

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
код, наименование

Кафедра: госпитальной хирургии им. Б.А. Королева

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2022

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия» используются следующие оценочные средства:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2,	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,

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

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	К о д	Текст названи я трудо вой функци и/ текст элемент а мини- кейса
Н	-	001
Ф	А / 0 1 . 8	Способ ен провод ить обследо вания

	<p>пациент ов в целях выявле ния заболе ваний и (или) патолог ических состоян ий сердечн о- сосудис той систем ы, требую щих хирурги ческого лечения</p>
Ф	<p>А / Способ 0 ен 2 назнача . ть и 8 провод ить лечения пациент ам с заболе ваниями и (или) патолог ически ми состоян иями сердечн о- сосудис той систем ы, требую щими хирурги ческого лечения</p>

	, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А / Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения
Ф	А / Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение медици

	<p>нской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
Ф	<p>А / Способ 0 ен 5 провод . ить и 8 контрол ировать эффект ивность меропр иятий по профил актике и формир ованию здорово го образа жизни, санитар но- гигиени ческом у просве щению населен ия</p>
Ф	<p>А / Способ 0 ен 6 оказыва . ть 8 медици</p>

	<p>нскую помощь в экстрен ной форме</p>
И	<p>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</p>
У	<p>Мальчи к М., 1,5 года, поступи л в стацион ар с жалоба ми на отстава ние в физиче ском развити и (масса тела 10 кг), появлен ие одышки и цианоза носогуб ного треугол ьника при физиче</p>

	<p>ском или эмоционально 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,</p>
--	---

	<p>акроцианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол».</p> <p>Область сердца визуаль но не измене на.</p> <p>Тоны сердца ясные, ритмич ные, ЧСС — 120 ударов в мин, ЧД — 25 в 1 минуту.</p> <p>Вдоль левого края грудины выслуш ивается жестки й систолический шум, II тон ослабле н во втором межреб ерье слева.</p> <p>Границ ы</p>
--	--

	<p>относительной сердечной тупости : левая — по левой среднелючичной 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.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> гематокрит — 44%, НЬ — 165 г/л, Эр —</p>
--	---

		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 — 2 мм/час.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью, названы не все пороки
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2 Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	- УЗИ сердца (с доплерографией), рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование сердца, ЭКГ, АД мониторинг.
Р2	- Методы перечислены в полном объеме
Р1	- Не перечислены основные общеклинические методы

		исследо вания
P0		Метод не указан
B	3	Причин ы появлен ия диффуз ного цианоза при этом пороке.
Э	-	Диффуз ный цианоз – развива ется постепе нно, так как при рожден ии функци онирует ОАП, затем развива ются коллате рали. Цианоз проявля ется в силу обеднен ия малого круга кровооб ращени я, за счет право- левого сброса

P2	-	Причины указаны верно
P1	-	Отражены не все причины.
P0	-	Причины названы не верно
B	4	Назовите анатомию данного порока?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, дэкстра 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 системной легочных анастомозов Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией

	<p>й и легочно й артерие й являетс я операци ей выбора у младен цев младше 3 мес. 2. Радикал ьная коррекц ия Радикал ьная операци я состоит в закрyti и ДМЖП заплато й, устране ние инфунд ибуляр ного стеноза, резекци я или пластик а ВОПЖ и при необхо димост и — трансан улярно й пластик и выводн</p>
--	--

		ого тракта правого желудо чка.
P2		Все виды операц ий указаны в полном объеме
P1		Допуще ны погреш ности в описан ии техники операц ий
P0		Ответ неверн ый: не назван ы виды операти вных вмешат ельств
H		- 002
И		ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У		- Девочк а К., 1,5

	<p>года, поступи л в стацио на р с жалоба ми на отдышку при физиче ской нагрузк е, общую слабост ь, повыше нную утомляе мость, плохо прибыв ает в весе. Анамне з заболев ания: Врожде нный порок сердца впервые е установ лен в 1 мес. Анамне з жизни: Наслед ственно сть не отягощ ена. Ребёнок от 1 береме нности, протека вшей с токсико</p>
--	---

	<p>зом, угрозой прерыва ания береме нности в начале береме нности, анемие й 1 ст. Роды срочны е, вес при рожден ии 3664г. Перене сенные заболе вания: 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</p>
--	---

	<p>ие ясное, положе ние активно е. Телосл ожение правиль ное, питание пониже нное, снижен тонус и тургор тканей, мышеч ный тонус. Кожа и видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски . Перифе рически е лимфоу злы не увеличе ны. В легких везикул ярное дыхани е, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ритмич ные, ЧСС 160 в</p>
--	---

	<p>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. Программа. Гипертрофия правого желудочка. Очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости. Рентгенография: Лёгочн</p>
--	---

	<p>ые поля прозрачные. Лёгочный рисунок усилен за счёт сосудистого компонента. КТК= 59 %, инд. Мура= 32%. Тень сердца расширена за счёт гипертрофии правых отделов.</p> <p>Общий анализ 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.</p>
В	<p>1 Сформулируйте предварительный диагноз</p>

Э	Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки, анемия смешанного генеза лёгкой степени тяжести.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?

Э	- ЭхоКГ, МСКТ с контрастом, зондирование полостей сердца с монотрией при необходимости
P2	- Методы перечислены в полном объеме
P1	- Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	- Метод не указан
B	3 Назвать классификацию порока
Э	- По локализации: - Перимембранный ДМЖП

	- Подартерияльный ДМЖП - Мышечный ДМЖП - Приточный ДМЖП По размеру : - Рестриктивный ДМЖП - Нерестриктивный ДМЖП
P2	- Классификация указана верно
P1	- Классификация неполная.
P0	- Классификация названа не верно
B	4 Дифференциальная диагностика порока
Э	Дифференциальный

	диагноз ДМЖП необходимо проводить с пороками, протекающими с обогащением малого круга кровообращения: с первичным ДМПП, АВК, ОАП с легочной гипертензией.
P2	Все варианты указаны в полном объеме
P1	Варианты указаны частично
P0	Не указан ни один из пунктов.
B	5 Назвать виды и тактику хирургии

	ческого лечения
Э	<p>1 Эндова скулярн ое хирурги ческое лечение : Предпо лагает закрyti е дефекта окклюд ером.</p> <p>2 Хирург ическое лечение открыт ым доступо м: - Дефект закрыва ют с помощь ю заплаты PTFE или ксенопе рикарда - Неболь шие мышеч ные дефект ы могут быть ушиты п- образн ым швом.</p>
P2	Назван ы все виды

		операци й
P1		Виды операци й назван ы частичн о
P0		Виды операци й назван ы неверно .
H	-	003
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Родител и с девочко й Ж. 3 месяца, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состоян ие ребенка удовлет ворител ьное,

	<p>кожные покровы бледно-розового цвета. Ребенок не отстаёт в физическом развитии, активен. В анамнезе: шум над областью сердца выявлен после рождения ребенка. При осмотре: Область сердца визуаль но не изменена. В легких дыхание пуэрильное, ЧД — 35 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Тоны</p>
--	--

	<p>сердца ясные, ритмич ные, определ яется грубый систоли ческий шум в III-IV межреб ерье, усилени е II тона на ЛА. Пульса ция на перифе рически х артерия х отчетли вая. ЧСС — 126 ударов в мин.,. Печень не увеличе на, селезен ка не пальпи руется.</p>
В	<p>1 Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз</p>
Э	<p>- Врождё нный порок сердца, ДМЖП,</p>

	стеноз ЛА
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Перечи слены не все возмож ные вариант ы диагноз а
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Какие дополн ительн ые методы обследо вания следует провест и для уточнен ия диагноз а?
Э	- УЗИ сердца (с доплеро графии), МСКТ с контрас том, зондиро вание полосте й

		сердца с монотрией при необходимости
P2		Методы перечислены в полном объеме
P1		Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0		Методы не указаны
B	3	Назвать классификацию порока
Э		По локализации: - Перимембранный ДМЖП - Подартериальный ДМЖП - Мышечный ДМЖП

	- Приточный ДМЖП По размеру : - Рестриктивный ДМЖП - Нерестриктивный ДМЖП
P2	- Классификация указана верно
P1	- Классификация неполная.
P0	- Классификация названа не верно
B	4 Назвать показан ия к хирурги ческому у лечени ю данного порока
Э	- наличие нерестрик тивного ДМЖП с застойн

	<p>ой сердечн ой недоста точност ью и легочно й гиперте нзие - наличие пролапс а аорталь ного клапана или недоста точност и аорталь ного клапана . - наличие всех обоюдо связанн ых субарте риальн ых дефекто в - наличие предше ствующ их эпизодо в бактери ального эндокар дита.</p>
P2	<p>Все показан ия указаны в</p>

		полном объеме
P1		Показа ния назван ы - частичн о или не полност ью
P0		Показа ния - назван ы неверно
B	5	Назвать виды и тактику хирурги ческого лечения
Э		1 Эндова скулярн ое хирурги ческое лечение : Предпо лагает закрвити е дефекта окклюд ером. 2 Хирург ическое лечение открыт ым доступо м: - Дефект закрыва ют с помощь

	ю заплаты РТФЕ или ксенопе рикарда - Неболь шие мышеч ные дефект ы могут быть ушиты п- образн ым швом.
P2	Назван ы все виды операци й
P1	Виды операци й назван ы частичн о
P0	Виды операци й назван ы неверно .
Н	- 004
И	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ

	ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	<p>Родител и с мальчи ком М. 1 месяц, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состоян ие ребенка удовлет ворител ьное, кожные покров ы бледно- розовог о цвета. Област ь сердца визуаль но не измене на. Перифе рически й пульс на верхних конечн остях отчетли вый, на нижних конечн остях не определ яется. Тоны</p>

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

	<p>На ногах АД определ ить не удалось .</p> <p>Общий анализ крови: г ематокр ит — 44% , НЬ — 135 г/л, Эр — 5,2x10¹²/ л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,3x10⁹ /л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 8 мм/час.</p>
В	1 Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз
Э	- Врождё нный порок сердца, коаркта ция аорты
Р2	- Диагно з поставл

		ен верно.
Р0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Какие дополн ительн ые методы обследо вания следует провест и для уточнен ия диагноз а?
Э	-	УЗИ сердца (с доплеро графии й), УЗДГ артерий нижних конечн остей и почечн ого кровото ка, МСКТ с контрас том, или ангиогр афию по показан ием, измерит ь транску

		танную сатурацию на нижних и верхних конечностях.
P2		Методы перечислены в полном объеме
P1		Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0		Методы не указаны
B	3	Назвать классификацию порока
Э		По взаимодействию коарктации с артериальным протоком: 1 предуктальный тип 2 юкстактактальный тип

	3	постдуктальный тип
P2	-	Классификация указана верно
P1	-	Классификация неполная.
P0	-	Классификация названа неверно
B	4	Назвать показания к хирургическому лечению данного порока
Э	-	- наличие градиента более 30 мм рт. ст. в области сужения аорты - наличие симптомов СН, устойчивых к медикаментозной терапии

	<p>- уменьшение диаметра аорты более чем на 50% на уровне коарктации (по данным ЭХО, МРТ, ангиографии)</p> <p>- наличие стабильной АГ устойчивой к медикаментозной терапии</p>
P2	<p>Все показания</p> <p>- указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Показания</p> <p>- названы частично или не полностью</p>
P0	<p>Показания</p> <p>- названы неверно</p>

В	5 Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э	1 Эндова скулярн ое хирурги ческое лечение : Предпо лагает выполн ение баллон ной дилатац ии места сужени я. 2 Хирург ическое лечение открыт ым доступо м: - резекци я коаркта ции аорты с анастом 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 операц й
P1		Виды операц й назван ы частичн о
P0		Виды операц й назван ы неверно .
H		- 005
И		ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У		- Ребенок , 6 месяцев ,

	<p>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 неотягощена. В течение нескольких месяцев – малые прибавки в весе. При осмотре : состояние</p>
--	--

	<p>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 краю грудин</p>
--	--

	<p>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 бедрях – резко ослабле на. ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС – 120 в мин. Левогра мма. Гиперт рофия левого</p>
--	---

		желудочка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Коарктация аорты. Вторичная артериальная гипертензия 2 ст. НК 2А
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.

Р0	- Диагно з поставл ен неверно .
В	2 Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания.
Э	- Необхо димо выполн ение ЭХО КГ сердца, УЗДГ артерий нижних конечн остей и МСКТ грудной клетки с внутрив енным контрас тирован ием. Данные методы диагнос тики позволя ют оценить степень сужени я аорты в зоне переше йка (диамет р

	<p>аорты, градиент давления), размеры дуги аорты (оценка степени возможной гипоплазии), функцию левого желудочка. А так же выставить показания к оперативному лечению (Градиент давления выше 50 мм рт.ст.).</p>
P2	<p>- Метод обоснован полностью</p>
P1	<p>- Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые</p>

		параметры дополнительных методов диагностики и/или не верно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод обоснован или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Пациенту показана плановая операция: радикальная коррекция коарктации аорты.

P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предло жена экстрен ная операц ия.
P0	-	Ответ отсутст вует.
B	4	Техник а опера тивного вмешат ельства
Э	-	Основн ые этапы: доступ к нисходя щей аорте левосто ронней боково й торакто мией, оценка суженн ого участка про протяж енности , резекци я участка коаркта ции, выполн ение анастом оза «КОНЕЦ

		в конец».
P2	-	Основн ые этапы указаны верно
P1	-	Указан ы не все этапы хирурги ческого вмешат ельства.
P0	-	Ответ неверн ый: указан другой доступ, предло жен другой тип хирурги ческого вмешат ельства (протез ирован ие участка аорты или обходн ое шунтир ование) .
B	5	Возмож ные послеоп ерацион ные осложн ения
Э	-	Стойка я артерия

		льная гипертензия, рекоарктация, параплегия нижних конечностей, острая почечная недостаточность.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у	<p>Мальчик 2 месяцев, доставлен в стационар машиной «Скорой помощи» с приступом судорог.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от I беременности. Беременность и роды в срок. На 3 сут начал выслушиваться шум над областью ю сердца. Ребенок был выписан под наблюдение педиатра по месту жительства. С подозре</p>
---	--

	нием на ВПС ребенок был госпита лизиров ан в стацион ар, где после проведе нного обследо вания ему был поставл ен диагноз : Тетрада Фалло. От операци и родител и мальчи ка отказал ись и, в связи со стабиль ным состоян ием, ребенок был выписа н домой под наблюд ение участко вого педиатр а с рекоме ндацие й повторн
--	---

	<p>ого осмотра через 3 месяца. Анамне з заболеван ания: через 2 недели после выписк и из стацион ара 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</p>
--	--

	<p>: состоян ие ребенка очень тяжелое . В сознани и. Крайне беспоко ен. Кожа цианот ичная. В легких хрипы не выслуш иваютс я. ЧД 88 в 1 минуту. Границ ы относит ельной сердечн ой тупости не расшир ены. ЧСС 172 уд/мин. Выслу шивает ся систоли ческий шум слабой интенси вности во 2 межреб ерье слева от грудин ы.</p>
--	--

		Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врожденный порок сердца, Тетрада Фалло, одышечнo-цианотический приступ
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен частично
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите симптомы мокомплекс тетрады Фалло?

Э	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, дэкстра позиция аорты («верхом» над МЖП).
P2	Анатомия порока указана в полном объеме
P1	Названы не все анатомические структуры порока
P0	Анатомия указана неверно
B	3 Описать патогенез данного

	приступ а
Э	В основе патоген еза ОЦП — преходя щее повыше ние тонуса лёгочно й артерии , огранич ивающе е выброс из правого желудо чка и усугубл яющее обеднен ие малого круга. Острая гипокси я привод ит к стремит ельном у развити ю метабо лическог о ацидоза , что еще в больше й мере усугубл яет спазм сосудов

		малого круга и гипокси ю голова го мозга.
P2	-	Патоген ез описан верно
P1	-	Патоген ез описан частичн о
P0	-	Патоген ез описан неверно
B	4	Неотло жная помощь при данном приступ е
Э	-	1. Успоко ить ребенка , расстег нуть стесня ющую одежду. Уложит ь на живот в коленн о- локтево е положе ние (с приведе нными к грудной

	<p>клетке и согнутыми в коленных суставах ногами).</p> <p>2. Провести ингаляцию увлажненного кислорода через маску.</p> <p>3. При тяжелом приступе обеспечить доступ к вене и назначить: 4% раствор натрия бикарбоната в дозе 4-5 мл/кг (150-200 мг/кг) в/в медленно в течение 5 мин; можно повторить введение в половинной</p>
--	---

	<p>нной дозе через 30 мин и в течение последующих 4 часов под контролем рН крови; 1% раствор морфина или промедола 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</p>
--	---

	<p>20% раствор а глюкозы в/в медленно (со скоростью 1 мл/мин или 0,005 мг/мин)</p> <p>4. При судорогах ввести 20% раствор оксибутирата натрия 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/в струйно медленно.</p> <p>5. При некупирующемся приступе и развитии гипоксемической комы показан перевод на ИВЛ и экстренная паллиативная хирургия</p>
--	---

		ческая 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
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	<p>Юноша 16 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, головокружения.</p> <p>Анамнез жизни: при рождении выслушивался шум сердца. В течении жизни часто болел бронхолегочными и простудными заболеваниями. Анамнез заболевания: в течение последнего года стали</p>

	<p>беспокоить одышка, головные боли при физической нагрузке. При осмотре: состояние стабильное. Сознание ясное положение активно. Физическое развитие нормальное. Кожа бледно-розового цвета. В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Выслушивается</p>
--	--

	<p>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, признак и гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия; неполная блокада правой ножки</p>
--	---

		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
Э	-	Врожденный порок сердца, ДМПП
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р0	-	Диагноз поставлен

		неверно
В	2	Назовите дифференциальный диагноз
Э	-	Дифференциальный диагноз необходимо проводить с изолированным стенозом легочной артерии, ДМЖП, аномальным дренажом легочных вен, аномалией развития трехстворчатого клапана Эбштейна.
Р2	-	Дифференциальный диагноз указан полном объеме
Р1	-	Дифференциаль

		ный диагноз указан частично
P0	-	Дифференциальный 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

	<p>(ДМПП)) располагается ниже овальной ямки и является составной частью признака врожденного порока сердца, называемого открытым АВ- каналом. Вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)) располагается в области овальной ямки. Дефект венозного синуса представляет собой такой симптом как сообщение</p>
--	---

		верхней полой вены с обоими предсер диями, распола гающее ся над нормал ьной межпре дсердно й перегор одкой
P2	-	Класси фикаци я названа верно
P1	-	Класси фикаци я названа неполн остью
P0	-	Класси фикаци я не названа
B	4	Назвать показан ия к хирурги ческой коррекц ии порока.
Э	-	Сердеч ная недоста точност ь, отстава ние в физиче ском развити

		и, легочные заболевания. Гемодинамическое показание к операции – соотношение легочного кровотока к системному более чем 2:1.
P2	-	Показания названы полностью
P0	-	Показания названы частично
P0	-	Показания не названы
B	5	Описать виды хирургического лечения порока
Э	-	Вторичные дефекты закрываются

	<p>ушиван и ем; первич ные ДМПШ закрыва ют заплато й из аутопер икарда или синтети ческой ткани с использ ование м торакот омии и искусст венного кровооб ращени я. Эндова скулярн ая пластик а дефекта с помощь ю окклюд еров возмож на только при вторичн ом ДМПШ размеро м до 25- 40 мм, вокруг которог о имеется кайма перегор</p>
--	--

	одки, шириной до 10 мм.
P2	Виды операций - описаны полностью
P0	Виды операций - описаны частично
P0	Виды операций - не названы
H	- 008
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	- Больной И. 68 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку

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

	<p>Впервые порок аортального клапана был диагностирован в 2006г., во время планового мед. осмотра, по поводу чего больно й был направлен на консультацию в СККБ, от которой он воздержался. В последующем отмечает появление чувства дискомфорта в области сердца, незначительную одышку. Больно й ничем не лечился, за</p>
--	---

	<p>помощь ю не обраща лся. Ухудше ние состоян ия, в виде прогрес сирован ия болей в области сердца с 2015г., в связи с чем находи лся на обследо вании по месту житель ства. При осмотре : состоян ие удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски .</p>
--	--

	<p>Периферически 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, безболе</p>
--	--

	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 62. Гиперт рофия ЛЖ. Измене ние процесс ов реполяр изации. ЭхоКГ: ЛП: 55/43 КДР: 48 КСР: 27 КДО 102 КСО 29 ФВ: 72% тЗСЛЖ: 13/23 тМЖП: 14/19 Аортал ьный клапан: 3 створки
--	--

	<p>распрос траненн ый кальцин оз по периме тру с переход ом на стенку аорты, митрал ьно- аорталь ный контакт . Регурги тация: I ст. Гради ент 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 орчатый клапан: створки не</p>
--	--

	<p>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, гемодинамиче</p>
--	--

		ски значим ый изгиб в первом сегмент е справа. Флебэк тазия ВЯВ справа.
В	1	Сформу лируйте диагноз
Э	-	Аортал ьный стеноз. Са III. Относи тельная коронар ная недоста точност ь. Наруше ние ритма по типу парокси змально й формы фибрил ляции предсер дий. НК II А, ФК III.
P2	-	Диагно з поставл ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен 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 траншееводное. Метод позволяет оценить состояние камер сердца, сократительную способность.

	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 подвиж ность; эффект ивную площад ь открыт ия створок аорталь ного клапана , фиброз ное кольцо клапана
--	---

	, которое необходимо для предотвращения подбора атипоразмера протеза клапана и выработки тактики оказания хирургического пособия; ; трансклапанной градиент давления (показанием к операции является градиент давления более 50 мм рт.ст.); наличие кальциоза и его степень (выделяют 3 степени кальцин
--	--

		оза); наличие регургитации и т.д.
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
B	3	Показания для операции и при данной патологии
Э	-	Размер аортального отверстия менее 1см ² , Стеноз у детей врожденного характера, Критический стеноз у

	беременных женщин (используется баллонная вальвулопластика), Транскапанный градиент давления более 50 мм рт.ст. Фракция выброса левого желудочка более 50%, Клинические проявления сердечной недостаточности.
P2	- Показания к операции указаны верно
P1	- Отражены не все показания для операции.

