнь Рэйно

Р2	-	Приведено 2 и более заболеваний.
Р1	-	Приведено 1 заболевание.
Р0	-	Не приведено примеров.
В	4	Назовите методы диагностики ишемии верхней конечности.
В	5	Назовите методы хирургического лечения ишемии верхней конечности.
Н	-	016
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕ**

		РНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, иррадиирующей в правое подреберье, усиливающиеся при приёме пищи, метеоризм. Из анамнеза: боли в эпигастральной области беспокоят в течении 6 месяцев, обращался в поликлинику по месту

		житель ства, где получа л кончер ативн ую терапи ю антаци дами, без эффект а. В течение послед них несколь ких дней отмеча ет нараста ние болевог о синдро ма. При осмотр е: состоян ие удовлет ворите льное, сознан ие ясное. Кожны е покров ы чистые, обычно й окраск и. В легких дыхани е

		везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, незначительно вздут за счёт метеоризма. 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 анализах: Hb 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ-25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль

		/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевина 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер> 500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого

		желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
В	3	Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
В	4	Назовите возможные хирургические вмешательства при атеросклеротическом поражении висцеральных артери

		й брюшной аорты.
В	5	Назовите методы медикаментозного лечения хронической ишемии органов пищеварения.
Н	-	017
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Мужчина, 59 лет, обратился к врачу с жалобами на нестабильное АД (колебания от 140/85 до

		185/115 мм рт.ст.) в течение полугода, на постоянные головные боли, головокружения, дискоординация движений, снижение памяти, снижение внимания, сосредоточенности, слабость. Из анамнеза известно, что последние 6 месяцев отмечает приступы головокружения, головные боли, свистя

		щий шум в голове. Эпизодов ОНМК не отмечает. По данным ДС БЦА: выявлено атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий. Справа –стеноз на бифуркации ОСА 40-45%, стеноз ВСА в устье 50-55%. Слева – стеноз на бифуркации ОСА 30-40%, стеноз ВСА 30-35% При осмотре: состоян

		ие относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. В мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

		Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При аускультации сонных артерий справа выслушивается слабый систолический шум. Очаговой неврологической симптоматики нет. Менингиальных симптомов нет
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Классификация

		сосудистой недостаточности мозгового кровообращения
В	3	Инструментальный метод диагностики атеросклеротических поражений сонных артерий.
В	4	Методы хирургического лечения стенозов сонных артерий
В	5	Определите тактику лечения для данного больного
Н	-	018
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУ**

		АЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 34 лет, предъявляет жалобы на частое повышение АД до 150/100, головные боли, головокружения, непостоянные тянущие боли в правых отделах живота. Из анамнеза: Считает себя больной около года, когда стала отмечать непостоянные тянущи

		е боли в правых отделах живота, наблюдалась у уролога, боли не проходили. Крайние полгода стала отмечать частое повышение АД до 150/100, сопровождающееся головными болями, головокружениями. Амбулаторно выполнено УЗИ брюшной полости и МСКТ с контрастом: Правая почка расположена на уровне

		Th12-L3 позвонков, размером 57,9x56,0x110,0 мм. Контуры четкие, ровные. Паренхима гомогенная, обычной плотности, чашечный аппарат не изменен. Лоханка не расширена. В режиме ангиографии в воротах почки в области бифуркации правой почечной артерии определяется аневризматическое расширение сосудис

		той стенки мешотчатой формы, размером 16,0x18,0x16,2 мм. Мочеточник прослеживается на всем протяжении, без признаков деформации. Левая почка расположена на уровне Th12-L3 позвонков, размером 56,4x56,3x105,9 мм. Контуры четкие, ровные, паренхима однородная, обычной плотности. Лоханка не

		расширена. Мочеточник прослеживается на всем протяжении. 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 поверхностной пальпации безболезненный во всех отделах, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правом мезогастрии, в проекции почки. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируется.

		Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии. Status localis: На сонных артериях и в проекции брюшного отдела аорты – без шумовой симптоматики. На магистральных сосудах пульсация определяется в полном объеме.

		В анализах: 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 81,1 мл/мин/1,73м2 ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 74 в мин. Диффу

		зные наруше ния реполя ризаци и. Наруше ния внутри желудо чковой провод имости.
В	2	Характ еристик а метода, которы й позволя ет верифи цирова ть диагноз аневриз мы правой почечн ой артери и.
В	3	Привед ите класси фикаци ю аневриз м почечн ых артери й
В	4	Показа ния и основн ые виды операц ий при

		данной патологии
В	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Н	-	019
И	-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	-	Мужчина, 48 лет, поступил в стационар с жалобами на частые головные боли, слабость, перемежающаяся хромоту 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 высокое артериальное давление. Лекарственная терапия – без эффекта. Артериальное давление достигало 200/130 мм рт.ст. Произв

		едена аортография по Сельдингеру, обнаружено склеротическое сужение левой главной почечной артерии, калибр почечной артерии в месте сужения 3 мм. Размер левой почки 11см, правой почки 12,5 см. На нефрограмме контрастирование левой почки по времени отстает от контрастирования правой почки. По данным

		ангиографии и УЗДГ артерий нижних конечностей – стеноз подколенной артерии справа 50%, кровоток компенсирован. При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увелич

		ены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 74 уд/мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненый. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируется. 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. В проекции левой почечной артерии – систолический шум. На магистральных сосудах нижних конечностей пульсация определяется слева – в полном объеме, справа на

		уровне бедренной артерии, ниже резко ослаблена. 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 78,3 мл/мин/1,73м2

		ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 76 в мин. Диффузные нарушения реполяризации. Нарушения внутрижелудочковой проводимости.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
В	3	Опишите патогенез вазоренальной гипертензии
В	4	Опишите характерные

		жалобы пациентов при атеросклеротическом стенозе почечной артерии
В	5	Укажите показания и противопоказания к стентированию почечных артерий
Н	-	020
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 больной 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 обследовании,

		включая МСКТ сосудов почек, выявлено локальное сужение контрастируемого просвета правой почечной артерии и гипоплазия правой почки. При аортоартериографии, выявлено уменьшение правой почки в размерах. В среднем сегменте правой почечной артерии определяется извитость хода с сужени

		ем просвета 3 степени. 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 80

		уд/ мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируется. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии. Status localis: Пульсация на магист

		ральных артериях нижних конечностей определяется в полном объеме. На аорте и сонных артерий без шумовой симптоматики. В проекции правой почечной артерии - систолический шум. 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; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 81,1 мл/мин/1,73м2 ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 74 в мин.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
В	3	Опишите

		патогенез данного заболевания
В	4	Выберите оптимальный метод оперативного лечения данного пациента и опишите его основные принципы
В	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

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.

Дата «12» 02 2022 г.