P0	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4 Назовите степени кальциноза.
Э	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 митрального клапана.
P2		Все варианты - указаны в полном объеме
P1		Не указан один из типов кальциноза
P0		Не указаны два и более типов кальциноза
B	5	Хирургическое пособие при аортальном стенозе
Э		Традиционная операция по

	<p>замене клапана Традиционная операция по замене клапана является наиболее распространенной, её преимуществами являются: высокая эффективность и отработанность методики на сотнях тысяч пациентов. Основными недостатками является высокая травматичность, ведь для замены клапана приходится рассекасть грудную клетку,</p>
--	--

	<p>останав ливать сердце, что влечет за собой сложны й и продол житель ный восстан овитель ный период. В настоя щее время имплан тируют клапан ы двух видов: искусст венный (из специал ьного синтети ческого материа ла и металла) и биологи ческие (донорс кие или получе нные от животн ых). Биолог ические клапан ы менее долгове чны, но вместе с тем не</p>
--	--

	<p>требую т поддер живаю щей антикоа гулянтн ой (кровер азжижа ющей) терапии . Поэтом у такие клапан ы имплан тируют чаще пожилы м людям или женщи нам, планир ующим в ближай шее время береме нность (с последу ющей заменой клапана на искусст венный). Баллон ная вальвул опласти ка Баллон ная вальвул опласти</p>
--	---

	<p>ка предста вляет собой вмешат ельство провод имое через артерии рук или ног, что делает ее безболе зненной , малотра вмичн ой и может выполн яться даже у тех пациент ов, для которы х проведе ние общего наркоза невозмо жно, в том числе ввиду тяжело й сопутст вующей патолог ии. Суть метода заключ ается в подведе нии к сердцу специал</p>
--	---

	<p>ьного проводника с воздушным баллоном на конце. Этот баллон под контролем рентгена вводится в отверстие суженного аортального клапана и раздувается. Таким образом, диаметр клапанного отверстия становится шире и степень стеноза уменьшается. Однако, эффективность этого метода крайне низкая из-за частого</p>
--	---

	<p>развити я после такой процед уры недоста точност и клапана и быстрог о рециди ва (возобн овления) стеноза. Именно поэтом у такая операци я провид ится только в тех случаях , когда традици онный метод по различн ым причин ам использ овать нельзя, а степень сужени я значите льная. Переку танная замена аорталь ного клапана</p>
--	---

	<p>Проводится подобно вальвулопластике, но при этом после разрушения 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 существ</p>
--	--

	<p>венные недоста тки в виде повыше нного риска послеоп ерацион ных осложн ений, в том числе инсульт ов. Кроме того он имеете огромн ое количес тво противо показан ий которы х лишен традици онный — открыт ый метод. Поэтом у использ ование данной методи ки провид ится по строгим медици нским показан иям и желани е пациент</p>
--	--

		ов и хирургов «обойтись малой кровью» тут играет второстепенную роль.
P2	-	Все виды операций указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании техники операций
P0	-	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ

	И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Больно й В. 64 лет предъяв ляет жалобы на умерен ную одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебои в работе сердца, на чувство диском форта в области сердца, отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую

	<p>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</p>
--	--

	<p>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 бг.: 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</p>
--	---

	<p>и видимые слизистые физиологической окраски. Периферически 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 иррадиа</p>
--	--

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

	<p>клапан: створки не диффер енциру ются, распрос траненн ый кальцин оз. ФК 26 мм. Регурги тация: I ст. Гради нт давлени я: 98/60 мм рт.ст. Митрал ьный клапан: очагов ые кальцин аты по кольцу, в подкла панных структу рах. Регурги тация: I ст. Трехств орчаты й клапан: створки не измене ны. Регурги тация: нет. расчетн ое давлени е в ЛА</p>
--	---

	<p>25 мм.рт.с т. Доп. Особ.: Тахика рдия с ЧСС 97 ударов в минуту. Полост ь перикар да не расшир ена. Сократ ительна я способн ость миокар да ЛЖ равном ерная, зон гипокен еза не выявле но. Призна ки кардиос клероза . Жидкос ть в плеврал ьных полостя х не лоциру ется. ХЭКГ: регистр ировалс я регуляр ный синусов ый ритм с</p>
--	---

	<p>ЧСС 48 – 91 в минуту, с тенденцией к брадикардии в ночной период времени. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные экстрасистолы с нормальным проведением. В течении всего периода наблюдения полная блокада ПНПГ и связанные с ней изменения сегмента ST-T в отведениях V1, V2, V5. Пауз ритма</p>
--	--

		больше 2 сек не было.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аортальный стеноз. Са III. Относительная коронарная недостаточность. НК II А, ФК III.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца

	(аортальный стеноз).
<p>Э</p>	<p>Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или трансошеводное. Метод позволяет оценить состояние камер сердца, сократительную способность миокарда определяемую главным образом по ФВ (в норме не менее 50 %), состояние клапанного аппарата сердца, в частности</p>

	ти структу р 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 вырабо тки тактики оказани я хирурги ческого пособия
--	--

	; трансклапанный градиент давления (показанием к операции и является градиент давления более 50 мм рт.ст.); 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	Укажит е основн ые причин ы развити я данной патолог ии
Э	-	Дегенер ативны е пороки аорталь ного клапана (связан ы с прогрес сирован ием атероск леротич еких процесс ов и наруше нием минера льного обмена) Врожде нные пороки аорталь ного клапана (двуств орчатый артальн ый клапан)

		Ревматизм Инфекционный эндокардит
P2	-	Основные причины указаны верно.
P1	-	Указаны не все причины.
P0	-	Причины не указаны.
B	4	Назовите степени кальциноза.
Э	-	Кальциноз 1 степени : очаговые кальцинаты створки аортального клапана . Кальциноз 2 степени : кальциноз створки аортального клапана не

	<p>выходящий за пределы фиброзного кольца. Кальциноз 3 степени : массивный кальциноз, выходящий за пределы фиброзного кольца, с переходом на МЖП, створку митрального клапана.</p>
P2	<p>Все варианты - указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Не указан один из типов кальциноза</p>
P0	<p>Не указаны два и более типов кальциноза</p>

В	5	Какие виды искусственных протезов существуют на данный момент и какой из них показан для имплантации данному пациенту?
Э	-	На данный момент для протезирования аортального клапана используются следующие типы протезов: - Биологические протезы клапана сердца - представляют собой протез, частично состоящий из

	<p>бычьего перикарда или клапана аорты свиньи, специально обработанных химически для придания биологической инертности и наружного стента для закрепления в просвете клапана.</p> <p>Требуют приема антикоагулянтов только в первые три месяца после операции.</p> <p>Механические протезы – существуют множество конструкций</p>
--	---

	таких протезов, но наиболее совершенными и используемыми являются двустворчатые клапаны с запирающим элементом в виде двух симметрично расположенных полукруглых створок на шарнирах. Они имеют высокую долговечность, сравнительно тихо работают, при замене митрального клапана скорость износа практически не меняется
--	---

	<p>я. Монтируются только посредством операции на открытом сердце. Создают необходимость в приеме антикоагулянтов в течение всей жизни. Для данного пациента, учитывая возрастные риски развития тромбогемморрагических осложнений на фоне постоянного приема оральных антикоагулянтов показана имплан</p>
--	---

		тация биологического протеза .
P2	-	Все виды протезов указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании типов протезов
P0	-	Ответ неверный: не указаны типы протезов и их характеристики .
H	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у	Больно й А. 24 лет предъяв ляет жалобы на значите льную одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебои в работе сердца, на чувство диском форта в области сердца, отечнос ть нижних конечн остей до уровня лодыже к, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабил ьность АД с повыше
---	---

	<p>нием 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 врожде</p>
--	--

	<p>нный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан без признаков стенозирования.</p> <p>Больной консультирован в СККБ. По характеру заболевания было показано амбулаторное наблюдение в условиях клиники.</p> <p>В ноябре 2016г., после перенесенной ОРВИ стал отмечать лихорадку с повышением температуры тела до</p>
--	---

	<p>400С., по поводу чего самостоятельно принимал антибиотики и НПВС. В связи с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больно й обследован в инфекционной больнице по месту жительства. Обследование на маркеры по поводу лихорадки неясного генеза – маркеры отрицательные. В марте 2017г. находится на лечении в ОБКБ</p>
--	--

	<p>имени Н.А.Се машко с диагноз ом: ВПС: двуство рчатый аорталь ный клапан. Недост аточнос ть аорталь ного клапана с регурги тацией 2-3. Вторич ный ИЭ аорталь ного клапана . Больно й консуль тирован в СККБ. По данным контрол ьной ЭхоКГ от 29.03.1 7г. данных за инфекц ионный эндокар дит аорталь ного клапана нет.</p>
--	--

	<p>Проведение ЧпЭхо КГ 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 38,0С с мая 2017г. Больной повторно был госпитализирован в ОБКБ имени Н.А.Семашко. ЭКГ: ритм</p>
--	--

	<p>синусовый с ЧСС 87. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/ж блокада.</p> <p>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.</p> <p>Регургитация II ст. Митральный клапан: ФК – 34 мм, флотирующие наложе</p>
--	--

	<p>ния на передне й створке в проекц ии заднее – медиал ьной комисс уры, фенестр ация передне й створки . Регурги тация: III. Трикус пидаль ный клапан: створки тонкие. Регурги тация: нет. Средне е давлени е в легочно й артерии 34 мм рт.ст. Дополн ительн ые особенн ости: Дилата ция предсер дий. Сократ имость ЛЖ</p>
--	---

	<p>равномерная. Расширение полости перикарда до 8 мм. В плевральных полостях жидкость не лоцируется. Селезенка – очаговых изменений нет. ФГДС: гастрит без атрофии слизистой. Тест на HP отрицательный. LE – клетки: не найдены. Посев крови на стерильность: роста нет. УЗИ органов брюшной полости: гепатом</p>
--	---

	<p>егалия. Кальци нат печени. Диффуз ные измене ния печени. Призна ки хронич еского бескаме нного холецис тита. Деформ ация, застойн ые явления в желчно м пузыре. Сплено мегалия .</p>
В	1 Сформу лируйте диагноз
Э	- Инфекц ионный эндокар дит с пораже нием аорталь ного, митрал ьного клапано в подостр ого течения . Недост аточнос

	<p>ть аорталь ного клапана . Недост аточнос ть митрал ьного клапана . Наруше ние ритма по типу пробеж ек наджел удочков ой тахикар дии. НК ПБ, ФК Ш. Сопутс твующи й: Артери альная гиперте нзия Ш, ст. Ш, риск 4. Хронич еский холецис топанкр еотит, ремисс ия. Железо дефици тная анемия, легкой степени тяжести .</p>
P2	<p>Диагно з поставл</p>

		ен верно.
P1	-	Диагно з поставл ен неполн остью.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
B	2	Характе ристика метода, которм й позволя ет верифи цирова ть диагно з порока сердца (аортал ьный стеноз).
Э	-	Основн ым методо м диагно стики служит ЭхоКГ, трансто ракальн ое или транспи щеводн ое. Данный метод позволя ет оценить ПОДВИЖ

	<p>ность створок клапана , оценить нарушения внутрисердечного тока крови с регургитацией, измерить фракцию регургитации, давление в легочной артерии , определить фракцию выброса крови в аорту, измерить эффективную площадь отверстия регургитации.</p>
P2	<p>- Характеристика метода дана в полном объеме</p>
P1	<p>- Недостаточно отражена</p>

		ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
Р0	-	Данный метод не указан
В	3	Укажите классификацию ю инфекционного эндокардита.
Э	-	В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим особенностей антибактериальной терапии инфекционные эндокардиты подразделяют на следующие основные категории:

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

	<p>ате периопе рацион ной бактери емии; поздни й (развив ающийся я более чем через 2 мес после операц и) — может иметь одинак овый патоген ез с ранним инфекц ионным эндокар дитом, но более продол житель ный инкуба ционны й период; может также развить ся в результ ате транзит орной бактери емии. В зависим ости от характе ра</p>
--	--

	<p>течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.</p>
P2	<p>- Пункты классификации указаны верно</p>
P1	<p>- Отражены не все пункты классификации</p>

P0	- Ответ не верный.
B	4 Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита.
Э	- Первую большую группу составляют острые инфекционные заболевания: грипп, пневмонии, туберкулез, сепсис. Эти диагнозы ставят с одинаковой частотой у лиц молодого, среднего и пожилого возраста. Ко второй группе заболева

	аний, которые ошибочно диагностируют у больных 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, особенн
--	--

	<p>о у лиц пожило го и старчес кого возраст а. Основа нием для ошибоч ной диагнос тики являют ся повыше ние темпера туры 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 наблюд аться у</p>
--	---

		лиц пожило го и старчес кого возраст а при наличи и у них таких заболев аний, как простат ит, пиелоне фрит, холецис тит.
P2		Все вариант ы - указы ны в полном объеме
P1		Не указана одна из групп заболев аний, - диффер енцируе мых с инфекц ионным эндокар дитом.
P0		Не указан ни один из пунктов .
B	5	Укажит е критери и диагнос

	тики инфекц ионног о эндокар дита (усовер шенств ованны е)
Э	В состав усовер шенств ованны х больши х DUKE- критери ев вошли: 1. Положи тельная гемокул ьтура из 2-х раздель ных проб крови (не зависим о от вида возбуди теля), взятых с интерва лом в 12 ч; или во всех 3- х; или в больши нстве проб из 4-х и более посевов

	<p>крови, взятых с интервалом в один и более часов;</p> <p>2. Эхокардиографические признаки (МВ, абсцесс или дисфункция протеза клапана, появление регургитации).</p> <p>В состав уточнённых малых DUKE-критериев вошли:</p> <p>1. Предшествующее поражение клапана в и (или) внутривенная наркомания,</p> <p>2. Лихорадка</p>
--	--

	<p>свыше 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,</p>
--	--

	<p>б. Анемия (сниже ние гемогло бина менее 120 г/л). Диагно з ИЭ являетс я достове рным при определ ении 2- х больши х критери ев, 1-го большо го и 3-х малых, либо - 5-ти малых. В усовер шенств ованны х критери ях первым больши м признак ом являетс я многок ратное выделе ние возбуди теля не зависим о от его вида</p>
--	---

		(объединён первый большой с пятым малым DUKE-критерием). Дополнительно введен малый критерий - сплено мегалия.
P2	-	Все виды критериев указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании критериев.
P0	-	Ответ неверный: не указано ни один критерий.
H	-	011
I	-	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:

	<p>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, находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГКБ</p>
--	---

	<p>№2 г. Держи нск с диагноз ом: Внебол ьничная двустор онняя пневмо ния. 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 трикусп идально го клапана</p>
--	---

	<p>(биопротез «ЮниЛайн»-26, №28000914), санация правых отделов сердца. Через 2 месяца после выписки и отметил подъем температуры до 40° с потрясающим ознобом. До настоящего времени трижды обследовался и лечился в б-це №2 г.Дзержинска (последняя госпитализация в апреле 2016г.). Принимал антибиотики (названий не помнит).</p>
--	--

В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Протезный эндокардит трикуспидального клапана, подострое течение. НК ПБ, ФК Ш.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие методы дообследования необходимо провести пациенту для подтверждения

	ждения диагно а.
Э	Лабора торные данные: ОАК, ОАМ, б/х, посев крови на стериль ность и чувстви тельнос ть к антибио тикам. Инстру менталь ные данные: ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхо КГ, Рентген ографи ю органов гр.клет ки (для уточнен ия состоян ия легких на предме т развити я гнойно- септиче ских осложн ений).
Р2	Методы дообсле дования 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 подразделяют на следующие

	основные категории: инфекционный эндокардит естественных клапанов; инфекционный эндокардит у наркоманов, использующих в/в путь введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации
--	---

	клапано в или в результ ате периопе рацион ной бактери емии; поздни й (развив ающийс я более чем через 2 мес после операци и) — может иметь одинак овый патоген ез с ранним инфекц ионным эндокар дитом, но более продол житель ный инкуба ционны й период; может также развить ся в результ ате транзит орной бактери емии. В зависим
--	---

	<p>ости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.</p>
P2	<p>- Пункты классификации указаны верно</p>
P1	<p>- Отражены не все пункты классификации</p>

		фикации
P0	-	Ответ не верный.
B	4	Опишите технику оперативного вмешательства.
Э	-	Средняя стернотомия по послеоперационному рубцу (в целях профилактики осложнений используется асциляторная пила и периферическое подключение аппарата АИК через бедренные сосуды до стернотомии). Гемостаз коагуляцией. Рассече

	<p>н перикар да Т- образно и взятие его на держал ки. Кардио лиз основн ых структу р сердца, необъо димых для подклю чения аппарат а АИК. Канюля ция аорты и полых вен. Пережа тие аорты и введени е кардио плегоче ского раствор а (Консол , Кустад иол в стандар тных дозиров ках) Доступ к трехств орчато му клапану</p>
--	---

	<p>через стенку правого предсер дия. Иссече ние биологи ческого протеза . Тщател ьная механи ческая и химиче ская санация кольца, правых камер сердца. Обшит ие кольца клапана на П- образн ых швах на проклад ках со сторон ы ПЖ и реимпл антация протеза . Двуряд ный шов ПП. Восстан овление сердечн ой деятель ности Деканю ляция полых</p>
--	---

	вен и аорты. Контроль гемостаза. Превентивное подшивание электродов для ЭКС. Герметизация ран сердца с использованием гемостатического материала. Дренаж и в полость перикарда и в правую плевральную полость. . Перикард ушивается наглухо. . Остеосинтез грудины проволочными швами. Послойный шов
--	--

		раны. Йод. Асс. наклейк а.
P2		Технич еские аспекты - указаны в полном объеме
P1		Наруше на последо вательн ость - операти вного протоко ла.
P0		Не указан ни один из пунктов .
B	5	Укажит е критери и диагнос тики инфекц ионног о эндокар дита (усовер шенств ованны е)
Э		Какой тип искусст венного протеза предпо чтитель но -

	имплан тироват ь в позици ю трикусп идально го клапана и почему ? Низкие скорост ные потоки в правых отделах сердца, риски наруше ния режима антикоа гулянтн ой терапии у пациент ов ведущи х асоциал ьны образ жизни и высоки й процент наруше ний ритма, требую щий имплан тации времен ной или постоян ной систем
--	---

		ы ЭКС склоня ют использ овать 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
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ 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, приступ ы учащен ного сердцеб иения; синкопа льные состоян ия, на головн ые боли при повыше нии АД. Анамне з заболе вания: Гиперт оническ ий анамнез более 20 лет с

	<p>максимальным подъемом АД до 210/110 мм рт.ст. 06.12.2015г. был эпизод учащенного сердцебиения на фоне повышения АД, вызвал СМП. После инфузии верапамила состояние улучшилось. С 12.01.16г. по 23.01.16г. находился на лечении в ОКБ им.Семашко. При обследовании по данным Эхо-КГ выявлено объемное образование</p>
--	---

	<p>левого предсердия размера ми 27x26 мм. При осмотре : Состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски . Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормотеник. Положение активное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту.</p>
--	--

	<p>Тоны сердца приглушены, ритмические, 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</p>
--	---

	полости левого предсер дия определ яется округло е образов ание 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: Нь 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%;
--	---

	<p>лимфоциты 34%; мон. 6%. Ан. мочи: цвет – желт; реакция – щелочная; уд. вес - 1006; прозрачность – полная; белок – отр.; сахар – 0,1%; ацетон – отр.; лейкоциты – 0-1 в п/зр. Биохимические анализы крови: Profile lipid: Cholest B - mg/dL (N 81-239); Trigly - mg/dL (N35-169); HDL Cholesterol - mg/dL (N 30-85); К.А. – (N 1,0-3,0);</p>
--	---

	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 (непрям ой) – 1,22 mg/dL (N 0,2- 0,8); Bili Dir (прямо й) – 0,24mg/ dL (N 0,0- 0,35); TotBili (общий) – 1,5mg/d L (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/ dL (N 10,0- 45,0); Glucosa
--	--

		e - 162mg/ dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5).
В	1	Сформу лируйте предвар ительн ый диагноз
Э	-	Объемн ое образов ание левого предсер дия (миксо ма?) НК: ПА ФК: II
Р2	-	Диагно з поставл ен верно.
Р1	-	Диагно з поставл ен не полност ью.
Р0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Укажит е основн ые гипотез ы происх

	ождени я миксом.
Э	<p>Клетки опухоли развиваются из соединительной ткани. По происхождению различают первичные миксомы (истинные), которые развиваются непосредственно из тканей сердечной стенки и вторичные (ложные) — источником служат опухоли соседних органов, клетки из кожных новообразован</p>

	<p>ий, надпочечников. Истинные новообразования отличаются высоким содержанием гиалуроновой кислоты, именно она придает опухоли желеобразную консистенцию. Некоторые ученые считают, что миксом сердца представляет собой видоизменившийся тромб. Более современные данные связывают опухоль с воздействием</p>
--	--

		вирусов . К ним относятся 3 типа папилломы человека, Эпштейн-Барр и герпеса.
P2	-	Характеристика гистогенеза дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена морфология новообразования
P0	-	Ответ неверный.
B	3	Охарактеризуйте макроскопический вид миксомы.
Э	-	При макроскопическом обследовании различают два вида миксомы.

1.

Б
е
с
ц
в
е
т
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
щ
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 к е . Э т а о п у х о л ь г о р а з д о п л о т н е е п е р в о й .
--	--

	<p>Поверх ность миксом ы гладкая . Внутри находит ся желеоб разная масса, в которой мало клеточн ых элемент ов. Иногда образов ания могут обызвес твлятьс я с последу ющим окостен ением. Но это происх одит с очень «пожил ыми» миксом ами. Кровью они снабжа ются посредс твом различн ых сосудов : капилля ров и артерио л. Ткань</p>
--	--

	<p>опухол и довольн о хрупкая , что объясня ет ее частую эмболи зацию (отрыв отдельн ых участко в). Обнару женные миксом ы могут иметь самые разные размер ы: от одного до несколь ких сантима тров. Кажетс я, какой вред может нанести малень кое доброка чествен ное образов ание? В общем, никако й. Неболь шие опухол и никак себя не выдают</p>
--	--

	<p>находят их случайно при проведении полного кардиологического обследования пациента. Но опасность в том, что рано или поздно они вырастают. «Застарелые» образования диагностировать, конечно, легче. Они больше по размерам и проявляются характерными клиническими признаками. Но, к сожалению, именно</p>
--	--

		они приводят к грозным осложнениям.
P2	-	Миксома, ее макроскопические типы описаны в полном объеме.
P1	-	Описан один из типов миксома.
P0	-	Нет сходства с вышеизложенными подтипами.
B	4	Укажите факторы риска развития миксома.
Э	-	Пол – женщины болеют чаще; Возраст – 30-60 лет; Аналогичные заболевания у родственников;

	Онкологические заболевания
P2	Все варианты - указаны в полном объеме
P1	Указаны не все факторы риска
P0	Не указан ни один из факторов риска.
B	5 Укажите основные методы диагностики миксом сердца.
Э	- 1. Электрорекордиогр

	а Ф и я · И м е н н о с э т о й п р о ц е д у р ы в р а ч н а ч и н а е т к а р д и о л о
--	---

	Г И Ч Е С К О Е О Б С Л Е Д О В А Н И Е П А Ц И Е Н Т А . П О Д А Н Н Ы М Э К Г Н Е Л Ь З
--	---

	Я П О С Т а В И Т Ь Т О Ч Н Ы Й Д И а Г Н О З , Н О О П Р е Д е Л е Н Н Ы е В Ы В О Д Ы С
--	---

	Д е л а т ь м о ж н о . Н а п р и м е р , г и п е р т р о ф и я п р е д с е р д и й , ч а
--	---

	С Т О С О П Р О В О Ж Д а Ю Ш а я М и к с О М У , Ф и к с и р у е т с я Э л е к т р о к а
--	---

	Р Д И О Г Р А Ф О М , К А К И С И Н У С О В Ы Й С Е Р Д Е Ч Н Ы Й Р И Т М · Ц Е М В Ы Щ 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 н и е М О П р е д е л я е т с я р а с ш е п л е н и е І т о н а , ч т о п р о и с х
--	--

	О Д И Т И З - З а н е п о л н о г о 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 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 Ы 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
--	--

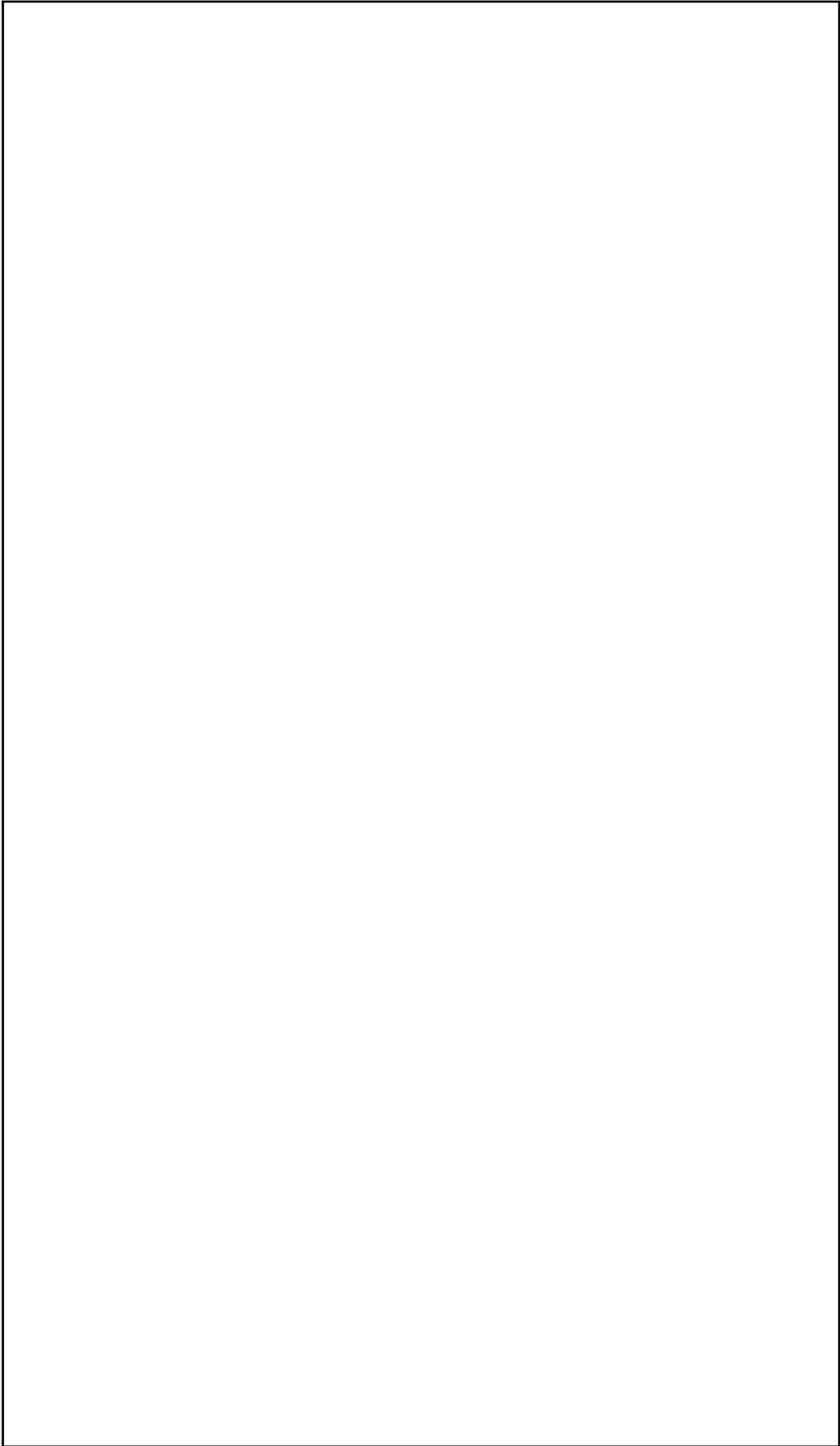
	З М е н е н и е ш и р и н ы п о л о с т и л е в о г о п р е д с е р д и я и о т с у т с т
--	---

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

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

	В е л л и ч е н н ы м и . О т ч е т л и в о в и д е н н а р е н т г е н о в с к о м с н и м
--	--

	К е к а л ь ц и н о з . 4. Э х о к а р д и о г р а ф и я . Э т о с а м ы й и н ф о р м а т
--	---



И
В
Н
Ы
Й
М
е
т
о
д
·
О
н
в
х
о
д
и
т
в
п
р
е
д
о
п
е
р
а
ц
и
о
н
н
о
е
о
б
с
л
е
д
о
в
а

Н
И
Е
П
А
Ц
И
Е
Н
Т
О
В
.
Е
С
Л
И
О
П
У
Х
О
Л
Ь
Л
О
К
А
Л
И
З
О
В
А
Н
А
В
Л
Е
В
О
М
П
Р
Е

	Д с е р д и и , т о в о в р е м я и с с л е д о в а н и я п о я в л я е т с я « о б л а ч
--	---

	К О » Э Х О С И Г Н А Л А , П Е Р Е М Е Щ А Ю Щ 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 Ы Г Л а Д К а я · П р и д р у г и х ж е п а т о л о г и я х о т м е ч а е т с я
--	---

	Н е к о т о р а я « р а з м ы т о с т ь » с и г н а л а . П о д а н н ы м Э х о к Г м о ж
--	---

	Н О С Б О Л Ь Ш О 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 Ь Т Р А З В У К О В О Е И С С Л Е Д О В А Н И Е · М О Ж Н О У В И Д Е Т
--	---

Б
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 щ е с т в о м о ж е т 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 Т В Е Т С Т В У Ю Щ Е Й
--	--

	<p>Л О К а Л И З а Ц И И М И К С О М Ы) , Т а К И В С О С У Д Ы .</p>
P2	<p>Все виды обследо ваний указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Допуще ны погреш ности в описан ии</p>

	методов обследо вания
Р0	- Ответ неверн ый: нет четкого понима ния в назначе нии методов дообсле дования
Н	- 013
И	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	- Больно й Х. 37 лет предъяв ляет жалобы на незначи тельную ю одышку при выраже нной физиче ской нагрузк е, на

	<p>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 рности еспокои и арушен я ритма о типу инусово ритмии. Читает ебя ольным евралья 017г., огда первые тметил оявлени ароксиз ов с оследу</p>
--	---

	<p>общим возникно ением остоянн й формы фибрилл ции предсерд й. При осмотре : состоян ие в покое удовлет ворител ьное. Тоны сердца: ритмич ные. Шумы: систоли ческий шум на верхуш ке, провод ится в подмы шечну ю впадин у. АД: 110/70 мм рт.ст. ЧСС: в мин. Печень не увеличе на, отеков нет. ЭКГ: нормог рамма, фибрил ляция</p>
--	---

	<p>предсердий с ЧСС = 78 в мин. Очаговая в/желудочковая блокада.</p> <p>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.</p>
--	---

	<p>Ишеми ческие событи я не зарегис трирова ны . ЭхоКГ. ЛП: 41x53 ПП: 34x43 ПЖ: 15x20 КДО: 137 КСО: 67 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 9/10 тМЖП: 10/12 Митрал ьный клапан: ств. тонкие, ПС больша я пролаб ирует. ФК: 22 Регурги тация: II ст. Аортал ьный клапан: 3 ств. не измене ны. ФК: 25 Регурги тация: нет.Тре хстворч атый клапан: ств. не измене</p>
--	---

	ны, пролаб ируют. ФК: 29 Регурги тация: I ст. Расчетн ое давлени е в ЛА: 17 мм рт.ст.
В	1 Сформу лируйте диагноз
Э	- Дегенер ативны й митрал ьный порок. Недост аточнос ть митрал ьного клапана . Постоя нная форма фибрил ляции предсер дий. НК: ПА ФК: II
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Диагно з поставл ен не полност ью.

P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	2 Характе ристика метода, которм й позволя ет верифи цирова ть диагно з порока сердца (аортал ьный стеноз).
Э	- Основн ым методо м диагно стики служит ЭхоКГ, трансто ракальн ое или транспи щеводн ое. Данный метод позволя ет оценить подвиж ность створок клапана , оценить наруше ния внутрис

	<p>ердечно го тока крови с регурги тацией, измерит ь фракци ю регурги тации, давлени е в легочно й артерии , определ ить фракци ю выброс а крови в аорту, измерит ь эффект ивную площад ь отверст ия регурги тации. В зависим ости от этих показат елей недоста точност ь митрал ьного клапана подразд еляется на следую щие</p>
--	--

	<p>степени : - незначи тельная недоста точност ь: фракци я регурги тации 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</p>
--	---

	<p>ся у створок клапана и не достигает половины предсердия.</p> <p>- выраженная недостаточность: фракция регургитации 30 – 50%, площадь отверстия регургитации 0.2 – 0.4 кв. см, струя крови заполняет собой половину предсердия.</p> <p>- тяжелая недостаточность: фракция регургитации более 50%, площадь</p>
--	---

	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	3 Показания для операции и при данной патологии
Э	- Операция показана при второй степени порока (выраженная недостаточность) и при второй

	<p>– третьей стадиях течения процесса (суб – и декомпенсации). В стадии выраженной декомпенсации применение хирургического метода лечения остается спорным в силу тяжелого общего состояния, а при терминальной стадии операция строго противопоказана.</p>
P2	<p>Показания к операции и указаны верно</p>
P1	<p>Отражены не все показания для операции.</p>

P0	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4 Назовите степени недостаточности и митрального клапана.
Э	- Выделяют три степени митральной недостаточности и в зависимости от того, насколько сильно выражена регургитация. При 1 степени ток крови в левое предсердие незначительный (около 25 %) и наблюдается

	<p>лишь у клапана . В связи с компенсацией порока пациент нормально себя чувствует, симптомы и жалобы отсутствуют. ЭКГ не показывает никаких изменений, при обследовании обнаруживаются шумы при систоле и слегка расширенные влево границы сердца. При 2 степени обратный поток крови достигает середины предсер</p>
--	---

	<p>дия, крови забрасы вается больше — от 25 до 50 % . Предсе рдие не может вытолк нуть кровь без повыше ния давлени я. Развива ется лег очная гиперте нзия. В этот период появляе тся одышка , частое сердцеб иение во время нагрузо к и в покое, кашель. На ЭКГ видны измене ния в предсер дии, при обследо вании выявля ются систоли ческие шумы и</p>
--	--

	<p>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.</p> <p>Наблюдается гипертрофия левого предсердия, которое не может вытолкнуть все количество крови. Появляются отеки, увеличи</p>
--	---

	<p>вається печень, повыша ється венозно е давлени е. ЭКГ показы вает наличие гипертр офии левого желудо чка и митрал ьного зубца. Прослу шивает ся выраже нный систоли ческий шум, границ ы сердца значите льно расшир ены.</p>
P2	<p>Все вариант ы - указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Не указан - одна из степене й.</p>
P0	<p>Не указаны - два и более степени</p>

	недостаточности
В	5 Хирургическое пособие при митральной недостаточности
Э	Недостаточность митрального клапана 2 и 3 степени без серьезных изменений створок является показанием для проведения пластической операции. Данное лечение проводится без замены собственного клапанного аппарата. Виды пластики:

	Различные виды аннулопластики (опорные кольца) жесткие и гибкие бэнды), синтетические заплаты, шовная пластика, заплаты из аутоперикарда); Пластика хорд (не хорды); иссеченные патологические и измененных частей
--	--

	ей ство рки клап ана (разл ичны е вари анты резе кцио нных плас тик (сла йдин г плас тика, резе кция пато логи ческ и изме ненн ых фраг мент ов ство рки МК). Операт ивное лечение с помощь ю протезо в провод ится при грубых патолог иях клапанн ого аппарат
--	---

	а и при неэффе ктивно сти пластич еской операц 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 пров одит ся детя м и жен щин ам дето родн ого возр аста,
--	---

	кото рые соби рают ся в даль ней шем завес ти дете й; иску сстве нные (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
--	---

	привести к летальному исходу вскоре после операции.
P2	Все виды операций - указаны в полном объеме
P1	Допущены погрешности в описании техники операций -
P0	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения -
Н	- 014
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ

	РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	<p>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.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным с февраля 2016г., когда стал отмечать отечность</p>

	<p>ть левой н/к., болезне нность по ходу большо й подкож ной вены Больной ничем не лечился, за помощь ю не обраща лся. Резкое ухудше ние состоян ия, в виде резкого приступ а одышки , более в области сердца 07.03.17 г., в связи с чем КСМП был экстрен но госпита лизиров ан в условия стацион ара. При осмотре : состоян ие тяжелое</p>
--	---

	<p>. 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 систоли</p>
--	--

	<p>ческий шум с эпицентром на мечевидном отростке, акцент 2 тона над легочной артерией.</p> <p>АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологическое отправление в норме. ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 53. Очаговая в/ж блокада.</p> <p>Субэндокардиальная</p>
--	---

	<p>ишемия по передней, боковой стенке. Ангиоульмонография: картина тромбоэмболии долевых и сегментарных ветвей обеих легочных 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</p>
--	---

	<p>с очаговыми изменениями. Регургитация: 1 ст. Трехстворчатый клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Кровоток в легочной артерии необструктивного типа. расчетное давление в ЛА 47мм.рт.ст., Доп. Особ.: Сократимость равномерная.</p>
В	1 Сформулируйте диагноз
Э	- Тромбоза долевых ветвей легочной

	<p>й артерии . Легочн ая гиперте нзия. ДН 2 степени . Миокар диодист рофия. НК II Б - IV ФК. Сопутс твующи й: Варико зная болезнь вен н/к. Тромбо флебит глубоки х вен левой нижней конечн ости. Двухст оронни й коксарт роз. ГПОД. ГЭРБ, вне обостре ния. Язвенна я болезнь желудк а, вне обостре ния. Артери альная гиперте нзия III,</p>
--	---

	ст. III, риск 4.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з - поставл ен неполн остью.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Характе ристика метода, которы й позволя ет верифи цироват ь диагноз порока сердца(аорталь ный стеноз).
Э	- Основн ым методо м диагнос тики служит ангиопу льмогра фия;. Выделя ют три основн ых метода

	ангиопу льмоно графии: Ангиоп ульмон ографи я — метод рентген ологиче ской диагнос тики состоян ия лёгочно го кровооб ращени я путём введени я рентген оконтра стных веществ в артерии лёгких. Выделя ют общую и селекти вную ангиопу льмоно графию . При общей ангиопу льмоно графии контрас тное веществ о вводят в ствол лёгочно й артерии
--	--

	, при этом заполняются все сосуды малого круга кровообращения. При селективной контраст вводится лишь в одну из ветвей лёгочной артерии и оценивается состояние кровотока только одного лёгкого или его доли.
P2	- Характеристика метода дана в полном объеме
P1	- Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба

P0	Данный метод не указан
B	Показания для операции и при данной патологии
Э	<p>массивная тромбоэмболия;</p> <p>ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимое консервативное лечение;</p> <p>- тромбоэмболия самой легочной артерии или ее крупных ветвей;</p> <p>резкое ограничение притока крови к легким, сопровождающееся нарушении</p>

	нием общего кровооб- ращени- я; хронич- еская рециди- вирую- щая тромбо- эмболи- я легочно- й 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	4 Виды хирурги- ческих операци-

	й при ТЭЛА.
Э	<p>Эмболэктомия – удаление эмбола. Это хирургическое вмешательство проводится в большинстве случаев, при острой ТЭЛА. Тромбэндартерэктомия – удаление внутренней стенки артерии с прикрепленной к ней бляшкой. Применяется при хронической ТЭЛА. Операция при тромбоэмболии легочной артерии достато</p>

	<p>чно сложна я. Тело пациент а охлажд ают до 28°C. Хирург вскрыва ет грудну ю клетку пациент а, рассека я его грудину вдоль, и получае т доступ к легочно й артерии . После подклю чения систем ы искусст венного кровооб ращени я вскрыва ют артери ю и удаляю т эмбол. Часто при ТЭЛА в результ ате повыше ния давлени я в</p>
--	---

	<p>легочной артерии происходит растяжение правого желудочка и трехстворчатого клапана. В этом случае хирург дополнительно проводит операцию на сердце – выполняет пластик у трехстворчатого клапана.</p>
P2	<p>Все варианты - указаны в полном объеме</p>
P1	<p>Не указан один из вариантов - хирургического пособия.</p>

P0	Не указан ни один тип.
B	5 Укажит е возмож ные осложн ения ТЭЛА.
Э	- останов ка сердца и внезапн ая смерть; инфарк т легкого с последу ющим развити ем воспали тельног о процесс а (пневмо нии); плеврит (воспал ение плевры — пленки из соедин ительно й ткани, которая покрыв ает легкие и выстил ает

	изнутри грудную клетку); рецидив – тромбоз эмболия может возникнуть повторно, и при этом так же высок риск гибели больного.
P2	- Все виды осложнений указаны в полном объеме
P1	- Допущены погрешности в описании осложнений.
P0	- Ответ неверный: не указано ни одно осложнение.
Н	- 015
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ

	И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
<p style="text-align: center;">У</p>	<p>Бо́льшая 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,</p>

	<p>отечно сть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь. Анамне з заболев ания: Ревмат изма в анамнез е нет. Давнос ть артериа льной гиперто нии более 20 лет. Неодно кратно лечилас ь в стацион аре по месту житель ства по поводу ИБС, артериа льной гиперто нии. Ухудше ние состоян ия в виде прогрес сирован ия</p>
--	---

	<p>одышки и появления болей в области сердца около полугода. Состояние средней тяжести.</p> <p>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 ритмич</p>
--	---

	<p>ные с ЧСС 110 в минуту. На верхуш ке систоли ческий шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень увеличе на на 8 см. от края реберно й дуги. Пастозн ость голеней . Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 x 10¹²/л, Le-8,2 x 10⁹/л, Тр-226 x 10⁹ /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4</p>
--	--

	<p>мкмоль/ л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин – 88,4 мкмоль/ л, 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.</p>
--	--

	<p>Лев. желудок: чек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: $T_{\text{диаст}} = 9$ мм, $T_{\text{сист}} = 13$ мм. Межжелудочковая перегородка: $T_{\text{диаст}} = 9$ мм, $T_{\text{сист}} = 12$ мм. Аортальный клапан: $S = 3,1 \text{ см}^2$. Створки не изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно</p>
--	---

	<p>уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролабирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан – створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочной артерии N. $P_{pulm} = 43$ мм Hg.</p>
В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	- Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого

	о клапана . Легочн ая гиперте нзия. Н 11 А-Б 111 КФК
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Не указан - тип аневриз мы
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Что позволя ет оценить ЭхоКГ при данной патолог ии
Э	Эхо- кардиог рафия обеспеч ивает базову ю - оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, оценку фракци

	и 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 патологии
Э	- 1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или

	всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
P2	- Перечислены все 3 типа
P1	- Перечислены 2 типа
P0	- Перечислен 1 тип или менее
B	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Верно

P0	Ответ - неверный
H	- 016
И	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 легкой физической нагрузке и иногда в покое, на ощущение

	<p>сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: в анамнезе ревматизм школьного возраста.</p> <p>Считает себя больным с 2012г., когда впервые стали беспокоить боли в области сердца и появился</p>
--	--

	<p>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 систоли ческий шум, провод ящийся в п/мыше чную впадин у. АД: 120/80 мм рт.ст. ЧСС: 80 в мин.</p>
--	--

	Печень не увеличе на, отеков нет. 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: нормог рамма, ритм синусов ый с
--	---

	<p>ЧСС=78 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Изменения процессов реполяризации. ЭХО-КГ: ЛП: 57x68 ПП: - ПЖ: 23x26 КДО: 158 КСО: 77 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 11/19 тМЖП: 13/14 Митральный клапан: пансистолический пролапс Р2, возможно расщеление. ФК: 40 Регургитация: II - III ст. Аортальный клапан: ств. не изменены. ФК: 26</p>
--	--

	Регургия: нет. Трехстворчатый клапан: ств. не изменены. Регургия: I ст.
В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Недостаточность митрального клапана, относительная - недостаточность трехстворчатого клапана. НК IIA, ФК III.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Не указана - степень регургии талии.

P0	- Диагно з поставл ен неверно .
B	2 - Что позволя ет оценит ь Эхо- КГ при данной патолог ии
Э	- Эхо- кардиог рафия обеспеч ивает базову ю оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, оценку фракци и выброс а и позволя ет прибли зительн о оценит ь тяжесть регургит ации.
P2	- Перечи слены все фактор ы
P1	- Перечи слен

	все факторы кроме одного
P0	- Не указаны два и более факторов
B	3 Какие типы операций используются при данной патологии
Э	- 1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
P2	- Перечислены

	все 3 типа
P1	- Перечислены 2 типа
P0	- Перечислен 1 тип или менее
B	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Верно
P0	- Ответ неверный
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 осложнений.
P0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям
H	- 017
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
--	--

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

	<p>удовлетворительно. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гипертеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 76 в минуту. Систолический шум над всей областью</p>
--	---

	<p>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: Нв-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</p>
--	--

	билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый. Блокада правой ножки ПГ неполная. ЧСС 67 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 41Х35 мм; прав. предсердие 43Х35 мм. Лев. желудочек: чек: КДР
--	---

	<p>47мм; КСР 34мм; КДО 94мл; КСО 45мл; фракци я выброс а 52%. Задняя стенка ЛЖ: 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 открыт ие. S=1,2 см². Градие нт (Δp) сист. макс./с редн=8 9,7/54,7 мм Hg.</p>
--	--

		ФК 22мм. Митрал ьный клапан: N. Трехств орчаты й клапан N. Ppulm= 30 мм Hg.
В	1	Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	-	Аортал ьный стеноз, кальци ноз III. Относи тельная корона рная недоста точност ь. НК ПА, ФК III.
P2	-	Диагно з - поставл ен верно.
P0	-	Диагно з поставл ен неверно .
В	2	Класси фикаци

	я тяжест и данной патолог ии
Э	Скорос ть крово тока, 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 рт. 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 - Менее 1,0
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	-	Перечислен 1 тип
P0	-	Типы не перечислены
B	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечн

	ая недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	Перечи слены основн ые осложн ения
P1	Не указано одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по коморб идным состоян иям
Н	- 019
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	Больно й А. 53 лет поступ ила в

	отделен ие приобр етенны х пороко в сердца с жалоба ми на выраже нную одышку при средней физиче ской нагрузк е, на ощуще ние сердцеб иения, перебо и в работе сердца, на чувство диском форта, боли в области сердца, за грудин ой с ирради ацией в левую лопатку , снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабил
--	---

	<p>льность АД с повышением до 170 мм рт ст, головные боли. Анамнез заболевания: В анамнезе артериальная гипертония более 5 лет. Считает себя больной в течение последних 2 лет с постепенным появлением выше перечисленных жалоб. К врачам не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки,</p>
--	---

	<p>болей в области сердца около полугодя. Состояние в покое ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Положение активно. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник Везикулярное дыхание, с бронхиальным компонентом, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту.</p>
--	--

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

	<p>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: нормог рамма, ритм синусов ый, регуляр ный, гипертр офия левого желудо чка. Измене ние процесс ов</p>
--	---

	<p>реполяризации. Q-рубец по боковой стенке. ЧСС 64 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 56x40 мм; Лев. желудочек: КДР 51мм; КСР 38мм; фракция выброса 62%. Задняя стенка ЛЖ: 16\19 мм. Межжелудочковая перегородка: 15\18 мм. Аортальный клапан: 23\30, фиброз кальциноз с распространением за пределы</p>
--	---

	<p>ф\кольца, Градиент (Δp) сист. макс./средн=$100\sqrt{74}$ мм Нг., рег 1 ст. Митральный клапан: рег 1-2 ст. Трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии N. Умеренная дилатация полости ЛП ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ. сократимость равномерная.</p>
В	<p>1 Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	<p>- Аортальный</p>

	стеноз, кальци ноз III. Относи тельная корона рная недоста точност ь. НК IIA, ФК III.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	Класси фикаци я тяжест и данной патолог ии 2
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

	градиент, мм рт. ст. 1. мягкий - менее 25 2. умеренный - 25–40 3. тяжелый - более 40 Площадь отверстия, см ² : 1. мягкий - более 1,5 2. умеренный - 1,0–1,5 3. тяжелый - менее 1,0 Индекс площади отверстия, см ² /м ² 3. тяжелый - менее 0,6
P2	Перечислены - все параметры
P1	Перечислен - все

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

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

P1	Не указано - одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по - коморб идным состоян иям
H	- 019
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ 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

	<p>незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, боли в области сердца ноющего характера, отеки нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет.</p>
--	---

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

	<p>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 систоли ческий шум. АД 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень увеличе на на 8 см. от края реберно й дуги. Пастоз ность голеней</p>
--	---

	<p> . 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, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, </p>
--	---

	<p>гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.. Очаговая в/желудочковая блокада . ЧСС 59 в 1 мин. ЭХО- КГ: лев. предсердие 65X42 мм; прав. предсердие 57X44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%. Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст = 9 мм, Тсист= 13мм. Межжелудочковая</p>
--	--

	<p>перегородка: Тдиаст = 9 мм, Тсист = 12 мм. Аортальный клапан: S = 3,1 см². Створки не изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36 мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролабирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан – створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочный</p>
--	---

	артерии N. Ppulm= 43 мм Hg.
В	1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	- Недост аточнос ть митрал ьного клапана , относит ельная недоста точност ь трехств орчатог о клапана . Легочн ая гиперте нзия. Н 11 А-Б 111 КФК
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Не указан тип аневриз мы
P0	- Диагно з поставл

	ен неверно .
В	2 Что позволя ет оценит ь ЭхоКГ при данной патолог ии
Э	- Эхо- кардиог рафия обеспеч ивает базову ю оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, оценку фракци и выброс а и позволя ет прибли зительн о оценит ь тяжесть регургит ации.
P2	- Перечи слены все фактор ы
P1	- Перечи слен все фактор

	ы кроме одного
P0	- Не указан ы два и более фактор ов
B	3 Какие типы операц ий использ уются при данной патолог ии
Э	- 1) пластик а МК; 2) протези рование МК с сохране нием части или всего ми- трально го аппарат а; 3) протези рование МК с удален ием митрал ьного аппарат а.
P2	- Перечи слены все 3 типа

P1	-	Перечислены 2 типа
P0	-	Перечислен 1 тип или менее
B	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечн

	ая недоста точност ь, кровоте чение, тромбо з протеза
P2	Перечи слены основн ые осложн ения
P1	Не указано одно из осложн ения.
P0	Недост аточны знания по коморб идным состоян иям
Н	- 020
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	Больна я В. 53 лет поступ ила в

	<p>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 гиперто нии более 20 лет. Неодно кратно</p>
--	--

	<p>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 и. Сознание ясное. Положение вынужденное полусидя. Кожа и видимы</p>
--	---

	<p>е слизист ые физиол огическ ой окраски . Перифе рическ ие лимфоу злы не увеличе ны. Нормос теник. В легких жестко е дыхани е, справа в нижних отделах выслуш иваютс я сухие свистя щие хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмич ные, ЧСС 97 в минуту. Выраже нный систоли ческий шум у мечеви дного отростк</p>
--	--

	<p>а, на верхуш ке с ирради ацией в подмы шечну ю область . АД 120/100 мм.рт.с т. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень у края реберно й дуги, мягкая, безболе зненная . 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: Нб- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л,</p>
--	--

	<p>Le-8,2 x 109/л, Тр-226 x 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, , креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л ЭКГ: синусов ый ритм с ЧСС 87 в мин. Гиперт рофия ЛЖ. Очагов ая в/жел. блокада . Рубец по передне й стенке? .</p>
--	---

	<p>ЭХО-КГ: ЛП 42/54мм, ПП 46/46мм; ЛЖ: КДР/КСР 66/39мм; ФВ 70%; КДО/КСО 130/75мл; ФВ 65%. МК: S=5,7см²; створки неоднородной плотности, краевой фиброз. отрыв хорды. Панси-толический пролапс задней створки.</p> <p>Регургитация 3 ст. ТК: регургитация 2 ст. АК в норме. Давление на ЛА 56мм.рт.ст.</p>
В	1 Предположите

	наиболее вероятный диагноз.
Э	Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. НК II А-Б. IV фк.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Не указана недостаточность трехстворчатого клапана.
P0	Диагноз - поставлен неверно.

В	2 Что позволя ет оценит ь ЭхоКГ при данной патолог ии
Э	- Эхо- кардиог рафия обеспеч ивает базову ю оценку размеро в ЛЖ и левого предсер дия, оценку фракци и выброс а и позволя ет прибли зительн о оценит ь тяжесть регургит ации.
P2	- Перечи слены все фактор ы
P1	- Перечи слен все фактор ы кроме одного
P0	- Не указан

	ы два и более факторов
В	3 Какие типы операций используются при данной патологии
Э	- 1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
P2	- Перечислены все 3 типа
P1	- Перечислены 2 типа
P0	- Перечислен 1

	тип или менее
В	4 Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	- Селективная коронарография
P2	- Верно
P0	- неверный
В	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	- Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровоте

	чение, тромбо з протеза
P2	- Перечислены основные осложнения
P1	- Не указано одно из осложнений.
P0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям
H	- 021
I	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	- Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных

	пороко в сердца с жалоба ми на одышку при умерен ной физиче ской нагрузк е, на чувство жжения за грудин ой, период ическу ю отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабн льность АД с повыше нием повыше ние до 160/90 мм рт.ст., головн ые боли. Анамне з заболеван ия: В
--	--

	<p>анамнез е ревмат изм с 10 летнего возраст а. Находи лась на диспан серном учете в ГКБ №38, в течение пяти лет. Ухудше ние состоян ия, в виде прогрес сирован ия одышк и, болей в области сердца около полуго да.</p> <p>Объект ивный статус: состоян ие удовлет ворител ьное. Сознан ие ясное. Положе ние активно е. Кожа и видимы е</p>
--	---

	<p>слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гипертеник. 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 диастолический шум. Систололический шум над</p>
--	--

	<p>всей область ю сердца с эпицен тром над аортой с ирради ацией на сосуды шеи. АД 160/90м м рт ст. Живот мягкий, безболе зненны й. Печень не увеличе на. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нв- 138 г/л, Эр-4,2 х 1012/л, Ле-8,2 х 109/л, Тр-226 х 109 /л, СОЭ- 14</p>
--	--

	<p>мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый регулярный с ЧСС = 72 в мин. Гипертрофия ЛЖ с перегрузкой. Субэндокардиальная ишемия по боковой, нижней стенке. ЭХО-КГ:</p>
--	--

	<p>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 см² Гради ент 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 см². Гради ент</p>
--	--

		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.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК ПА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен

	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. тяжелы й - Более 4,0 Средни й градиен т, мм рт. ст. 1. мягкий - Менее 25 2. умерен ный - 25–40 3. тяжелы й -

	<p>Более 40 Площадь отверстия, см²:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умеренный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелый - Менее 1,0</p> <p>Индекс площади и отверстия, см²/м²</p> <p>3. тяжелый - Менее 0,6</p>
P2	Перечислены - все параметры
P1	Перечислен все - парамет ры кроме одного
P0	Не указан ы два и - более парамет ров
B	3 Какие типы

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

	рография
P2	- Верно
P0	- 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 осложнений.
P0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям

Н	- 022
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженные одышку при легкой физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца,

	<p>на чувство диском форта, боли в области сердца сжима ющего характе ра, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабил ьность АД с повыше нием до 200 мм рт ст. Анамне з заболе вания: длитель ный анамнез артериа льной гиперте нзии с повыше нием АД до 200 мм рт. ст. Корона рный анамнез с 2011г. Инфарк тов миокар да не было. По</p>
--	--

	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
--	---

	<p>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: Нв-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</p>
--	--

	<p>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 ризации. ЭХО- КГ: ЛП: 41x54 ПП: 41x56 ПЖ: 19x19 КДО: 59 КСО: 29 ФВ: 51%</p>
--	---

	<p>тЗСЛЖ : 15/21 тМЖП: 16/18 Митральный клапан: ств. с краевым фиброзом. ФК: 29 Регургитация: 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</p>
--	--

	по контурам равномерна, диастолическая дисфункция ЛЖ I типа.
В	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	- Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК ПА, ФК III.
P2	- Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: указан только стеноз или только недоста

	точность
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	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 -

	<p>более 40 Площадь отверстия, см²:</p> <p>1. мягкий - более 1,5</p> <p>2. умеренный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелый - менее 1,0</p> <p>Индекс площади отверстия, см²/м²</p> <p>3. тяжелый - менее 0,6</p>
P2	Перечислены - все параметры
P1	Перечислены все - парамет ры кроме одного
P0	Не указаны два и - более парамет ров
B	3 Какие типы

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

	рография
P2	- Метод указан верно
P1	Не сказано о селективности корона рографии
P0	- Метод указан неверно
B	5 Основн ые осложн ения в раннем после операц ионном 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

	осложнения.
Р0	- Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	- 023
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

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

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

	<p>Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.</p> <p>Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Дизурий нет.</p> <p>Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.</p> <p>Status localis: по ходу большой подкожной вены слева отмечаются варикозные изменения притоки большой подкожной вены, мягкие,</p>
--	---

	<p>безболезненны е 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 отделяемого. Периферическая пульсация сохранена.</p>
--	--

	<p>Выполнено УЗДГ и ДС вен нижних конечн остей: выявле но варикоз ная трансф ормаци я приток ов БПВ слева, ствол БПВ расшир ен. При проведе нии пробы с натужи ванием ретрогр адный кровото к определ яется. Несост оательн ость перфор антов на голени слева. В анализа х: Нв 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ-</p>
--	--

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

	Экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1 Сформулируйте диагноз
Э	Варикозная болезнь вен нижних конечностей, стадия декомпенсации, с трофическими нарушениями
Р2	Диагноз - поставлен верно.
Р1	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикоз

	ной болезни
Р0	Диагно з поставл ен неверно .
В	2 Характ еристик а метода, которм й позволя ет верифи цироват ь диагноз варикоз ной болезни .
Э	- Основн ым методо м диагнос тики служит компре ссионн ое ультраз вуковое дуплекс ное ангиоск анирова ние. Метод позволя ет оценит ь состоян ие стенок и

	<p>просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба (окклюзивный, пристеночный, флотирующий), его дистальную и проксимальную границы, проходимость глубоких и перфорантных вен и даже ориентировочно судить о давности процесса. В стандартный объем ультразвукового ангиосканирования обязательно</p>
--	--

	льно должно входить исследо вание подкож ных и глубок их вен не только пораже нной тромбо флебит ом, но и контрал атераль ной конечн ости для исключ ения симуль танного их пораже ния, часто протека ющего бессим птомно. Глубок ое венозно е русло обеих нижних конечн остей осматр ивают на всем протяж ении, начина я от дисталь ных отделов
--	---

	голени до уровня паховой связки, а если не препятствует кишечный газ, то исследуют сосуды илиокавального сегмента.
P2	Характеристика - метода дана в полном объеме
P1	Недостаточно отражена - ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	Данный метод - не указан
B	Показания к операции при данной патологии 3

Э

выраже
нном
варикоз
ном
расши-
рении
поверх
ностны
х вен с
пораже
нием
стволов
большо
й или
малой
подкож
ных
вен;
при
недоста
точност
и
коммун
икантн
ых вен
и
клапан
ной
несосто
ятельно
сти
глубок
их вен
бедр и
голен и
с
явления
ми
хронич
еской
венозно
й
недоста
точност
и;
осложн
ениях
варикоз
ной
болезни
(тромбо
флебит,

	кровоте чение).
P2	- Показа ния к операц ии указан ы верно
P1	- Отраже ны не все критери и для операц ии.
P0	- Показа ния не даны.
B	4 Назови те обязате льные этапы хирург ическо й операц ии при ВБВНК .
Э	- 1. приусть евая перевяз ка и пересеч ение большо й и/или малой подкож ных вен со всеми притока ми; 2. пересеч ение недоста

	<p>точных перфорантных вен (прямым или эндоскопическим способом). Абсолютным показанием к эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен являются обширные трофические нарушения кожи.</p> <p>3. удаление стволов подкожных вен с учетом протяженности их клапанной недостаточности и варикоз</p>
--	--

	ной трансформации.
P2	- Все этапы указаны 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. Лазер

	<p>Р н о е л е ч е н и е</p> <p>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</p>
--	--

	<p>е ч н о с т е й</p> <p>4. М и к р о ф л е б э к т о м и я</p>
P2	<p>Все виды операц ий указан ы в полном объеме.</p>
P1	<p>Допуще ны погреш ности в описан ии техник и операц ий.</p>
P0	<p>Ответ неверн ый: не показан</p>

	дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения.
Н	- 024
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастриальной области, иррадиирующей в правое подреберье, усиливающиеся при

	<p>приёме пищи, метеор изм. Из анамнез а: боли в эпигаст рально й области беспоко ят в течении 6 месяцев , обраща лся в поликл инику по месту житель ства, где получа л консерв ативну ю терапи ю антаци дами, без эффект а. В течение послед них несколь ких дней отмечае т нараста ние болевог о</p>
--	--

	<p>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</p>
--	--

	<p>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</p>
--	--

	<p> м около 80%. В анализа х: Нв 120 г/л, Эр-4,02 х 1012/л, Le-10,4 х 109/л, Тр-220 х 109 /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.били рубин 18,8 мкмоль /л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/ л, креатин ин – 97,2 мкмоль /л, глюкоз а 5,6 ммоль/ л Коагул ограмм а: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибрин оген – 4,8 г/л, Д- димер> 500 мкг/л, </p>
--	--

		МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э		Атеросклеротический стеноз чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.
Р2		Диагноз - поставлен верно.
Р1		Диагноз - поставлен неполностью.

	не указано , что тромбо флебит являетс я следств ием варикоз ной болезни
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	2 Назови те формы хронич еской абдоми нально й ишеми и исходя из клинич еской картин ы.
Э	- • ч р е в н у ю (б о л е в у

	<p>Ю) ; • П р о к с и м а л ь н у ю б р ь ж е е ч н у ю — п р о к с и м а л ь н а я э н т е</p>
--	--

	Р О П А Т И Я (Д И С Ф У Н К Ц И Я Т О Н К О Й К И Ш К И) ; • Д И С Т А Л Ь Н У Ю Б Р Ь
--	--

	Ж е е ч н у ю — т е р м и н а л ь н а я к о л о п а т и я (д и с ф у н к ц и я п р е и м
--	---

	У 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	-	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 компен сации, - свидете льствуе т о сохран ности компен саторн ых возмож ностей коллате ральног

	<p>о кровообращения или же о нерезком стенозировании магистральных артерий.</p> <p>2. Стадия субкомпенсации – начало клинических проявлений окклюзирующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии доволь</p>
--	---

	<p>но неопре деленна я: чувство тяжест и в эпигаст рии, вздутие живота, чувство перееда ния после приема неболь шого количес тва пищи и др. 3. Стадия декомп енсац и - клинич еская картина ХИОП станови тся более отчетли вой - появляе тся типичн ая триада симпто мов: боли в животе после приема пищи, наруше ние абсорб ционно</p>
--	---

	й и моторной функцией 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 возможные причины экстравазального поражения висцеральных артерий.
Э	Сдавление серповидной

	связкой · Левой ножкой диафра гмы. · Правой ножкой · Медиал ьной ножкой · Элемен тами солнеч ного сплетен ия.
P2	Все причин ы - указан ы верно
P1	Не указана 1 из - причин
P0	Не указан ы две и - более причин ы
B	5 Назови те возмож ные хирург ические вмешат ельства при экстрав азально м пораже нии висцера льных

	артерий брюшн ой аорты.
Э	Различа ют три вида таких операц ий: среди ная лигаме нтотом ия и крурото мия, десоляр изация и ликвид ация различн ых приобр етенны х компре ссионн ых фактор ов.
P2	Все виды операц ий указан ы в полном объеме
P1	Допуще ны погреш ности в описан ии техник и операц ий

P0	<p>Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения</p>
H	- 025
И	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
У	<p>Мужчина, 64 года, предъявляет жалобы на боли левой верхней конечности, усиливающиеся при подъеме конечности</p>

	вверх, зябкост ь в левой руке, онемен ие кончик ов пальцев , головак 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 головак ружени я, потери сознани я, усилил
--	---

	<p>ишь боли в левой верхней конечности При осмотре: состояние удовлетворительно, 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</p>
--	---

	<p>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 определ яется на всех уровня х. На левой верхней конечн ости в подмы шечной ямке не</p>
--	--

	<p>определяется. Левая верхняя конечность прохладная на ощупь в сравнении с правой. Чувствительность 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</p>
--	---

	<p>позвон очной артерии . В анализа х: Hb 130 г/л, Эр-5,0 x 1012/л, Le-11,4 x 109/л, Тр-332 x 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,</p>
--	---

	МНО – 1,1 ЭКГ: Ритм синусов ый. Горизо нтально е положе ние ЭОС. ЧСС – 70 в мин. Призна ки гипертр офии левого желудо чка.
В	1 Сформ улируй те диагноз
Э	- Атерос клероти ческая окклюз ия левой подклю чичной артерии . Стил синдро м.
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Диагно з поставл ен неполн остью: не

	указано, что тромбоз флебит является следствием варикозной болезни
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Назовите стадии ишемии верхней конечности.
Э	I— стадия компенсации кровообращения, или стадия начальных проявлений окклюзионного заболевания (зябкость, парестезии, повышенная чувствительность)

	ть к холоду с вазомоторными реакциями). II— стадия относительной компенсации, или стадия недостаточности кровообращения при функциональной нагрузке верхних конечностей (переходящие симптомы— похолодание, онемение, чувство быстрой усталости и утомляемости в пальцах и кистях, мышцах
--	---

	<p>предплечья либо развитие на фоне функциональной нагрузки и преходящих симптомов вертебробазиллярной недостаточности). III— стадия недостаточности кровообращения в верхней конечности в состоянии покоя (постоянное похолодание, боли, онемение пальцев кисти, атрофия мышц плечевого пояса, предплечья, снижен</p>
--	--

	<p>ие мышеч ной силы, потеря возмож ности выполн ения тонких движен ий пальца ми рук— чувство неловко сти в пальцах). IV— стадия язвенно - некроти ческих измене ний в верхни х конечн остях (отечно сть, синюш ность пальцев рук, болезне нные трещин ы, участки некрозо в в облас ти ногтев ых фаланг, гангрена</p>
--	--

	пальцев).
P2	Характеристика - стадий дана в полном объеме
P1	Характеристика - стадий дана не в полном объеме
P0	Стадии не приведены.
B	3 Проведите дифференциальную диагностику атеросклеротического поражения подключичной артерии.
Э	Нейроаскулярный синдром. Болезнь Рейно
P2	Приведено 2 и более заболеваний.

P1	-	Приведено 1 заболевание.
P0	-	Не приведено примеров.
B	4	Назовите методы диагностики ишемии верхней конечности.
Э	-	1. ДС с УЗДГ 2. МСКТ ангиография 3. МРТ
P2	-	Все методы диагностики названы в полном объеме.
P1	-	Не указан один из методов диагностики.
P0	-	Не указаны два и более методов диагностики.

В	5 Назовите методы хирургического лечения ишемии и верхней конечности.
Э	- 1. Имплантация ПкА в общую сонную артерию. 2. Сонно-подключичное шунтирование. 3. Подключично-подключичное перекрестное шунтирование. 4. Стентирование.
Р2	- Все виды операций указаны в полном объеме
Р1	- Допущены погреш

	ности в описании техник и операций
Р0	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения
Н	- 026
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной

	<p>области , ирради ирующ ей в правое подроб ерье, усилива ющиеся при приёме пищи, метеор изм. Из анамнез а: боли в эпигаст рально 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</p>
--	--

	<p>них несколь ких дней отмечае т нараста ние болевог о синдро ма. При осмотр е: состоян ие удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Кожны е покров ы чистые, обычно й окраски . В легких дыхани е везикул ярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмич ные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм</p>
--	--

	<p>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 атероск леротич еский стеноз чревног о</p>
--	---

	<p>ствола до 85%, с переходом на устье верхней брыжеечной артерии, стеноз 62%.</p> <p>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.</p> <p>О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви на 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л</p> <p>Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек,</p>
--	---

	<p>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.</p>
В	1 Сформулируйте диагноз
Э	- Атеросклеротический стеноз брюшного ствола и верхней брыжеечной артерии.
P2	- Диагноз 3

	поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбоз флебит является следствием варикозной болезни
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	2 Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	чревную (болевую); проксимальную

	брыжее чную — проксим альная энтероп атия (дис- функци я гонкой кишки); дисталь ную брыжее чную — гер- минальн ая колопат ия (дисфун кция преиму ществен но левой половин ы толстой кишки); смешан ную.
P2	- Все формы указан ы верно
P1	- Назван о менее 3 форм
P0	- Фомы не назван ы

В	3 Назови те стадии хронической абдоминальной ишемии.
Э	- Классификация А. В. Покровского: 1. Доклиническая, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровотока при незначительном стенозировании магистральных артерий. 2. Стадия субкомпенсации

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

	<p>количес тва пищи и др. 3. Стадия декомп енсац и - клинич еская картина ХИОП станови тся более отчетли вой - появляе тся типичн ая триада симпто мов: боли в животе после приема пищи, наруше ние абсорб ционно й и моторн ой функци й кишечн ика, прогрес сирую щее похуд ание.</p>
P2	<p>Стадии указан ы верно и раскры то их</p>

	значени е
P1	Стадии указан ы - верно, но без описан ия
P0	Стадии не указан ы.
B	4 Назови те возмож ные хирург ические вмешат ельства при атероск леротич еском пораже нии висцера льных артерий брюшн ой аорты.
Э	1) восстан овление антегра дного кровото ка путем тромбэ ндартер эктоми и, резекци и артерии с реимпл

	<p>аптации в аорту или протези рованы я артерии ауотра нсплант атом или син тетичес ким протезо м; 2) создани е шунтир ующих путей притока ; 3) операц ия переключе ния (аортов исцерал ьные и артерио висцера льные анастом озы). 4) Стенти рование чревног о ствола.</p>
P2	<p>Все виды операц ий указан ы в полном объеме</p>

P1	Допущены погрешности в описании техник и операций
P0	Ответ неверный: не показан дифференцированный подход в зависимости от уровня поражения
B	5 Назовите методы медикаментозного лечения хронической ишемии и органов пищеварения.
Э	1. Коррекцию нарушений функции и желудочно-кишечного тракта.

	<p>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</p>
--	--

	<p>ты, улучшающие функцию печени и дренажную функцию желчевыводящих путей (эссенциале, ЛИВ-52, аллохол и т.д.);</p> <p>г) терапия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;</p> <p>д) диетолечение;</p> <p>е) лечение железодефицитной анемии.</p> <p>2. Адекватное обезболивание (ненаркотические анальгетики):</p> <p>а) обязательно</p>
--	--

	<p>спазмолитическая терапия (ношпа, нитроглицерин и т.д.).</p> <p>3. Противовоспалительное лечение (бруфен, индометацин и т.д.) и седативные препараты при компрессионных стенозах.</p> <p>4. Коррекция нарушений микроциркуляции (курантил, трентал, аспирин, ксантинолоникотинат, реополиглюкин в/в и т.д.).</p>
--	--

P2	- Назван ы все виды консерв ативно й терапии .
P1	- Допуще ны погреш ности в описан ии терапии
P0	- Консер вативна я терапия не дана.
Н	- 027
И	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	- Мужчи на, 59 лет, обратил ся к врачу с жалоба ми на нестабил ьное АД (колеба ния от

	<p>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</p>
--	--

	<p>ший шум в голове. Эпизодов ОНМК не отмечает. По данным ДС БЦА: выявлено атеросклеротическое поражение брахицефальных артерий.</p> <p>Справа – стеноз на бифуркации ОСА 40-45%, стеноз ВСА в устье 50-55%.</p> <p>Слева – стеноз на бифуркации ОСА 30-40%, стеноз ВСА 30-35%</p> <p>При осмотре: состояние относительно</p>
--	---

	<p>удовлетворительно. 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. Симпто</p>
--	--

	<p>М покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. При аускуль тации сонных артерий справа выслуш ивается слабый систоли ческий шум. Очагов ой неврол огическ ой симпто матики нет. Менинг иальны х симпто мов нет</p>
В	<p>1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .</p>
Э	<p>- Облите рирую щий атероск лероз. Атерос клероти ческий</p>

	стеноз ВСА справа. СМН III ст. Артери альная гиперто ния III стадии, III степени , риск ССО 4.
P2	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з поставл ен неполн остью: часть нозолог ий упущен а или неверно оценен ы стадии и/или степень артериа льной гиперто нии;
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	Класси фикаци я сосудис 2

	той недоста точност и мозгово го кровоо бращен ия
Э	I степень – асимпт омное течение (отсутс твие при- знаков ишеми и мозга) на фоне доказан ного клинич ески значим ого пораже ния - сосудов головно го мозга. II степень – преход ящие наруше ния мозгово го кровоо бращен ия (ПНМК) или транзит орные ишемич

	<p>еские атаки (ТИА), то есть возникновении очагового неврологического дефицита с полным регрессом неврологической симптоматики в срок до 24 ч. III степень – так называемое хроническое течение СМН (дисциркуляторная энцефалопатия), то есть присутствие общезговой неврологической симптоматики или хронической</p>
--	--

	<p>вертебральной недостаточности и без перенесенного очагового дефицита в анамнезе. IV степень – перенесенный завершённый или полный инсульт, то есть существование очаговой неврологической симптоматики в течение 24 ч и более.</p>
P2	<p>Классификация названа верно.</p>
P1	<p>Классификация названа неполностью: отсутствует</p>

	обоснование одной из нозологических форм
Р0	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно . или Классификация названа неверно .
В	Инструментальный метод диагностики атеросклеротических поражений сонных артерий . 3
Э	Дуплексное сканирование артерий – - заключается в сочетании УЗИ с

	<p>доплерографией и цветным окрашиванием кровотока Ангиография – Изображение просвета артерий получают с помощью контрастного вещества. Мультиспиральная компьютерная томография</p>
P2	<p>Методы инструментального обследования перечислены верно.</p>
P1	<p>Методы инструментального обследо-</p>

	вание перечис лены верно, однако нет обосно вания одного из методо в
Р0	Метод ы инстру ментал ьного обследо вание - перечис лены полнос тью неверно .
В	4 Метод ы хирург ическог о лечения стенозо в сонных артерий
Э	- Кароти дная эндарте рэктом ия (выполн яется под общим наркозо м или местно й анестез ией с

	<p>внутри венной седацие й. Хирург произв одит разрез на шее в проекц ии стенози рованн ой сонной артерии , удаляет атероск леротич ескую бляшку , сшивае т сосуд, затем наклад ывает швы на кожу. Приток к мозгу восстан авливае тся. Кароти дная ангиоп ластика и стенфир ование: как правил о, выполн яется без общей анестез ии, но с</p>
--	---

	использование м седации. Баллонный катетер вводится в кровеносный сосуд и под контролем ангиографии направляется в место стеноза сонной артерии, далее баллон раздувается в течение нескольких секунд, чтобы расширить артерию. При применении стентирования вместо баллона на суженном участке размещается стент, который будет
--	---

	постоянно поддерживать стенки артерий, просвет сосуда остается открытым)
P2	Перечислены все методы хирургического лечения и обоснованы полностью
P1	Перечислены все методы без обоснования
P0	Ответ неверный
B	5 Определите тактику лечения для данного больного
Э	- Хирургическое лечение не показано.

	Тактика лечения направлена на профилактику инсульта: Коррекция артериальной гипертензии (ингибиторы АПФ, диуретики и блокаторы кальциевых каналов Снижение уровня липидов. Назначение статинов с исследованием функции печени сначала приема. Отказ от курения Антитромботические препараты
--	--

	(ацетил салици ловая кислота или клопид огрел) или антикоа гулянт ы по показан иям ДС БЦА через 6 месяцев
P2	- Дальне йшая тактика лечения выбран а верно.
P1	- Тактик а ведения пациен та выбран а верно, однако не обосно вана или обосно вана неверно .
P0	- Тактик а ведения данного пациен та выбран а полнос тью неверно .

Н	- 028
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ 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 больно й около

	<p>года, когда стала отмечать непостоянные тянущие 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:</p>
--	---

	<p>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 аневризматиче</p>
--	--

	<p>ское расшир ение сосудис той стенки мешотч атой формы, размеро м 16,0x18 ,0x16,2 мм. Мочето чник просле живает ся на всем протяж ении, 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</p>
--	--

	<p>сти. Лоханк а не расшир ена. Мочето чник просле живает ся на всем протяж ении. 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</p>
--	---

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

	<p>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: Нб-</p>
--	---

	<p>138 г/л, Эр-4,2 x 1012/л, Le-8,2 x 109/л, Тр-226 x 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билиру бин 15,4 мкмоль /л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/ л, креатин ин – 88,4 мкмоль /л, глюкоз а 5,5 ммоль/ л, СКФ – 81,1 мл/ мин/1,7 3м2 ЭКГ: Ритм синусов ый. ЧСС – 74 в мин. Диффуз ные наруше ния реполя ризации</p>
--	--

	и. Наруше ния внутри желудо чковой провод имости.
В	1 Сформ улируй те диагноз
Э	- Аневри зма правой почечн ой артерии . Вазоре нальная гиперте нзия, ст. декомп енсац и. Хронич еская болезнь почек 2 ст.
P2	- Диагно з - поставл ен верно.
P1	- Диагно з поставл ен неполн остью: пропуш ена одна из нозолог ий
P0	- Диагно з

	поставлен неверно.
В	2 Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз аневризмы правой почечной артерии.
Э	- МСКТ брюшной аорты с внутривенным контрастированием. Данный метод (неинвазивный) считается «золотым стандартом» верификации данной патологии. Позволяет

	<p>визуально определить характер, локализацию и протяженность патологических изменений 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</p>
--	---

	аневриз матиче ского мешка могут не соответ ствовать ь таковы м на ангио- грамма х из-за его тромби ровани я. Характ ерными признак ами этой патолог ии являют ся замедле нная эвакуац ия контрас тного вещест ва из аневриз мы, наличи е кальци фикато в в ее стенке. Эксцен трическ ое скопле ние контрас тного вещест ва в
--	--

	<p>виде "висячей капли" характерно для ложной аневризмы почечной артерии.</p> <p>Типичная ангиографическая картина при аневризмах почечных артерий при фибромышечной дисплазии имеет вид "нитки бус" или четок.</p>
P2	<p>Характеристика - метода дана в полном объеме</p>
P1	<p>Недостаточно отражена на рентгенологическая семиот</p>

	ика аневриз м почечн ых артерий
Р0	- Данный метод не указан
В	3 Привед ите класси фикаци ю аневриз м почечн ых артерий
Э	- I. По локализ ации: — устьевы е; стволов ые; бифурк ационн ые; ветвей I и II порядк ов; внутри органны е; тотальн ые (распро страня ющиеся на ствол и ветви почечн ых артерий).

	<p>II. По форме: мешковидные; веретенобразные; диффузные; расслаивающиеся.</p> <p>III. По распространности и сочетанию с другой патологией почечных артерий:</p> <ul style="list-style-type: none">— одиночные;— множественные;— двусторонние;— сочетанные. <p>IV. По этиологии:</p> <ul style="list-style-type: none">— врожденные;— дегенеративные (фиброзно-мышечная дисплазия, болезнь Эрдгейма и
--	---

	др.) атеросклеротические; воспалительные (специфические, неспецифические); посттравматические; ятрогенные. V. По структуре стенки: истинные; ложные.
P2	Классификация - приведена правильно
P1	Классификация - приведена не полностью: не указан один пункт классификации.
P0	Не - указаны два и более пункта

	В класси фикаци и
В	4 Показа ния и основн ые виды операц ий при данной патолог ии
Э	Наличи е аневриз мы почечн ой артерии во всех случаях являетс я показан ием к операц ии. 1) Аневри зморра фия со швом или наложе нием заплаты , основн ым условие м выполн ения операц ии являетс я ВОЗМОЖ

	<p>ность боковой пластики и стенки артерии.</p> <p>2) При расположении аневризмы в проксимальном отделе почечной артерии целесообразно выполнение реимплантации и артерии в аорту выше или ниже естественного устья.</p> <p>3) При невозможности выполнения реимплантации, предпочтение отдается аортопочечному или подвздо-</p>
--	--

	<p>шно-почечному шунтированию аутовенозным трансплантатом или синтетическим протезом.</p> <p>4) Показаниями к нефрэктомии служат внутрипочечные аневризмы, являющиеся особенно трудными и спорными для хирургического лечения.</p> <p>В целом показанием к первичной нефрэктомии при АПА является нефроангиосклероз,</p>
--	--

	<p>основные признаки и которого — полное отсутствие функции почки по данным радиоизотопных методов, уплотнение почечной ткани и уменьшение размеров почки менее 8 см между полюсами по данным ультразвуковых методов.</p>
P2	<p>Показания и основные виды операций указаны верно</p>
P1	<p>Не указан один из видов операции</p>

	вного вмешат ельства
P0	Не указан ы два и более - видов операти вного вмешат ельства
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	- Осложн ения не

	указан ы
Н	- 029
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	- Мужч на, 48 лет, поступ ил в стацион ар с жалоба ми на частые головн ые боли, слабост ь, переме жающа яся хромот у правой нижней конечн ости при ходьбе более чем на 300 метров, судорог

	<p>и в мышца х голени справа. Из анамнез а: Болен в течение послед них полуто ра лет, когда у него было определ ено стойкое высоко е артериа льное давлен ие. Лекарст венная терапия – без эффект а. Артери альное давлен ие достига ло 200/130 мм рт.ст. Произв едена аортогр афия по Сельди нгеру, обнару жено склерот ическое сужени</p>
--	---

	<p>е левой главной почечн ой артерии , калибр почечн ой артерии в месте сужени я 3 мм. Размер левой почки 11см, 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%,</p>
--	--

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

	<p>уд/ мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболе зненный. 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</p>
--	---

	<p>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.</p> <p>В анализах: Нв-138 г/л, Эр-4,2 x 10¹²/л, Le-8,2 x 10⁹/л, Тр-226 x 10⁹ /л, СОЭ-14</p>
--	--

	<p>мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочеви на 5,0 ммоль/л, креатинин — 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ — 78,3 мл/мин/1,73м2 ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС — 76 в мин. Диффузные нарушения реполяризации. Нарушения внутрижелудочковой проводимости.</p>

В	1 Сформируйте диагноз
Э	Мультифокальный атеросклероз. Стеноз левой почечной артерии, ХПН I. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. Стеноз подколенной артерии справа, ХАН IIa степени.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
P0	Диагноз - поставлен

	ен неверно .
В	2 Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
Э	- Атеросклеротический стеноз почечной артерии характеризуется преимущественным поражением устья и проксимального сегмента сосуда (1— 2 см), обычно с выраженным постстенотическим расширением (рис. 6.22).

	<p>Поражение среднего и дистального участков в артерии наблюдается редко. Коллатеральная сеть сосудов обычно не развита.</p> <p>Характерной особенностью атеросклероза является частое сочетанное поражение почечных артерий и других сосудистых бассейнов (коронарные, брахиоцефальные артерии, аорта и артерии нижних конечн</p>
--	--

	остей). Изолир ованны е пораже ния почечн ых артерий встреча ются 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 вазоре

	альной гипертензии
Э	До настоящего времени и некоторые вопросы патогенеза вазоренальной гипертензии, включающие сложный комплекс гуморальных нейронных, гемодинамических механизмов и их взаимозависимость, остаются неясными. Считается, что главное значение в механизме развития артериальной

	гипертензии имеет снижение именно пульсового и перфузионного давления в почках. В этих условиях юкстагломерулярный аппарат ишемизированной почки секретирует повышенное количество протеолитического фермента ренина, который и является пусковым фактором развития гипертензии. В крови ренин соединя
--	--

	<p>ется с гипертензином, образуя прессорный ангиотензин-1. Под воздействием конвертирующего фермента ангиотензин-1 переходит в свою активную форму — ангиотензин-2, который является мощным вазопрессором. Спазм резистивных сосудов приводит к повышению периферического сопротивления кровотока.</p>
--	--

	<p>ку, увеличивая работу сердца, что проявляется повышением артериального давления. Кроме того, под влиянием ангиотензина-II на надпочечники происходит гиперсекреция минералокортикоидного гормона альдостерона, изменяющего фильтрационную функцию почек. Происходят задержка натрия в организме и</p>
--	--

	<p>повыше ние объема внеклет очной жидкос ти, измене ние реакци и сосудов на действи е катехол аминов, отек сосудис той стенки, усилен ие вазokon стрикц ии и рост гиперте нзии. Одновр емно снижае тся антигип ертензи вная (депрес сорная) функци я почек, осущес твляется я посредс твом простаг ландин ов и кинино в. Наибол ьшее</p>
--	---

	снижен ие депресс орной функци и почек происх одит при длитель ном течении болезни и паренх иматоз ных измене ниях в почках.
P2	Патогенез нез привед ен правил ьно
P1	Патогенез нез привед ен не полнос тью
P0	Патогенез нез не предста влен
B	4 Опиши те характе рные жалобы пациен тов при атероск леротич еском стенозе почечн ой артерии

Э	Субъективные проявления вазоренальной гипертензии не являются специфическими и во многом сходны с гипертонической болезнью. Выделяют 4 группы жалоб больных: жалобы, характерные для церебральной гипертензии, — головная боль, тяжесть в затылочной области, ощущение приливов в голове, шум в ушах, мелька
---	--

	<p>ние "мушек" " перед глазами , плохой сон, снижен ие умстве нной работос пособн ости; жалобы , связанн ые с повыше нной нагрузк ой на сердце, — боли и неприя тные ощуще ния в области сердца, сердцеб иения, одышка ; жалобы , обуслов ленные пораже нием самих почек, — тупые боли, чувство тяжест и в поясни чной области</p>
--	--

	<p>, при инфарк те почки — гематур ия; жалобы , связанн ые с пораже нием и ишемие й в других артериа льных бассейн ах, — боли и переме жающа яся хромот а в нижних конечн остях, боли и слабост ь в верхни х конечн остях, проявле ния каротид ной и вертебр обазия рной недоста точност и и пр. Эта группа жалоб имеет важное значени</p>
--	--

	е, так как наличие признаков ишемии в различных анатомических областях подтверждает системный характер заболевания, в том числе поражение почечных артерий.
P2	Жалобы пациентов указаны верно
P1	Жалобы пациентов указаны не полностью
P0	Не указаны две и более групп жалоб

В	5 Укажит е показан ия и против опоказа ния к стенфир ованию почечн ых артерий
Э	Показа ния: гемоди намиче ски значим ое сужени е (стеноз) почечн ой артерии в сочетан ии со злокаче ственно й, - прогрес сирую щей, резисте нтной к консерв ативно й терапии артериа льной гиперте нзии, либо в случае неперен осимос ти базисн ых

	антигипертензивных препаратов; гемодинамически значимое сужение (стеноз) почечной артерии в сочетании с ХБП; гемодинамически значимое сужение (стеноз) почечной артерии в единственной функционирующей почке. гемодинамически значимое сужение (стеноз) почечной артерии в сочетании с
--	--

	рециди вирую щей сердечн ой недоста точност ью при сохран ной функци и левого желудо чка или внезапн ым (необъя снямы м другим и причин ами) отеком легких, а также с резисте нтной к стандар тной терапии нестабил ьной стенока рдией. гемоди намиче ски значим ый стеноз в сочетан ии с внезапн о наступи вшей тяжело й артерия
--	--

	<p>льной гипертензии или увеличении степени тяжести и артериальной гипертензии. Противопоказания: тяжелые анафилактические реакции и на рентгеноконтрастные препараты. некорригируемые коагулопатии. злокачественные новообразования; активный инфекционный процесс в области доступа ; группа противопоказаний,</p>
--	--

	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	<p>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 явления</p>

	ми гиперто ническ ого криза была госпита лизиров ана, 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
--	---

	<p>правой почечной артерии определяется извитость хода с сужением просвета 3 степени.</p> <p>При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание</p>
--	---

	<p>е, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмич ные. ЧСС 80 уд/ мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболе зненны й во всех отделах . Печень не увеличе на. Селезен ка, почки не пальпи руется. Синдро м Пастер нацкого отрицат ельный с обеих сторон. Отправ ления в норме. Костно- мышеч ная система без видимо й</p>
--	---

	<p>патологии. Status localis: Пульсация на магистральных артериях нижних конечностей определяется в полном объеме. На аорте и сонных артериях без шумовой симптоматики. В проекции правой почечной артерии - систолический шум. В анализах: Hb-138 г/л, Эр-4,2 x 10¹²/л, Le-8,2 x 10⁹/л, Тр-226 x 10⁹ /л, СОЭ-14 мм/ч. Общий билиру</p>
--	--

	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.
В	1 Сформ улируй те диагноз
Э	- Фибро мускул ярная гиперп лазия правой почечн ой артерии . Гипопл азия

	правой почки. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. ХПН I ст.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
P0	Диагноз - поставлен неверно.
B	2 Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
Э	- При фибромускулярной дисплаз

	<p>ии патолог ически й процесс в почечн ой артерии чаще локализ уется в средней , реже — в дисталь ной ее трети, нередко распрос транаяс ь на зону деления сосуда и его ветви. Форма стеноза может быть различн ой: чаще всего это мульти фокаль ное пораже ние, когда множес твенны е локальн ые сужени я череду ются с микроа</p>
--	---

	невриз матиче скими расшир ениями артерии ("нитка бус"), реже встреча ются тубуляр ные (концен трическ ое сужени е артерии в предела х 1—2 сегмент ов) и монофо кальны е (по типу "песочн ых часов") стенозы почечн ых артерий . Коллат ерально е кровоо бращен ие почки обычно хорошо развито . У больны х с фибром ускуляр ной
--	--

	дисплазией наиболее часто встречаются аневризмы почечных артерий, возможно сочетание с нефроптозом (ангиография в вертикальном положении больного или на вдохе).
P2	- Ангиографическая картина описана в полном объеме
P1	- Недостаточно отражена рентгенологическая семиотика фибромускулярной гиперплазии
P0	- Ангиографиче

	ская картина не описана
В	3 Опишите патогенез данного заболевания
Э	- При этой врожденной патологии основной патологический процесс занимает среднюю оболочку артерии и представлен пролиферацией гладкомышечных волокон и фиброзных элементов с истончением и разрывом волокон

	<p>эластич еского каркаса . Дефици т эластич еской ткани являетс я пусков ым момент ом в развити и заболев ания. В последу ющем наступа ет компен саторна я гипертр офия мышеч ной и пролиф ерация фиброз ной ткани, что сопров ождает ся дисплас тически ми процесс ами с пораже нием одного из слоев артериа льной стенки,</p>
--	--

	<p>хотя чаще всего изменения интимы и адвентиции носят вторичный характер. В отличие от атеросклероза поражение обычно локализуется в средней, реже в дистальной трети почечной артерии, нередко с вовлечением зоны ее деления и ветвей. Наиболее часто формируется стеноз, реже — аневризма почечной артерии.</p>
--	--

P2	-	Патогенез приведен правильно
P1	-	Патогенез приведен не полностью
P0	-	Патогенез не представлен
B	4	Выберите оптимальный метод оперативного лечения данного пациента и опишите его основные принципы
Э	-	При возможности выполнения операцией выбора при фибромускулярной гиперплазии с изолированным циркул

	<p>ярным поражением почечной артерии является баллонная ангиопластика.</p> <p>Диаметр рабочей части дилатационного катетера подбирается в зависимости от диаметра непоразженной части почечной артерии и должен превышать ее на 10 %, но не более чем на 15 % из-за опасности разрыва стенки сосуда.</p> <p>Главны</p>
--	--

	<p>м принци пом баллон ной дилатац ии являетс я ее многок ратное выполн ение с постепе нно нараста ющей амплит удой и величи ной дилати рующег о усилия.</p>
<p>P2</p>	<p>Показа ния и основн ые принци пы операц ии указан ы верно</p>
<p>P1</p>	<p>Показа ния и основн ые принци пы операц ии указан ы не полнос тью</p>
<p>P0</p>	<p>Показа ния и основн ые</p>

	принципы операции не указаны
В	5 Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	- Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение
P2	- Перечислены основные осложнения
P1	- Не указано одно из осложнений.
P0	- Осложнения не указаны
Н	- 031
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУ

	АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ БЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
<p style="text-align: center;">у</p>	<p>Пациен т К., 57 лет жалует ся на умерен ную одышку при легкой физиче ской нагрузк е, на чувство диском форта в области сердца, отечнос ть нижних конечн остей, снижен ие работос пособн ости, общую слабост ь, нестабил ьность АД с повыше нием до 160/110 мм рт.ст., ГОЛОВН</p>

	<p>ые боли. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. Считает себя больным с 1975 года, когда в процессе планового мед. осмотра в военкомате был диагностирован врожденный порок сердца — открытый артериальный проток. 25.12.1975г. на базе ГКБ №5 была выполнена перевязка протока. В последу</p>
--	---

	<p>ющем больно й нигде не наблю ался. Ухудше ние состоян ия, в виде появле ния одышк и, диском форта в области сердца с 2016г., по поводу чего находи лся на лечени и ЦРБ г. Заволж ья. В процесс е дообсле довани я, по данным ЭхоКГ был диагнос тирован порок аорталь ного клапана . Объект ивный статус: состоян ие удовлет ворител</p>
--	--

	<p>ьное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферическое лимфоузлы не увеличены. Гипертеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый</p>
--	---

	<p>систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи.</p> <p>АД 120/90 мм рт.ст.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Печень не увеличена.</p> <p>Периферических отеков нет.</p> <p>Физиологические отправления в норме.</p> <p>Данные обследования:</p> <p>ЭКГ от 11.04.17г.: ритм синусовый с ЧСС 104 уд/мин, гипертрофия левого</p>
--	---

	<p>председия, левого желудочка, нарушение процессов реполяризации. ЭхоКГ от 04.10.17г.: Комбинированный порок аортального клапана . Недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. ЛП: 50/40 КДР: 66 КСР: 31 КДО: 160 КСО: 66 ФВ: 58% тЗСЛЖ : 9/16 тМЖП: 9/16 Аортальный клапан: 2 створки (ложна</p>
--	---

	<p>я контрак тура) кальци ноз створок . Расшир ение восходя щего отдела аорты, аорта до 62 мм, на уровне сино- тубуляр ного гребня – 46 мм. Митрал ьный клапан: плохая визуали зация, пролаб ирован ие задней створки , регург тация II степени . Трикус пидаль ный клапан: регург тация I степени . СКГ от 12.04.1 7: тип кровото ка – правый.</p>
--	---

	<p>Левая коронарная артерия без гемодинамически значимых сужений. Правая коронарная артерия – без гемодинамически значимых сужений.</p>
В	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	<p>ВПС. Двустворчатый аортальный клапан. Комбинированный аортальный порок. Аневризма восходящего отдела</p>

	<p>аорты. Недост аточнос ть митрал ьного клапана II ст. Недост аточнос ть трикусп идальн ого клапана I ст. НК ПА (НУНА II)</p>
<p>P2</p>	<p>Диагно з - поставл ен верно.</p>
<p>P1</p>	<p>Диагно з поставл ен неполн остью: часть нозолог ий упущен а или неверно оценен ы - степень недоста точност и митрал ьного, трикусп идальн ого клапан ов, неверно оценена стадия</p>

	нарушения кровообращения.
P0	- Диагноз поставлен неверно.
B	2 Какой метод дополнительного исследования предпочтительнее для больного
Э	- Пациенту показано контрастное исследование (аортография и/или КТ-Ангиография грудной аорты) для верификации топика поражения, для выявления анатом

	ии коронарных артерий, протяженности аневризматического процесса.
P2	Метод определен верно и обоснован
P1	Метод определен, но неполностью обоснован
P0	Метод не назван
B	3 Классификация аневризм аорты
Э	- по локализации: а) грудного отдела: синуса Вальсальвы (А), восходящей части (В), дуги (С), нисход

	ящей части (О), грудной и брюшной частей (Е), комбинированные аневризмы; б) брюшного отдела: супраренальные — аневризмы верхнего отдела брюшной аорты с вовлечением отходящих от нее ветвей (I тип), инфраренальные — без вовлечения бифуркации аорты (II тип), инфраренальные — с поражением бифуркации
--	--

	<p>аорты и подвздошных артерий (III тип), тотальные 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, занима</p>
--	--

	<p>ющее не более полови ны диамет ра аорты. Мешот чатые аневриз мы брюшн ого отдела аорты подразд еляютс я на боковы е, распрос траняю щиеся на подвздо шные артерии (мешот чатые аортопо двздош ные аневриз мы) и аневриз мы, спуска ющиеся в малый таз (аневри змы типа лягушк и); б) веретен ообразн ые — образу ются</p>
--	--

	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
--	---

	ру клинич еского течения : бессим птомны е, типичн ые, неосло женны е, осложн енные (разрыв ом, рассло ением, тромбо зом, обызвес твление 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	4 Назови те наибол ее часто

	встречающиеся осложнения аневризмы аорты
Э	разрывы (прорывы в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы – обильное, угрожающее жизни кровотечение и образование сгустков (гематом); тромбы аневризматического мешочка – образование в нем одного

	или нескольких (иногда слившихся в один) сгустков в из-за накапливающейся крови; тромбозы артерий на периферии из-за отрыва тромбов, «родившихся» в аневризматическом выпячивании; инфицирование полости и аневризмы, как следствие – абсцедирование (гноеразование).
P2	- Осложнения указаны 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, пластик а 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)
Р0	Тактик а ведения данного пациен та - выбран а полнос тью неверно .
Н	- 032
И	ОЗНАК ОМЬТЕ СЬ С СИТУА ЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕ РНУТ БЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРО СЫ
У	Пациен т П., 44 года поступ ил в отделен ие экстрен но с жалоба ми на острую

	<p>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</p>
--	--

	<p>достигнуто некоторое улучшение. Выполнено ЭХО-КГ: выявлено расширение восходящей аорты (сундулирующей мембраной) до 68 мм, диаметр АК – 30 мм, диаметр аорты на уровне синотубулярного гребня – 38 мм, регургитация на аортальном клапане II ст, расширение кольца АК за счет некоторого синуса. Объект</p>
--	--

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

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

	нарушения кровообращения.
Р0	- Диагноз поставлен неверно.
В	2 Какой метод дополнительного исследования предпочтителен для больного
Э	- Пациенту показано контрастное исследование (аортография и/или КТ-Ангиография грудной аорты) для верификации топики поражения, определения проксимально

	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 структу р средост ения
P2	Метод определ ен - верно и обосно ван
P1	Метод определ ен, но - неполн остью обосно ван

P0	Метод не назван
B	Класси фикаци я расслаи вающи х 3 аневриз м аорты (по ДеБейк и и Stanfor d)
Э	Соглас но класси фикаци и ДеБейк и, определ яют 3 типа расслое ния: I – надрыв интимы в восходя щем сегмент е аорты, расслое ние распрос траняет ся до грудног о и брюшн ого отделов ; II – место

	надрыв а и рассло ение огранич ено восходя щим отдело м аорты, III – надрыв интимы в нисход ящей аорте, рассло ение 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 раслаи вающие ся аневриз мы аорты типа А - с
--	--

	прокси мальны м расслое нием, затраги вающи м ее восходя щий отдел, и типа В - с дисталь ным расслое нием дуги и нисход ящей части аорты.
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	4 Назови те наибол ее часто встреча ющиеся

	осложнения аневризмы аорты
Э	разрывы (прорывы 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 несколько

	ких (иногда слившись в один) сгустков из-за накопивающейся крови; тромбозы артерий на периферии из-за отрыва тромбов, «родившихся» в аневризматическом выпячивании; инфицирование полости и аневризмы, как следствие – абсцедирование (гноеразование).
P2	Осложнения - указаны верно
P1	Не указаны 1-2 типа

	осложнений
P0	- Осложнения не указаны
B	5 Хирургическая тактика у данного пациента
Э	- Показано оперативное лечение : операция супракоронарное протезирование восходящей аорты с протезированием некоронарного синуса – операция Вольфа .
P2	- Тактика лечения выбрана верно.
P1	- Предложена операция Бенталл

	а Де Боно, раздель ного протези рования аорталь ного клапана и восходя щей аорты
Р0	Хирург ическая тактика пациен та выбран а неверно .
Н	- 033
И	ОЗНАК ОМЬТЕ СЬ С СИТУА ЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕ РНУТ БЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПРО СЫ
У	Пациен тка 49 лет жалует ся на наличи е расшир енных вен на ногах, боль,

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

	<p>расширенные приток и, несостоятельность перфорантов в нижней трети голеней .</p> <p>Локально: на нижних конечностях отмечаются варикозно расширенные вены в бассейне большой и малой подкожных вен, трофических изменений нет. Пульсация артерий сохранена на всех уровнях.</p>
В	<p>1 Предположительно наиболее вероятно</p>

	ый диагноз .
Э	- Варико зная болезнь нижних конечн остей, стадия декомп енсац 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 .
В	2 Класси фикаци я ХВН
Э	- ХВН 0 – асимпт омное течение ХВН 1 – синдро

	М «тяжелых» ног, преходящий отек ХВН 2 – стойкий отек, гипо- или гиперпигментация ХВН 3 – трофические изменения
P2	Классификация дана полностью
P1	Не указаны нарушения пигментации кожи
P0	Классификация не отражена в ответе
В	3 Назовите принципы хирургической коррекции

	варикозной болезни
Э	Ликвидирование вертикального рефлюкса (перевязка сафенофemorального/сафенопоплицеального соустья), ликвидирование горизонтального рефлюкса (перевязка основных перфорантов)
P2	Основные принципы указаны полностью
P1	Принципы указаны не полностью

P0	Основн ые принци пы не отраже ны в ответе
B	4 Хирург ическая тактика у данной пациен тки
Э	Пациен тке рекоме ндован о операти вное вмешат ельство : - венэкто мия по Трояно ву- Тренде ленбург у- Бэбкок ку- Нарату
P2	Тактик а - определ ена верно
P1	Предло жен менее радикал ьный вид операц ии
P0	Предло жен 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 большеберцовые нервы), повреждение артерий (в области СФС, в области тыла стопы и медиальной лодыжки)

		и), некроз кожи (при трофич еских измене ниях)
P2	-	Осложн ения указан ы верно
P1	-	Не указан ы 1-2 осложн ения
P0	-	Не указан ы 3 и более осложн ений
H	-	034
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Мужчи на, 69 лет, поступ ил в отделен ие сосудис той хирург

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

	<p>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: Нв — 127 г/л, Ег — 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;</p>
--	--

	<p>натрий —137 mmol/l, АСТ — 26 U/l, АЛТ — 2-2 U/l, 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 бедр а, в проекц ии бедрен ной артерии определ яется плотно е, болезне нное, слабо пульси рующее</p>
--	---

	<p>образование диаметром 5 см, возвышающееся над кожей на 7 см. Кожа над образованием имеет цианотичный оттенок. При аускультации выслушивается дующий систолический шум. Тактильная чувствительность и активные движения в конечности сохранены. Пульсация на подколенной артерии справа отсутствует, слева определяется</p>
--	---

	до уровня стопы. Выполнена дистальная ангиография, по данным которой, справа, визуализируется полость 6 см в диаметре, ниже бифуркации общей бедренной артерии.
В	1 Сформулируйте диагноз
Э	- Ложная аневризма бедренной артерии справа, I тип. Хроническая артериальная недостаточность правой нижней

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

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

	ование не позволя ет визуали зировать ь аневриз му. При ангиогра фичес ком исследо вании не всегда возмож но оценит ь размер ы аневриз мы, так как контрас тное вещест во заполня ет только свобод ный просвет . Эти два метода не исключ ают, а дополн яют друг друга. В настоя щее время в диагнос тике заболев
--	--

	аний периферических артерий так же широко применяют спиральную компьютерную и магнитно-резонансную томографию.
P2	Инструментальные методы названы в полном объеме
P1	Недостаточно отражена особенность диагностики данного заболевания инструментальными методами
P0	Методы не указаны
В	3 Приведите

	<p>классификацию ложных аневризм бедренной и подколенной артерии.</p>
Э	<p>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</p>

	<p>артерии в зависи мости от их локализ ации делят на три типа: прокси мальны е, средние , дисталь ные. Для первого типа характе рны больши е размер ы и локализ ация позади мышцел ков бедрен ной кости, для второго типа — распрос транени е более прокси мально и дисталь но от уровня суставн ой щели коленн ого сустава</p>
--	--

	; третий тип характеризуется меньшими размерами по сравнению с типами, указанными выше.
P2	Классификация - приведена правильно
P1	Классификация приведена не полностью: не указан один пункт классификации.
P0	Не указаны два и более пунктов в классификации
B	4 Назовите основные виды операц

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

	мы сегмент ов артерии с последу ющим обходн ым шунтир ование м; частичн ая резекци я аневриз матиче ского мешка с внутри мешков ым протези рование м; операц ия Матаса — облитер ация просвет а аневриз матиче ского мешка без восстан овлени я магистр ального кровото ка по этому сегмент у. Данный метод в настоя
--	---

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

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

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

	характеризуется манифестирующими клиническими признаками. Сдавление местных тканей гематомой, с последующим формированием некрозов. Формирование артериовенозного свища Эмболия в дистальное русло с его тромбозом и развитием критической ишемии конечности. Развитие флегмон, абсцессов и
--	--

	сепсиса
P2	- Перечислены основные осложнения
P1	- Не указано одно из осложнений.
P0	- Не указано два и более осложнений
H	- 035
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	- Мужчине, 66 лет, предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в

	<p>левую лопатку, возникающие при умеренной физической нагрузке (подъем на 2 этаж), купирующиеся в покое, на приступы сердцебиения, на снижение толерантности к физической нагрузке. Гипертонический анамнез более 30 лет. Со слов больного 8 лет назад во время планового обследования по данным ЭКГ</p>
--	---

	<p>диагнос тирован признак и перенес енного ИМ. АД адаптир ован к уровню АД135- 140/80 мм рт ст. Ухудше ние состоян ия в виде появле ния одышк и, учащен ие загрудн ных болей, диском форта в области сердца при физиче ской нагрузк е с августа 2012г. В январе 2015 парокс изм фибрил ляции предсер дий, ритм восстан овлен</p>
--	---

	<p>ЭДС. В сентябре 2016г обследован в стационаре, включая СКГ При осмотре: состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гипертеник. Питание повышенное. В легких везикулярное</p>
--	---

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

	<p>Дизури й нет. Симпто м покола чивани я по поясни чной области отрицат ельный. Перифе рическ их отеков нет. Физиол огическ ие отправл ения в норме. В анализа х: Нв 140г/л; эритр. 5,22x10 12/л; СОЭ 20мм/ч; лейк. 8,0x109 /л. Тр- 280 х 109 /л, СОЭ- 10 мм/ч. Cholest В -165 мг/дл; АІАТ- 15,7 Ед/л; АsАТ- 24.1 Ед/л; билиру бин общий -</p>
--	---

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

	<p>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 афичес кие признак и двухсос удистог о атероск леротич еского пораже ния). Сбалан сирован ный тип</p>
--	---

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

	оценены функциональный класс ИБС, и/или недостаточности кровообращения.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Приведите неинвазивные методы обследования.
Э	Необходимо выполнение ЭКГ, Суточный мониторинг ЭКГ и АД. - Ультразвуковое исследование сердца, селективная коронарография. УЗДГ с

	ДС брахио цефаль ных артерий . УЗИ органов брюшн ой полост и.
P2	Метод обосно ван - полнос тью
P1	Метод обосно ван не полнос тью: Отсутст вует обосно вание одной из нозолог ически х форм или обосно вание одной из нозолог ически х форм дано неверно .
P0	Диагно з обосно ван - полнос тью неверно .

В	3 Какова тактика лечения.
Э	- Пациенту показано оперативное лечение : стентирование проксимальной трети ПКА и стентирование устья ЗБВ.
P2	- Тактика указана верно.
P1	- Предложена плановая операция.
P0	- Ответ отсутствует.
В	4 Техника оперативного вмешательства
Э	- Основные этапы: Под местной анестезией пункти

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

	<p>и ем 14-18 атм. Затем через доставочную систему имплантируется коронарный стент необходимого диаметра и длины. Затем также выполняется баллонная дилатация участка сужения и стентирование ПКА. Выполняется контрольная ангиография и оценивается адекватность коррекции стеноза в коронарной артерии.</p>
P2	- Основные

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

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

	<p>жалуется на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца. В анамнезе длительное время страдает артериальной гипертензией. За полгода до обращения начали беспокоить нечаст</p>
--	--

	<p>ые перебо и в работе сердца, общая слабост ь, головок ружени е, неодно кратны е эпизод ы потери сознани я, которы е сопров ождали сь получе нием неболь ших травм (ссадин ы и ушибы) . Госпит ализиро ван после очередн ого эпизода потери сознани я. При осмотр е состоян ие средней тяжест и. Тип констит</p>
--	--

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

	<p>сердца несколь ко приглу шены, шумов нет. ЧСС - 34 в минуту, ритм неправ ильный , АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболе зненны й во всех отделах , печень у края реберно й дуги. На ЭКГ: Полное разобш ение пердсер дного и желудо чког ритма. Интерв алы Р-Р и R-R постоян ны, но R-R больше чем Р- Р. ЧСЖ – 38 в мин. Отклон ение</p>
--	---

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

	наличие недостаточности кровообращения.
P0	- Диагноз поставлен неверно.
B	2 - Приведите дополнительные методы обследования.
Э	- ЭКГ, суточное ЭКГ мониторинг.
P2	- Метод обоснован полностью.
P1	- Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительно

	ых методов диагностики и/или неверно определены показания к оперативному лечению.
P0	Метод обоснован или диагностирован 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.
B	4 Классификация АВ-блокад с ЭКГ признаками
Э	I степень – атриовентрикулярная проводимость через АВ-узел замедлена, однако все импульсы из предсердий достигают желудочков. Клинически не распознается; на ЭКГ интервал P-Q удлинён > 0,20 секунд. II степень – неполная атриовентриу-

	<p>ярная блокада ; не все предсердные 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</p>
--	---

	<p>нию желудо чкового компле кса (период Самойл ова – Венкеб аха). Тип II Мобитц – критич еская задерж ка импуль са развива ется внезапн о, без предше ствующ его удлине ния период а задерж ки. При этом отмечае тся отсутст вие проведе ния каждог о второго (2:1) или третьег о (3:1) импуль са. III степень - (полная</p>
--	---

	<p>атриове нтрику лярная блокада) — полное прекра щение прохож дения импуль сов от предсер дий к желудо чкам. Предсе рдия сокращ аются под влияни ем синусов ого узла, желудо чки - в собстве нном ритме, реже 40 раз в мин., что недоста точно для обеспеч ения адекват ного кровоо бращен ия.</p>
P2	<p>Перечи слены все - степени АВ- блокад и их</p>

	ЭКГ признак и
P1	Степен и АВ- блокад и их ЭКГ- - признак и перечис лены неполн остью.
P0	Ответ неверн ый: предло жены неверна я класси фикаци я
B	5 Перечи слите основн ые после пераци онные осложн ения.
Э	- Дислок ация эндокар диальн ых электро дов, повыше ние порога стимул яции, гемато ма в ложе ЭКС, пневмо

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

	<p>форт жгущег о и сжима ющего 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</p>
--	--

	<p>ий Q-инфаркт миокарда 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 отмечать снижение толерантности к физическим нагрузкам, прогрес</p>
--	--

	<p>сирован ие одышк и и появле 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,</p>
--	---

	<p>безболезненная при пальпации. Отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны сердца приглушены, ритмические, ЧСС 78 уд. в мин, АД 100/70 мм. рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты -5,2 млн, гематокрит - 42%,</p>
--	---

	<p>лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты- 28%, эозинофилы- 2%, моноциты-5%, СОЭ-12 мм/ч.</p> <p>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.</p> <p>На серии ЭКГ с интервалом в один месяц и в момент обращения</p>
--	--

	<p>ния: неполная блокада правой ножки пучка Гиса (увеличение времени и внутреннего отклонения в отведении V1). Зубцы QS с невысоким подъемом сегмента ST в отведениях I, V2 – V6, патологически й зубец Q в отведениях aVL, инверсия зубца T во всех этих отведениях, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо- КГ:</p>
--	--

	<p>увеличе ны конечн о- систоли ческий и конечн о- диастол ически й объемы левого желудо чка – 173 и 220 мл, снижен а фракци я выброс а до 38%, мешков идное выпячи вание левого желудо чка с пристен очным образов анием и рыхлой консист енцией размера ви 23x38 мм.</p>
В	<p>1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .</p>

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 недостаточности кровообращения.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
Э	Показана тромбэктомия из левого желудочка и его пластика собственными тканями и по Кули или с применением заплат из синтетического или

	ксенобиологического материала и восстановление геометрии ЛЖ. Дополнительно необходимо аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование ПМЖВ.
P2	Тактика - указана верно.
P1	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	Ответ - отсутствует.
B	3 К каким последствиям может привести и отсутствие своевременного хирургического

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

P1	Перечислены не все значимые осложнения.
P0	Ответ неверный.
B	4 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 гистологическо

	<p>го строени я с корона рными артерия ми, эластич ностью, меньше й вероятн остью тромбо за, лучшим и показат елями ЛСК по сравнен ию с венозн ыми шунтам и. Наибол ее оптима льной для шунтир ования ПМЖВ являетс я левая внутрен няя грудная артерия .</p>
P2	<p>Выбор кондуи та - обосно ван.</p>
P1	<p>Не привед ено убедите льных данных -</p>

	В пользу использования артериальных кондуитов.
Р0	Ответ - неверный.
В	5 Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	- Наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт,

	жизнеу грожаю щие аритми и.
P2	- Наибо лее значим ые осложн ения перечис лены полнос тью.
P1	- Перечи слены не все значим ые осложн ения.
P0	- Ответ неверн ый.
H	- 038
И	- ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	- Пациен тка О., 70 лет, обратил ась к участко вому терапев

	<p>ту поликл иники с жалоба ми на давящи е боли за грудин ой с ирради ацией в левую руку. В течение послед них пя- ти лет страдае т стенока рдией напряж ения, соответ ствующ ей П ФК (по класси фикации и CCS). Постоя нно приним ает бисопр олол (10 мг/сут), Тромб АСС (100 мг/сут), Розувас татин (10 мг/сут), Преста риум (5 мг/сут). При возник</p>
--	---

	<p>новени и присту па 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 часа присту п повтор ился и поэтом у поводу обратил ась за медици нской помощь ю. В анамнез е - в течение 20 лет артериа льная гиперто ния, кризово</p>
--	--

	<p>го течения . Семейный анамнез неотягощен. 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</p>
--	--

	<p>отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 88 в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается.</p> <p>Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе</p>
--	--

	<p>крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 3,5 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25%, эозинофилы - 2%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,8 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 88 в минуту,</p>
--	--

	отклонение ЭОС влево, депрессия сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V2-V5 до 4 мм. Гипертрофия левого желудочка.
В	1 Предположите наиболее 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	Диагно з - поставл ен верно.
P1	Диагно з не уточне н: состоян ие пациен та - расцене но как инфарк т миокар да.
P0	Диагно з - поставл ен неверно .
B	Привед ите дополн ительн ые методы обследо вания. 2
Э	Опреде ление кардис пецифи ческих маркер ов повреж дения - миокар да — сердечн ые тропон ины, креатин инфосф

	<p>окиназа МВ. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.</p>
P2	<p>Методы обоснованы полностью</p>
P1	<p>Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры</p>

	дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.
Р0	- Методы обоснованы неверно.
В	3 Какова тактика лечения.
Э	- Строгий постельный режим, назначение ингаляций кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой

	<p>синдром следует купировать введением наркотических аналгетиков (морфина сульфата). Применение нитратов и бета- адрено- блокаторов ограничено артериальной гипотензией. При прогрессирующей гипотензии (снижение систолического АД ниже 90 мм рт.ст.) необходимо установить в легочную артерию</p>
--	--

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

	М 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	4 Какие вариант ы лечения возмож ны помимо консерв ативно й тактики ведения данного

	пациен та.
Э	Тромбо литичес кая терапия , селекти вная корона рограф ия с тромба спирац ией и стентир ование м инфарк т- зависи мой артерии .
P2	- Ответ верный.
P1	- Не перечис лены все возмож ные вариант ы лечения .
P0	- Ответ отсутст вует.
В	5 Назови те основн ые препара ты и их дозиров ку при примен ении тромбо

	литической 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 препараты и критерии эффективности и при проведении тромболитической терапии.
P1	- Ответ указан неполностью.
P0	- Ответ отсутствует.
Н	- 039
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТ

	ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
у	Пациен тка В., 67 лет, госпита лизиров ана по скорой помощ и в связи с затяжн ым присту пом загрудн ной боли. В течение послед них пя ти лет страдае т - стенока рдией напряж ения, соответ ствующ ей II ФК (по класси фикации и CCS). Постоя нно приним ает атеноло л (50 мг/сут), аспири н (100 мг/сут), при возник новени

	<p>и приступов стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развилась затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаля</p>
--	--

	<p>ции нитрос прея оказали сь практи чески неэффе ктивны ми, и женщи на вызвала скорую помощь . В анамнез е - в течение 10 лет артериа льная гиперто ния, кризово го течения . Семейн ый анамнез не отягощ ен. При осмотр е состоян ие средней тяжест и. Темпер атура тела 36,8°C, кожные покров ы бледны е, влажны</p>
--	---

	<p>е, пациен тка тревож на. Перифе рическ ие лимфат ические узлы не увеличе ны, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхани е везикул ярное, провод ится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглу шены, ритмич ные, акцент второго тона над проекц ией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт. ст. Живот</p>
--	--

	<p>мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается.</p> <p>Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 3,8 млн, гематокрит - 37%, лейкоциты - 6,6 тыс. (п/я - 1%, с/я - 67%), лимфоциты - 25%, эозинофилы - 2%, моноциты - 5%, СОЭ</p>
--	--

	<p>-10 мм/ч. В биохим ическо м анализе крови: глюкоз а - 109 мг/дл, креатин ин - 1,0 мг/дл, общий билиру бин - 0,8 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 78 в минуту, отклоне ние ЭОС влево, выявля ются измене ния в виде глубок их отрицат ельных симмет ричных зубцов Т в отведен иях V2- V5, амплит удные критери и гипертр</p>
--	---

	офии левого желудо чка.
В	1 Предпо ложите наибол ее вероятн ый диагноз .
Э	- ИБС. Острый корона рный синдро м без элеваци и сегмент а ST. Артери альная гиперто ния III ст, 3 ст., риск 4. Алимен тарное ожирен ие. Дислип идемия. НК 2А
P2	- Диагно з поставл ен верно.
P1	- Диагно з не уточне н: состоян ие пациен та расцене но как

	инфаркт миокарда.
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

	<p>селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии .</p>
<p>P2</p>	<p>Методы обоснованы полностью</p>
<p>P1</p>	<p>Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры - дополнительные методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному</p>

	исследо ванию.
Р0	Метод ы обосно ваны неверно .
В	3 Какова тактика лечения .
Э	Строги й постель ный режим, назначе ние ингаляц ии кислор ода и отказ от курени я, прием аспири на (300 мг сублинг вально) . Болево й синдро м следует купиро вать введени ем наркоти ческих аналгет иков (морфи на сульфат).

	<p>Применение нитратов и бета-адреноблокаторов ограничено артериальной гипотензией. При прогрессирующей гипотензии (снижение систолического АД ниже 90 мм рт. ст.) необходимо установить в легочную артерию катетер Свана-Ганца, проводить инфузию жидкости для поддержания давления заклинивания</p>
--	---

	<p>на уровне 18-20 мм рт. ст. и назначить инотропные средства - допамин или добутамин. Что касается брадикардии, то, как правило, синусовая брадикардия, развившаяся в первые 6 часов у пациентов с нижним инфарктом миокарда, связана с увеличением парасимпатического тонуса и хорошо поддается</p>
--	---

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

	стен-ти-ро-ва-ние м-ин-фарк-т-за-ви-си-мой ар-те-рии .
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

	<p>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 и через 1,5 часа после тромболизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.</p>
P2	- Перечислены

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

	затяжн ым присту пом загрудн ной боли. В 6 часов утра у пациен та впервы е в жизни развилис 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
--	--

	<p>у приезда бригад ы СМП продол житель ность болевог о присту па состави ла 40 минут. На догоспи тально м этапе присту п частичн о купиро ван наркоти че- скими анальге тиками. Общая продол житель ность времен и с момент а начала присту па до поступ ления в ОИТиР - 3 часа. Пациен т курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В</p>
--	---

	послед- ние 10 лет страдае т артериа льной гиперто нией с максим альным повыше нием АД до 190/110 мм рт. ст., регуляр но антигип ертензи вные препара ты не приним ает, при ощущае мых субъект ивно подъем ах АД приним ает коринф ар. Отец и мать больног о умерли в прекло нном возраст е от инфарк та миокар да, брат три года
--	--

	<p>назад в возраст е 50 лет перенес инфарк т миокар да. При осмотр е состоян ие тяжело е. Темпер атура тела 36,2°C, кожные покров ы бледны е, влажны е. Перифе рическ ие лимфат ические узлы не увеличе ны, отеков нет. Пациен т повыше нного питани я, ИМТ - 31,9 кг/м². Частота дыхани я - 26 в минуту, в легких дыхани е</p>
--	--

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

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

	<p>общий билирубин - 0,9 мг/дл. На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, Q-зубец в этих же отведениях, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p>
В	<p>1 Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	<p>- ИБС, острый</p>

	Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. Гипергликемия.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена локализация инфаркта миокарда, трансуральность повреждения.
P0	Диагноз - поставлен неверно.
B	2 Приведите дополнительные методы

	обследования.
Э	<p>Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда – креатининфосфокиназа, сердечные тропонины. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.</p>
P2	Методы - обосно

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

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

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

	<p>брадикардии, то, как правил о, синусов ая брадикардия, развив шаяся в первые 6 часов у пациен тов с нижни м ин фаркто м миокар да, связана с увеличе нием параси мпатич еского тону са и хорошо поддает ся медика ментоз ной стимул яции атропи ном.</p>
P2	<p>Тактик а - указана верно.</p>
P1	<p>Указан неполн ый объем возмож ного -</p>

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

	варианты лечения
Р0	Ответ - отсутствует.
В	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 и через 1,5 часа после тромболизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	Перечислены основные препараты и критерии эффективности и при проведении тромболитической терапии.

P1	-	Ответ указан неполн остью.
P0	-	Ответ отсутст вует.
H	-	041
И	-	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	-	Пациен т О., 53 лет, с жалоба ми на боли, диском форт давяще го и сжима ющего характе ра, возника ющие при обычно й физиче ской нагрузк е (ходьба более 150-300

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

	миокар да 2 года назад. Ухудше ние состоян ия в течение послед него года в виде прогрес сирован ия вышеук азанны х жалоб. За месяц до обраще ния госпита лизиров ан с ОКС в первич ный сосудис тый центр, где выполн ена СКГ – субтота льный стеноз передне й межжел удочко вой ветви в прокси мально й трети ЛКА, стеноз
--	--

	<p>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 енсац ии,</p>
--	---

	<p>требую щий примен ения препара тов инсули на. При осмотр е состоян ие удовлет ворител ьное, сознани е ясное. Тип констит уции гиперст еник, рост 168 см вес 92 кг. Кожны е покров ы и видимы е слизист ые физиол огическ ой окраски , сухие, чистые. Подкож но- жирово й слой развит избыто чно. Перифе рическ ие лимфоу</p>
--	---

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

	<p>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 зненны й во</p>
--	--

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

	<p>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 цериды - 423 мг/дл. На ЭКГ: синусов ый ритм, ЧСС - 72 в минуту,</p>
--	--

	<p>отклонение ЭОС влево, рубцовые изменения миокарда в области задней стенки, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: имеются признаки нарушения сегментарной сократимости миокарда - гипокinesis передней стенки левого желудочка, ФВ 47%.</p>
В	<p>1 Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>

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

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

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

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

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

	артериальных кондуитов.
Р0	Ответ - неверный.
В	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, многососудистое поражение, безуспешные попытки и 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 поражения ствола ЛКА.

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

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

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

	жительности ангинальных приступов, снижения толерантности к нагрузкам. Два года назад перенес передний не Q-инфаркт миокарда, госпитализирован в ОРИТ ГКБ по м/ж, прошел курс восстановительного лечения и реабилитации. Год назад отметил резкое ухудшение самочувствия, на ЭКГ заподозрены ишемические
--	--

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

	<p>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</p>
--	--

	<p>пальпации. Перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких. Аускультативное дыхание жесткое, выслушивается над всей поверхностью легких, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 уд. в мин. АД 145/90 мм. рт. ст. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и</p>
--	---

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

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

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

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

	и кровоо бращен ия.
P0	Диагно з поставл ен неверно .
B	2 Какова тактика хирург ического о лечения .
Э	Учитыв ая значим ое пораже ние корона рного русла – окклюз ия оггибаю щей и ПМЖВ ЛКА пациен ту показан о выполн ение аортоко ронарн ого шунтир ования.
P2	Тактик а указана верно.
P1	Указан неполн ый

	объем возмож ного лечения .
Р0	- Ответ отсутст вует.
В	3 Выбор какого кондуи та для выполн ения реваску ляризац ии предпо чтитель нее.
Э	- Набол ее лучшие отдален ные результ аты корона рного шунтир ования достига ются при использ овании хотя бы одного артериа льного кондуи та. Это связано со схожес тью их гистоло гическо го строени я с

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

	ования артериальных кондуитов.
Р0	Ответ - неверный.
В	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 дисталь ном русле, многос осудист ое пораже ние, безуспе шные попытк и эндовас кулярн ого лечения , острый корона рный синдро м.
P2	Основн ые показан ия - перечис лены верно.
P1	Основн ые показан ия перечис лены не полнос тью или неточн о, не - указана степень и объем пораже ния корона рных артерий или пораже ние

	ствола ЛКА.
Р0	Ответ - неверн ый.
В	5 Назови те значим ые после пераци онные осложн ения корона рного шунтир ования.
Э	- К наибол ее значим ым осложн ениям относят ся периоп ерацио нный инфарк т миокар да, сердечн ая недоста точност ь, п/о кровоте чение, п/о инсульт , жизнеу грожаю щие аритми и.

P2	-	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
У	-	Пациент Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением ДИСКОМ

	<p>форты и давящие боли в левой половине грудной клетки, чувствительности и 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</p>
--	--

	<p>отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени 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</p>
--	--

	<p>предшествующей стенокардии перенесенный инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены,</p>
--	---

	<p>отеков нет. ИМТ - 27,3 кг/м2. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 88 в минуту. АД - 172/96 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпа</p>
--	---

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

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

	артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Приведите дополнительные методы обследования.
Э	Необходимо выполнение суточного мониторинга ЭКГ, АД, проведение нагрузочных проб с одномоментной регистрацией ЭКГ (трехми

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

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

	оперативному лечению.
Р0	Методы обоснованы или диагнозов обоснован полностью неверно.
В	3 Какова тактика лечения.
Э	Общие мероприятия заключаются в соблюдении гипохолестериновой диеты, снижении веса. Крайне важно контролировать АД. Пациенту показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина,

	<p>ингибиторов АПФ, статинов. Оценку эффективности и терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы. При наличии и коронарного поражения целесообразно выполнить реваскуляризацию миокарда – стентирование корона</p>
--	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В	1	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 принято во внимание предыдущее оперативное

	лечение, не дана оценка клинико-функционального класса стенокардии, не учтено наличие недостаточности кровообращения и ее степень, не учтена дислипидемия.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	2 Какую тактику необходимо предпринять в ходе лечения данного пациента.
Э	- Необходимо дообследовать которое

	<p>может включать: суточное мониторирование ЭКГ, проведение нагрузочных проб с одномоментной 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</p>
--	---

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

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

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

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

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

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

	не все значимые причины.
Р0	Ответ - неверный.
Н	- 045
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациентка П., 54 года, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли за грудиной локализации с иррадиацией в область левой лопатки,

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

	<p>отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм рт. ст. Регулярной антигипертензивной терапии не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает каптоприл. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. В гинекологическом анамнез</p>
--	--

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

	<p>нного питания, ИМТ - 32,6 кг/м2. ЧД -20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 82 в минуту. АД - 164/92 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличе</p>
--	--

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

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

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

	поставлен неверно.
В	2 Приведите дополнительные методы обследования.
Э	Необходимо выполнение суточного мониторинга ЭКГ, АД, проведение нагрузочных проб с одномоментной регистрацией ЭКГ (тредмил тест), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ. При наличии признаков ишемии миокарда по данным проведе

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

	<p>пиальн о значим ые парамет ры дополн ительн ых методо в диагнос тики и/или неверно определ ены показан ия к инвазив ному исследо ванию.</p>
Р0	<p>Метод ы обосно ваны неверно .</p>
В	<p>3 Какова тактика лечения .</p>
Э	<p>Общие меропр иятия заклуч аются в соблюд ении гипохо лестери новой диеты, снижен ии веса. Крайне важно контро лироват</p>

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

	рного поражения целесобразно 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 операц

	<p>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.</p>
P2	<p>Медика ментоз ная - подгото вка указана верно.</p>
P1	<p>Не - указана насыща</p>

	<p>ющая доза Клопид огреля или способ ы его назначе ния перед операц ией.</p>
<p>Р0</p>	<p>Медика ментоз ная - подгото вка указана неверно .</p>
<p>Н</p>	<p>- 046</p>
<p>И</p>	<p>ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ Й И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ БЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ</p>
<p>У</p>	<p>Пациен т 3., 62 лет, с жалоба ми на одышку , боли, диском форт давяще го и сжима</p>

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

	Без предварительного коронарного года назад перенес передне боковой Q-ИМ. По этому поводу проходил лечение в стационаре по м/ж. Ухудшение состояния в виде прогрессирования вышеуказанных жалоб. По данным СКГ – правый тип коронарного кровотока, субтотальный стеноз передней межжелудочковой ветви
--	---

	<p>ЛКА В прокси мально м сегмент е, стеноз 75% ветви тупого края ОА В срдне 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</p>
--	--

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

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

	<p>билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин - 298 мг/дл, триглицериды - 323 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, Q – рубец по передней стенке, гипертрофия миокарда левого желудочка.</p> <p>На ЭхоКГ: правое предсердие 36x42мм, левое предсердие 49x55мм, диаметр кольца митрального клапана 32мм,</p>
--	--

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

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

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

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

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

	недостаточности митрального клапана.
Э	Интраоперационно – острая сердечная недостаточность в раннем послеоперационном периоде требующая массивной инотропной поддержки. В послеоперационном периоде – прогрессирование симптомов недостаточности кровообращения (одышка, отеки, отек легких), частые

	пароксизмы наджелудочковых тахикардий.
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	- Наиболее

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

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

	альным и подъем ами АД 180/100 мм рт.ст, адаптирован к АД 130-140/80 мм рт.ст. Последние 2 года отмечает появление эпизодов головокружения, слабости, «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца в виде уменьшения толерантности к физической нагрузк
--	--

	<p>е, ухудше ния общего состоян ия, появил ись кратков ременн ые синкоп альные состоян ия. При объекти вном осмотр е: состоян ие средней степени тяжест и. В сознани и, контакт ен. Кожны е покров ы бледны е. ЧД 20 в минуту. Дыхани е везикул ярное, ослабле но в нижних отелах, хрипов нет. ЧСС – 38 ударов в</p>
--	--

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

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

	НК ПА. Артериальная гипертония III ст., 3 ст., риск 2.
P2	Диагноз - поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не оценена давность заболевания, не учтены приступы МАС, наличие недостаточности кровообращения.
P0	Диагноз - поставлен неверно.
B	2 Приведите дополнительные методы обследования.

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

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

	этиологические факторы СССУ перечислены неполностью.
P0	Ответ неверный: предложенные 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 .
Н	- 048
И	ОЗНА КОМЬ ТЕСЬ С СИТУ АЦИИ И ДАЙТ Е РАЗВЕ РНУТ ЫЕ ОТВЕТ Ы НА ВОПР ОСЫ
У	Пациен тка М., 52 года, предъяв ляет жалобы на возника ющие

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

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

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

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

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

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

	оценена форма трепетания предсердий, степень артериальной гипертонии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	2 Приведите дополнительные методы обследования.
Э	- ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование, чрезпищеводное эхокардиографическое исследование, ЧПЭхоКГ

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

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

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

	РЧА путей 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.
Р0	Ответ неверный: предложены другие виды хирургического вмешательства.
В	5 Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	Тампонада полости перикарда, повреждение АВ – соединения с развитием преходящей или постоянной поперечной блокады, жизнеугрожающие

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

	<p>ием 2 ст. Жалуется на приступы учащенного аритмического сердцебиения, сопровождающиеся одышкой. Приступы резко начинаются, купируются самостоятельно в течение 1 суток. Объективно: удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированные. ЧД 19 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслуш</p>
--	--

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

		беспорядочные низкоамплитудные волны f, различной формы, нерегулярный ритм желудочков, комплекс QRS не изменен.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, пароксизмальной неизвестной давности.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

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

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

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

	<p>терапии и возникновении частых пароксизмов ФП.</p>
<p>Э</p>	<p>Возможно выполнение эндоваскулярной радиочастотной абляции (РЧА). Первым этапом выполняется радиочастотная изоляция правых отделов сердца – зоны правого предсердия. В случае неэффективности первого этапа выполняется радиочастотная изоляция устьев легочных вен, т.е.</p>

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

	неэффе ктивнос ти изоляция и правых отделов .
Р0	Ответ неверн ый: предло жен другие - виды хирург ического о вмешат ельства .
В	5 Перечи слите основн ые после пераци онные осложн ения.
Э	- Тампон ада полост и перика рда, повреж дение АВ – соедине ния с развити ем преход ящей или постоян ной попере чной

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

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

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

	<p>ЧД 20 в минуту. В легких везикул ярное дыхани е, хрипы не выслуш иваютс я. Тоны сердца приглу шены, аритми чные, шумы не выслуш иваютс я, ЧСС – 140 в минуту, Рс – 130/ми нуту, АД - 160/80. Живот мягкий, безболе зненны й при пальпа ции. Печень у края реберно й дуги. Селезен ка не пальпи руется. Перифе рическ их отеков нет. По данным</p>
--	--

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

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

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

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

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

	проводимой антиаритмической терапии и возникновении и частых рецидивов ФП.
Э	При рецидивах ФП, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют РЧА путей циркуляции в предсердии или деструкцию АВ-соединения с имплантацией ЭКС.
Р2	Перечислены все варианты хирургического лечения.

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

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

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

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

<ul style="list-style-type: none"> 3) фибриноген 4) проакцелерин
<p>К ангиогенным факторам роста относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) основной фактор роста фибробластов (bFGF) 2) эндотелий-релаксирующий фактор 3) фактор некроза опухоли TNF-α 4) эндотелийзависимый фактор клеток интимы
<p>Легочная артерия начинается от артериального конуса правого желудочка на уровне</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) второго межреберья справа от грудины 2) второго межреберья слева от грудины 3) третьего межреберья справа от грудины 4) третьего межреберья слева от грудины
<p>. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ЭКГ 2) рентгенограмма грудной клетки 3) интенсивность шума 4) выраженность 2-го тона 5) наличие и степень увеличения печени
<p>Фактором, предрасполагающим к формированию тромбов в аппаратах вспомогательного кровообращения (желудочковой поддержки) является</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>При ультразвуковой доплерографии на уровне стеноза регистрируется кровоток</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) магистрального типа 2) магистрально-измененного типа 3) коллатерального типа 4) не регистрируется
<p>Лодыжечно-плечевой индекс давления это</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>В норме лодыжечно-плечевой индекс давления</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1,0-1,2 2) 0,1-0,2

3) 0,5-1,0 4) 1,5-2,0
К радионуклидным методам исследования сосудов относятся 1) сцинтиграфия и позитронно-эмиссионная томография 2) лазерная флоуметрия 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
При наличии синдрома лериша или бифуркационного аорто-бедренного протеза при ангиографии брюшной аорты и нижних конечностей используется 1) трансфemorальный доступ 2) транскаротидный доступ 3) трансрадиальный доступ 4) трансаортальный доступ
К достоинствам магнитно-резонансной ангиографии следует отнести 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
Одним из важных преимуществ кт-ангиографии перед другими методами является возможность изучения 1) продольных срезов сосудов 2) первичных поперечных срезов 3) коллатералей магистральных сосудов 4) уровней локализации стенозов
Условиями стандартного тредмил-теста являются 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
Если больной не может выполнить упражнения на беговой дорожке, рекомендуют проводить 1) тест с пассивным плантарным разгибанием стопы 2) тест с пассивным сгибанием в голенных суставах 3) тест с активным плантарным сгибанием стопы 4) тест со сгибанием конечности в тазобедренном суставе
Оптимальными методами оценки проходимость аорто-подвздошного сегмента являются 1) транскутанное определение напряжения кислорода в тканях 2) тест с активным плантарным сгибанием стопы и рентгенография 3) магнитно-резонансная ангиография и транскутанная лазерная доплерография 4) ангиография и ультразвуковое дуплексное сканирование
Гибридная операция при многоуровневом поражении – это 1) стентирование проксимального поражения с шунтированием дистального поражения

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

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

<ul style="list-style-type: none"> 2) выше места отхождения коронарных артерий 3) после отхождения плечеголового ствола 4) после отхождения левой общей сонной артерии
<p>Профилактику воздушной эмболии проводят</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) перед снятием зажима с аорты 2) после снятия зажима с аорты 3) после деканюляции аорты 4) после деканюляции правых отделов сердца
<p>При МНО выше терапевтического, но ниже 5, и отсутствии значимого кровотечения необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>При критическом снижении уровня сатурации гемоглобина кислородом ниже 80% необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сокращения икроножных мышц б) возвышенного положения нижних конечностей в) длительного постельного режима* г) бинтования ног эластическими бинтами д) раннего вставания
<p>Антикоагулянты применяют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при начинающейся гангрене б) при тромбофлебите* в) при лимфангите г) при эндартериите д) при облитерирующем атеросклерозе
<p>Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>Жизнеспособность ишемизированной конечности в результате эмболии может быть определена следующими методами:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сфигмографией б) реовазографией * в) сцинтиграфией с ^{99m}Tc (технеций) пирофосфат г) плетизмографией д) термографией
<p>Лучшим инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сосудистое кольцо Wolman

<p>б) вакуум-аспиратор в) катетер Fogarti с баллончиком г) верно в), с)* д) верно а), с)</p>
<p>Методом выбора в хирургическом лечении синдрома Лериша является:</p> <p>а) поясничная симпатэктомия б) периаортальная симпатэктомия в) аорто-бедренный бифуркационный шунт * г) односторонний аорто-бедренный шунт д) тромбэктомия катетером Фогарти</p>
<p>Наиболее информативным методом диагностики острой артериальной окклюзии является:</p> <p>а) сфигмография в) реовазография * с) аорто-артериография д) плетизмография е) термография</p>
<p>Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме:</p> <p>а) стенокардии; б) инфаркта миокарда; в) постинфарктного кардиосклероза; г) атеросклеротического кардиосклероза; д) нарушения ритма сердца.</p>
<p>Наиболее частой формой ИБС у женщин является:</p> <p>а) инфаркт миокарда; б) внезапная смерть; в) стенокардия; г) нарушения сердечного ритма; д) безболевого ишемия.</p>
<p>Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы:</p> <p>а) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевого 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.</p>
<p>При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:</p> <p>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.</p>
<p>Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:</p> <p>а) изменения сегмента ST и зубца T;</p>

<p>б) признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS);</p> <p>в) блокада ветвей пучка Гиса; г) нарушения ритма сердца; д) нарушение атриовентрикулярной проводимости</p>
<p>Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования</p> <p>1) ЭКГ 2) Степень сужения коронарной артерии 3) Конечно-диастолическое давление левого желудочка 4) Фракция изгнания левого желудочка 5) Повторные инфаркты в анамнезе</p>
<p>Показания к коронарному шунтированию включают:</p> <p>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)*</p>
<p>Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:</p> <p>а) асистолия желудочков; б) фибрилляция желудочков; в) желудочковая бигимения; г) атриовентрикулярная блокада II степени; д) синоаурикулярная блокада II степени.</p>
<p>Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:</p> <p>а) кордарон; б) новокаинамид; в) бета-блокаторы; г) лидокаин; д) верапамил</p>
<p>Признаком дисфункции синусового узла является:</p> <p>а) выраженная синусовая брадикардия; б) мерцательная аритмия; в) предсердная экстрасистолия; г) атриовентрикулярная блокада I степени; д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия</p>
<p>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</p> <p>1) узловой ритм 2) преждевременное возбуждение предсердий 3) блокада I степени 4) блокада правой ножки пучка Гиса 5) снижение вольтажа во всех отведениях</p>
<p>К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме</p> <p>а) замедления тока крови в венах б) нарушения целостности внутренней выстилки вен</p>

<p>в) варикозного расширения вен г) повышения фибринолитической активности крови 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 * в) дефект межпредсердной перегородки с) открытый артериальный проток д) транспозиция больших сосудов

е) тетрадаФалло
Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается: 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 эндокардит 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 тромбоэмболических 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) тетрадыФалло
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.: в) 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) трикуспидальной недостаточностью

<p>Митральная регургитация достаточно часто встречается при:</p> <ol style="list-style-type: none">1. гипертрофической кардиомиопатии;2. дилатационной кардиомиопатии;3. рестриктивной кардиомиопатии;4. дисгормональной миокардиодистрофии.5. верно 1, 2 и 3;
<p>Хронический сдавливающий перикардит может сопровождаться следующими клиническими проявлениями, исключая</p> <ol style="list-style-type: none">1) плевральный выпот2) асцит3) пульсацию печени во время систолы4) увеличение диастолического давления в правом желудочке5) мерцательную аритмию
<p>Важная находка на рентгенограммах груди при хроническом сдавливающем перикардите:</p> <ol style="list-style-type: none">а) малое сердцеб) дислокация правых бронховв) усиленный рисунок корней легкихг) обызвествление перикарда*д) высоко расположенный купол диафрагмы
<p>Для острого перикардита не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none">а) брадикардия;б) повышение температуры тела;в) боль за грудиной;г) шум трения перикарда;д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
<p>В норме полость перикарда содержит:</p> <ol style="list-style-type: none">а) около 5 мл жидкости;б) до 50 мл жидкости;в) 100-200 мл жидкости;г) 300-500 мл жидкости;д) 100 мл жидкости
<p>Для острого перикардита не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none">а) брадикардия;б) повышение температуры тела;в) боль за грудиной;г) шум трения перикарда;д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
<p>В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:</p> <ol style="list-style-type: none">а) эозинофилы;б) моноциты;в) лимфоциты;г) лейкоцитыд) эритроциты
<p>Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:</p> <ol style="list-style-type: none">а) нитраты;б) папаверин или нош-па;в) нестероидные противовоспалительные препараты;

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

<p>в) преобладание поперечника над длинником г) укорочение сосудистого пучка д) все верно</p>
<p>При экссудативном перикардите может наблюдаться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. брадикардия; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. верно 2,3 5. все ответы верны
<p>Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) аускультации; б) рентгенографии; в) электрокардиографии; г) эхокардиографии; д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
<p>Для острого перикардита характерно все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) боль за грудиной б) повышение температуры тела; в) отеки лица; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании
<p>Рубцовые изменения в сердечной сумке наиболее выражены на участке, покрывающем:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) правые отделы сердца б) левые отделы сердца в) левое и правое предсердие г) левый и правый желудочек
<p>Какая характеристика верхушечного толчка при сдавливающем перикардите:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) ослаблен или отсутствует б) усилен и смещен влево в) усилен и смещен вниз г) ослаблен и смещен вправо
<p>Наиболее вероятный симптом при начальной стадии развития целомической кисты перикарда:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) одышка б) акроцианоз в) боли за грудиной г) нарушение ритма сердца д) бессимптомное течение
<p>КИСТЫ ПЕРИКАРДА БЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> а – посттравматические, целомические б – поствоспалительные, посттравматические *в – поствоспалительные, посттравматические, целомические г – целомические, поствоспалительные
<p>Наиболее частый путь метастазирования мезотелиомы перикарда:</p>

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

<p>1) гипертрофия мышц пораженной стороны, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок</p> <p>2) отек голеней, выпадение волос, мацерация кожи, лимфорея</p> <p>3) деформация коленных и голеностопных суставов, частые переломы костей нижних конечностей</p> <p>4) мышечная атрофия, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок</p>
<p>Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризующееся</p> <p>1) поражением преимущественно микроциркуляторного русла с пролиферацией эндотелия и стенозированию просвета сосуда и развитию недостаточности кровообращения</p> <p>2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде повышения проницаемости сосудистой стенки, отечности тканей и нарушения микроциркуляции</p> <p>3) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового разрастания в их стенке соединительной ткани с липидной инфильтрацией внутренней оболочки, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне</p> <p>4) поражением артерий мышечного типа в виде инфильтрации эндотелия липидными включениями, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне</p>
<p>Краевые дефекты наполнения, изъеденность контуров с формированием участков стеноза, неравномерное или полное отсутствие контрастирования сосуда при окклюзии с заполнением дистального артериального русла через сеть коллатералей характерно для</p> <p>1) диабетической микроангиопатии</p> <p>2) атеросклеротического поражения артерий</p> <p>3) тромбангиита Бюргера</p> <p>4) синдрома Рейно</p>
<p>По данным эпидемиологических исследований, на долю ХОЗАНК приходится</p> <p>1) менее 5% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>2) менее 10% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>3) более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p> <p>4) более 40% всех видов сердечно-сосудистой патологии</p>
<p>Обязательными компонентами терапии при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей являются</p> <p>1) холестеринснижающая терапия с применением статинов</p> <p>2) инсулинотерапия с применением статинов</p> <p>3) дезагреганты, антикоагулянты и тромболитики</p> <p>4) блокаторы протонной помпы и простагландин Е</p>
<p>Критическая ишемия конечности – это синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, основными клиническими признаками которого являются</p> <p>1) боль в покое, купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,5</p> <p>2) боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4</p> <p>3) боль при ходьбе менее 25 м и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4</p> <p>4) боль в покое, не купируемая ненаркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,1</p>
<p>К эффектам пентоксифиллина относятся</p>

<p>1) улучшение пластические свойства эритроцитов за счет снижения в них АТФ, повышение активности фосфодиэстеразы</p> <p>2) снижает активность пламиногена и пламина, антитромбина III, повышает уровень фибриногена в плазме крови</p> <p>3) активизирует миграцию, адгезию и активацию лейкоцитов, повышает выделение свободных радикалов кислорода</p> <p>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> <p>1) эффективности терапии при ишемии I ст.</p> <p>2) изолированном поражении дистального и микроциркуляторного сосудистого русла</p> <p>3) неэффективности консервативной терапии, ишемии IIБ-IV ст.</p> <p>4) тяжелой почечной недостаточности и ишемии IIIA ст.</p>
<p>Бифуркационное аорто-бифеморальное шунтирование выполняется при</p> <p>1) синдроме Лериша</p> <p>2) тромбозе бедренных артерий</p> <p>3) стенозах внутренних подвздошных артерий</p> <p>4) окклюзии подколенных артерий</p>
<p>Проведение локальной аорто-подвздошной эндартерэктомии возможно при</p> <p>1) диффузном поражении аорты</p> <p>2) изолированном поражении в области бифуркации аорты</p> <p>3) поражении аорты и подвздошных артерий на всем протяжении</p> <p>4) поражении подвздошных и бедренных артерий</p>
<p>Проходимость через 10 лет после аорто-подвздошной эндартерэктомии составляет</p> <p>1) от 12 до 48%</p> <p>2) от 24 до 55%</p> <p>3) от 48 до 77%</p> <p>4) от 62 до 83%</p>
<p>У больных с высоким риском аорто-бифеморального шунтирования из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии при эндоваскулярной коррекции одной подвздошной артерии с перспективой хорошей проходимости возможно выполнение</p> <p>1) билатерального аортоподвздошного шунтирования</p> <p>2) эндартерэктомии из другой подвздошной артерии или унилатерального подвздошно-бедренного шунтирования</p> <p>3) протезирования аорты с эндратерэктомией из контралатеральной подвздошной и обеих бедренных артерий</p> <p>4) перевязки подвздошной артерии с контралатеральной стороны</p>
<p>К открытым реконструкциям относятся</p> <p>1) стентирование артерий</p> <p>2) эндоваскулярная роторная дезоблитерация</p> <p>3) эндоваскулярная баллонная дилатация</p> <p>4) эверсионная эндартерэктомия</p>
<p>Полузакрывающаяся эндартерэктомия из подвздошных артерий выполняется</p> <p>1) из срединного лапаротомного доступа</p> <p>2) из ретроперитонеального доступа над пупартовой связкой</p> <p>3) на удалении из доступа ниже пупартовой связки</p> <p>4) из подколенного доступа</p>
<p>Для экстраанатомического шунтирования лучше использовать</p> <p>1) аутовену</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) аутоартерию 3) армированные синтетические протезы 4) неармированные синтетические протезы
<p>К экстраанатомическому шунтированию относят</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аорто-подвздошное и подвздошно-бедренное шунтирование 2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной 3) подмышечно-бедренное и перекрестное бедренно-бедренное шунтирование 4) протезирование артерии
<p>При многоуровневых поражениях магистральных артерий</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) необходима коррекция в системе притока 2) необходима коррекция как в системе притока, так и оттока 3) необходима коррекция в системе оттока 4) хирургическая коррекция не возможна
<p>В генезе диабетической ангиопатии большую роль играют</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) патологические изменения секреции простаглицлина, цитокинов и тканевого активатора плазминогена 2) гиперкальциемия 3) гиповитаминоз С и Д 4) сохранение способности эритроцитов к конформации
<p>Отличительной особенностью диабетической макроангиопатии сосудов нижних конечностей в сравнении с облитерирующим атеросклерозом у лиц, не страдающих сахарным диабетом, является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) асимметричность 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
<p>Роль курения как этиологического фактора атеросклероза сводится к</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повреждению эндотелия с усилением тромбоцитарной агрегации 2) повышению уровня ЛПВП 3) понижению уровня ЛПНП 4) всем перечисленным
<p>Наиболее значимыми факторами риска развития атеросклероза являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>Появление в стенке артерии овального или округлого образования различной толщины и протяженности беловатого, перламутрового вида, содержащего липиды, пенные клетки, вокруг которых происходит разрастание соединительной ткани, соответствует стадии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) липидных пятен 2) липидной бляшки 3) фиброзной бляшки 4) сложной (осложненной) бляшки
<p>К осложненным бляшкам относят структуры, имеющие</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выпуклую форму 2) большую протяженность

<p>3) пенистые клетки 4) кальциноз и кровоизлияния</p>
<p>Основным принципом, позволяющим определить гемодинамическую значимость стеноза, является</p> <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> <p>а) склероз артериол* б) петлистый артериальный тромбоз в) развитие синдрома Лериша г) тромбоз бедренной артерии д) акроцианоз</p>
<p>Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью</p> <p>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>
<p>Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что</p> <p>а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену в) может усилиться болевой синдром г) может усилиться интоксикация д) может иметь место все вышеперечисленное*</p>
<p>При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является</p> <p>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>
<p>При врожденной артериовенозной фистуле характерно</p> <p>а) ветвистая аневризма б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы) в) гроздевидная аневризма г) все перечисленное* д) ничего из перечисленного</p>
<p>Коарктация аорты. Выберите правильный ответ:</p> <p>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>
<p>Изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА), выберите правильный ответ:</p>

<p>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) *</p>
<p>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*</p>
<p>Расслаивающая аневризма грудной аорты чаще всего вызывается: а) атеросклерозом б) сифилисом; в) дегенерацией средней оболочки * г) травмой д) коарктацией аорты</p>
<p>Периферические атеросклеротические аневризмы чаще всего локализуются на уровне: а) сонной артерии б) подключичной в) бедренной г) подколенной * д) локтевой</p>
<p>Больной в возрасте 80 лет страдает тяжелой сердечной патологией. Жалуется на выраженную перемежающуюся хромоту в правой конечности. Методом выбора в данном случае является: а) аорто-бедренный by-pass б) правосторонний аксиларо-бедренный by-pass в) бедренно-бедренный by-pass * г) правосторонний аорто-подвздошный шунт (by-pass) д) правосторонняя симпатэктомия</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>Наиболее частой причиной острого тромбоза артерии нижних конечностей является: а) облитерирующий тромбангит б) облитерирующий атеросклероз * в) пункция и катетеризация артерий</p>

<p>г) сдавление сосудов извне д) полицитемия</p>
<p>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</p>
<p>Синдром Лериша - это: а) неспецифический брахецефальный артериит б) атеросклеротическое поражение бифуркации аорты * в) периферическая капилляропатия конечностей г) мигрирующий тромбангит д) окклюзия нижней полой вены</p>
<p>Для синдрома Лериша характерно все, кроме: а) гипотермии нижних конечностей б) бледности кожных покровов в) мигрирующего тромбангита нижних конечностей * г) боли в ягодичной области в положении сидя д) импотенции</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>Для острого тромбоза магистральной артерии нижних конечностей не характерно: а) бледность * б) боли в) отек г) парестезии д) отсутствие пульса</p>
<p>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</p>

<p>При эмболии бедренной артерии III степени ишемии (контрактура нижней конечности) методом выбора является:</p> <p>а) срочная эмболэктомия б) тромболитическая терапия в) терапия антикоагулянтами г) симптоматическая терапия д) первичная ампутация нижней конечности *</p>
<p>Эмболия плечевой артерии может быть в результате следующих заболеваний, за исключением:</p> <p>а) митрального стеноза б) острого инфаркта миокарда в) аневризмы сердца г) аневризмы брюшной аорты* д) сдавления подключичной артерии дополнительным шейным ребром</p>
<p>Синдром "верхней поллой вены" является наиболее часто проявлением</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гистоплазмоза (склерозирования средостения) 2) внутригрудного зоба 3) аневризмы грудной аорты 4) сдавливающего перикардита 5) бронхогенной карциномы
<p>Кровоток по вене прекращается при выполнении</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имплантации кава-фильтра 2) пликации вены 3) перевязки вены 4) клипирования вены
<p>У больных хирургического профиля с целью профилактики ВТЭ фондапаринукс применяют в дозе</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Длительность тромбоза магистральных вен нижней конечности не более 5 суток, имеется окклюзия 1-2 анатомических сегментов. Показана</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней поллой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра
<p>Имеются рано диагностированные сегментарные венозные тромбозы магистральных вен нижней конечности в течение первых 5 суток от начала заболевания. Показана</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней поллой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра
<p>Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является</p> <ol style="list-style-type: none"> а) экзематозный дерматит б) глубокий тромбоз малоберцовой вены* в) безболезненный разрыв расширенной вены

<p>г) изъязвление нижней трети конечности д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа</p>
<p>К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся</p> <p>а) беременность б) тугие повязки в области верхней трети конечности в) увеличенные паховые лимфатические узлы г) все перечисленное* д) ничего из перечисленного</p>
<p>Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью</p> <p>а) растворения фибрина б) приостановления роста тромба* в) увеличения количества сгустков г) изменения внутренней оболочки сосудов д) снижения активности ДНК</p>
<p>Острая лимфедема характеризуется следующими признаками</p> <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>
<p>Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме</p> <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>
<p>Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны</p> <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>
<p>Симптом Троянова - Тренделенбурга служит для диагностики</p> <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>
<p>.Проба Претта проводится с целью выявления</p> <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>
<p>К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме</p> <p>а) трофических язв б) экземы и дерматитов</p>

<ul style="list-style-type: none"> в) хронической венозной недостаточности г) ишемической гангрены* д) тромбоза
<p>Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) беременности б) непроходимости глубоких вен в) врожденного нарушения клапанного аппарата г) посттромбофлебитического синдрома д) ортостатизма*
<p>Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рассыпной тип поражения б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы в) рецидив после оперативного лечения г) непроходимость глубоких вен* д) острый тромбоз подкожных вен в анамнезе
<p>Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дистальных отеков б) распирающих болей* в) повышения температуры тела г) гиперемии кожи и отека по ходу вен д) резкой болезненности при пальпации
<p>Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) повышения фибринолитической активности* б) ожирения в) гиподинамии г) онкологических заболеваний д) ишемической болезни сердца
<p>При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Бебкока б) Нарата в) Маделунга г) Троянова - Тренделенберга д) Линтона*
<p>Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>Операция Троянова - Тренделенберга заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 субфасциальной перевязке коммуникантных вен

<p>Операция Нарата заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 субфасциальной перевязке коммуникантных вен
<p>Операция Клаппа заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> 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*
Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме а) картины нарастающего септического процесса б) болей в правом подреберье в) увеличения печени и желтухи г) интермиттирующей лихорадки с ознобами д) усиления запоров*
Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя а) антибиотики б) спазмолитики в) антикоагулянты* г) активные движения д) парентеральное введение больших объемов жидкостей
Наиболее частой причиной развития трофических язв является а) расстройство лимфообращения б) расстройства артериального кровообращения в) расстройства венозного кровообращения* г) травматические повреждения д) нарушения водно-электролитного обмена
Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме а) резких болей распирающего характера б) повышения температуры тела в) отека конечности г) цианоза д) гиперемии кожи по ходу больной вены*
Для консервативной терапии острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме а) постельного режима б) бутадиона в) компрессов с мазью Вишневского г) ходьбы* д) возвышенного положения конечности
Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме а) нарушения свертываемости крови б) изменения внутренней оболочки сосуда в) массивного кровотечения* г) замедления кровотока д) эмболии
Смысл бинтования голени эластическими бинтами в послеоперационном периодесостоит 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
Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных а) с ожирением б) с варикозным расширением вен

<ul style="list-style-type: none"> 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</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тромбоза глубоких вен в анамнезе б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков в) несимметричности поражения г) данных флебографии д) данных ангиографии*
<p>Синдром Педжета - Шреттера заключается</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
<p>У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лейкемию б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы в) тромбангиитное заращение сосудов* г) узловой периартериит д) варикозное расширение вен
<p>Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) после радикальной мастэктомии б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы в) в результате подмышечного лимфаденита г) все перечисленное неверно д) все перечисленное верно*
<p>В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пигментация кожи б) атрофия эпидермиса в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании г) фиброз кожного и подкожного слоя д) все перечисленное*
<p>Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушением клапанного аппарата вен* б) нарушением свертывающей системы крови в) нарушением артериального кровотока в конечности г) сердечной слабостью д) нарушением водно-солевого обмена
<p>Наиболее частая причина эмболии артерий большого круга кровообращения является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) атеросклероз дуги аорты б) ишемическая болезнь сердца в) тромбоз вен большого круга кровообращения * г) аневризма аорты д) аневризма сердца
<p>Выберите неверное утверждение относительно аневризмы селезеночной артерии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) встречается; наиболее редко среди висцеральных абдоминальных аневризм * в) возникает в результате дегенеративных процессов мышечного слоя с) провоцирует боли в левом подреберье с иррадиацией в плечо

<p>д) на обзорной рентгенограмме брюшной полости может быть обнаружено кольцо из кальцинатов аневризмы</p> <p>е) ассоциируется с высоким риском разрыва аневризмы во время беременности</p>
<p>При цереброваскулярной облитерации чаще всего поражается:</p> <p>а) артерия менингеальная средняя</p> <p>б) бифуркация сонной артерии</p> <p>в) базилярная артерия</p> <p>г) у устья позвоночной артерии</p> <p>д) верно всё кроме б)*</p>
<p>Лечение тромбоза легочной артерии следует начинать с</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) назначения антикоагулянтов 2) перевязки нижней полой вены 3) тромбэктомии 4) эмболэктомии из легочной артерии 5) антибиотиков
<p>Дыхательная недостаточность и артериальная гипоксемия при ТЭЛА возникают в результате</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тромбоза вен 2) прекращения кровотока в хорошо вентилируемых альвеолах, 3) бронхоспазма 4) шунтирования крови помимо капиллярного русла
<p>При ультразвуковом исследовании сердца при ТЭЛА можно диагностировать</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>К относительным противопоказаниям к тромболитической терапии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (систолическое артериальное давление выше 180 мм рт. ст.)
<p>Эмболэктомия из одной из главной ветвей легочной артерии осуществляется из</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переднебоковой торакотомии в 4 межреберье 2) переднебоковой торакотомии в 5 межреберье 3) переднебоковой торакотомии во 2 межреберье 4) продольной стернотомии
<p>При хронической посттромбозической легочной гипертензии и наличии организованного эмбола полная дезобструкция легочной артерии осуществима при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катетерной фрагментации 2) локальном тромболитическом 3) изолированной тромбэктомии 4) тромбэндартерэктомии

<p>Антикоагулянтная терапия неэффективна, имеется протяженный (более 4 см длиной) флотирующий тромб с узким основанием, многократно рецидивирующая ТЭЛА. Показана</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра
<p>При АЧТВ <35 секунд (менее чем в 1,2 раза выше контроля) не фракционированный гепарин при втэ вводят по следующей схеме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 80 ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 4 ЕД/кг/ч 2) 80 ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 4 ЕД/кг/ч 3) 180 ЕД/кг в виде болюса; увеличить скорость инфузии на 10 ЕД/кг/ч 4) 800 ЕД/кг в виде болюса; уменьшить скорость инфузии на 40 ЕД/кг/ч
<p>Урокиназа при ТЭЛА применяется по следующей ускоренной схеме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 10 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 12-24 часов 2) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 24-48 часов 3) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, а затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 48-72 часов 4) 4 000 000 МЕ в течение 5 суток
<p>Эмболоопасным является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) флотирующий тромб нижней полой вены 2) окклюзионный тромб подколенной вены 3) пристеночный тромб бедренной вены 4) реканализированный тромб плечевой вены
<p>Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбоз флебит</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 тромбоза в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 тромбозу</p> <ol style="list-style-type: none"> 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> <ol style="list-style-type: none"> а) абсцессов б) флегмон в) флеботромбозов*

<p>г) лимфаденитов д) эндартериита</p>
<p>Пациент доставлен с колотой раной левой половины грудной клетки, гипотензией, приподнятой пульсацией шейных вен и тахикардией. Наиболее полезной диагностической процедурой в такой ситуации будет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рентгенография грудной клетки 2) ЭКГ 3) Измерение центрального венозного давления 4) Левосторонняя торакотомия 5) Перикардиоцентез
<p>Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду г) выполнить вагосимпатическую блокаду д) выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)
<p>Для закрытой травмы сердца характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) изменение ЭКГ б) боли в области сердца в) снижение артериального давления г) повышение венозного давления д) все верно
<p>Внезапное накопление в сердечной сумке более ____ мл крови приводит к повышению внутриперикардального давления:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) 80 б) 100 в) 20 г) 50 д) 150
<p>При каких случаях кровь накапливается в плевральной полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>При ранениях сердца, наиболее часто встречается вид шока:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) кардиогенный шок б) гиповолемический шок в) травматический шок г) все верно д) нет верного ответа
<p>У больных в терминальной стадии тампонады сердца отмечается:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) брадикардия б) тахикардия

<p>в) парадоксальный пульс г) гипотония д) верно все, кроме б)</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>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 передне-боковая торакотомия в IV межреберье</p>
<p>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 передне-боковая торакотомия в IV межреберье</p>
<p>Непроникающие ранения сердца делятся на: а) с гемоперикардом б) с гемотораксом в) с гемопневмотораксом г) все верно д) нет верного ответа</p>
<p>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</p>
<p>При накоплении какого объема крови в перикарде появляется угроза остановки сердца: а) 150 б) 200 в) 300</p>

<p>г)500 д)900</p>
<p>Незамеченное во время операции повреждение большого грудного лимфатического протока ведет к лимфорее и скоплению лимфы в грудной полости. Какая из перечисленных процедур показана в первую очередь в таком случае?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) реоперация и перевязка протока 2) реоперация и восстановление проходимости протока 3) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания
<p>Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) повышенное венозное давление б) шок в) снижение сердечного выброса г) увеличение диастолического наполнения сердца д) все верны кроме г)*
<p>Какая характеристика позволяет определить повреждение артерии при открытых ранениях:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>При кровотечениях вызванных переломом костей, необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) остановить кровотечение б) остановить кровотечение и зафиксировать пораженную конечность в) остановить кровотечение, зафиксировать пораженную конечность, дать таблетку аспирина г) зафиксировать конечность
<p>Колотые и резаные раны артерий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>По характеру повреждения сосудов бывают:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) полные разрывы; Б) неполные разрывы; В) размоложение, дефект вены; Г) боковые, сквозные повреждения; Д) все верно
<p>По классификации разрывы артерий бывают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Какой признак определяет внутрибрюшное кровотечение:</p>

<p>а) повышение температуры тела и озноб</p> <p>б) отек нижней конечности и боль при ходьбе</p> <p>в) бледность(цианотичность) и боль нижних конечностей</p> <p>г)одышка и повышение АД</p>
<p>При разрыве или размождении артерий образуется пульсирующая гематома, заполненная:</p> <p>а) по периферии тромботические массы, а в центре кровь</p> <p>б) по периферии кровь, а в центре тромботические массы</p> <p>в) полностью заполнена кровью</p> <p>г) полностью заполнена тромботическими массами</p>
<p>При разрыве или размождении артерий образуется пульсирующая гематома, над которой аускультативно выслушивается:</p> <p>а) грубый диастолический шум</p> <p>б) грубый систолический шум</p> <p>в) дующий систолический шум</p> <p>г) диасто-систолический шум</p>
<p>Противопоказанием для проведения эндоваскулярной остановки кровотечения является:</p> <p>а) сдавление сосуда травмирующим предметом</p> <p>б) активное кровотечение</p> <p>в) тромбоз сосуда</p> <p>г) атеросклеротическое поражение сосуда</p>
<p>Огнестрельные раны артерий бывают:</p> <p>а) касательная рана, не проникающая в просвет сосуда;</p> <p>б) слепое ранение, проникающее в просвет сосуда;</p> <p>в) сквозное ранение с разрушением всех слоев противоположных участков стенки сосуда;</p> <p>г) перерыв артерии;</p> <p>д) все верно</p>
<p>Через какое время после тромбоза артерии есть риск ампутации конечности:</p> <p>а) 2</p> <p>б) 3</p> <p>в) 4</p> <p>г) 6</p> <p>д) 8</p>
<p>При тупых травмах с повреждением сосуда I степени разрывается только:</p> <p>а) интимы</p> <p>б) адвентиции</p> <p>в) меди</p> <p>г) интимы и меди</p>
<p>При тупых травмах с повреждением сосуда I степени, кровотечение:</p> <p>а) отсутствует</p> <p>б) обильное, ярко-алого цвета</p> <p>в) замедленное, темно-красного цвета</p>

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) малигнизировавшая 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 перикардального выпота в) рентгенография грудной клетки г) эхокардиография д) магнито-резонансная томография
Наиболее часто миксомы локалиуются 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:

<p>а) переднее-боковая торакалотомия на стороне ранения б) переднее-боковая торакалотомия слева в) срединная продольная стернотомия г) заднее-боковая торакалотомия слева д) левосторонняя переднее-боковая торакалотомия в IV межреберье</p>
<p>Какой из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у взрослых: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>
<p>Какая из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у детей: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>
<p>В каких отделах чаще локализуется рабдомиома: а) в левом предсердии б) в правом предсердии в) в левом желудочке г) в правом желудочке</p>
<p>Какой из опухолей сочетается с туберозным склерозом: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>
<p>Какая доброкачественная опухоль не имеет капсулы: а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>
<p>Какому из доброкачественных опухолей типично расположение в АВ-узле: а) миксома б) гемангиома в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>
<p>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</p>
<p>Какой из злокачественных опухолей может поражать АВ-узел, приводя к внезапной смерти: а) миксома б) мезотелиома в) рабдомиома г) фиброма</p>

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 дифф 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 гломусная опухоль (гломангиома, опухоль Барре Массона): а) в детском б) в юношеском в) во взрослом г) в пожилом

<p>Гломусная опухоль наиболее часто локализуется в:</p> <p>а) ногтевом ложе рук и ног</p> <p>б) в волосяной поверхности головы</p> <p>в) на лице</p> <p>г) на шее</p> <p>д) на животе</p>
<p>гломангиома (опухоль Барре Массона) имеет цвет:</p> <p>а) багрово-синюшный</p> <p>б) бледно-розовый</p> <p>в) малиновый</p> <p>г) темно-коричневый</p> <p>д) не имеет цвета</p>
<p>У мужчины 65 лет произведена замена митрального клапана биопротезом. Через месяц после операции произошла острая окклюзия бедренной артерии. Из бедренной артерии был удален тромб, при гистологическом исследовании которого было обнаружено наличие в нем <i>Aspergillus</i>. Наилучший вариант дальнейшей тактики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Лечение антибиотиками широкого спектра действия до идентификации специфического грибка 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
<p>Профилактика инфекционного эндокардита у больного - носителя искусственного клапана сердца включает в себя следующие мероприятия</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Через 6 месяцев после аорто-бедренного шунтирования дарконовым протезом у больного в возрасте 77 лет появилась двусторонняя пульсирующая опухоль в паховой области и температура. Пульс на нижних конечностях нормальный. Возможная причина данного осложнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Группы риска при ВИЧ-инфекции:</p> <p>а) наркопотребители внутривенные, работники коммерческого секса, больные гемофилией</p> <p>б) хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи</p> <p>в) доноры крови и органов</p> <p>г) реципиенты крови и органов</p>
<p>Что такое "вертикальный" путь заражения ВИЧ-инфекцией?</p> <p>а) при введении наркотиков у наркопотребителей</p>

- 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 возраста

Соотношение CD4+-лимфоцитов и CD8+-лимфоцитов в норме следующее:

- а) CD4>CD8
- б) CD4=CD8
- в) CD4<CD8

Для выявления антител к ВИЧ применяется:

- а) ИФА, Вестерн-блот
- б) аллергическая проба
- в) реакция агглютинации
- г) биологическая проба

Основными симптомами терминальной стадии ВИЧ-инфекции (СПИДа) у взрослых являются: 1. потеря веса - 10% от веса тела, хроническая диарея, продолжительная лихорадка - не менее одного месяца 2. кандидоз ротоглотки, простой герпес, генерализованная лимфоаденопатия 3. генерализованная лимфоаденопатия, рецидивирующий опоясывающий герпес, упорный кашель на протяжении месяца 4. генерализованный зудящий дерматит, кандидоз ротоглотки, опоясывающий герпес

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции применяют следующие методы лабораторной диагностики:

- а) микроскопия в темном поле
- б) бактериологический метод
- в) иммунологический метод
- г) фазово-контрастный метод

Эпидемиологические критерии постановки диагноза ВИЧ-инфекции: 1. половой контакт с ВИЧ-инфицированным 2. переливание донорской крови, полученной от ВИЧ-позитивного лица 3. совместное парентеральное введение с ВИЧ-инфицированным наркотических веществ 4. рождение ВИЧ-инфицированной женщиной ребенка

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациента к дерматовенерологу: 1. сифилис 2. гонорея 3. половой контакт с больным сифилисом 4. незащищенный половой контакт с потребителем наркотических препаратов 5. желание пациента обследоваться

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию: 1. употребление инъекционных наркотических препаратов в прошлом 2. активное употребление инъекционных наркотических препаратов 3. туберкулез 4. парентеральные гепатиты 5. инфекционный мононуклеоз

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациента к терапевту: 1. анемия неясной этиологии 2. лимфоаденопатия 3. вирусный гепатит А в детстве 4. лихорадка длительностью более 1 месяца

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию при обращении пациентки к акушеру-гинекологу:

- а) беременность в сроке 30 недель
- б) миома матки
- в) для назначения внутриматочной контрацепции
- г) рецидивирующий генитальный герпес

Патологические состояния в ротовой полости, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. кандидоз ротоглотки 2. волосистая лейкоплакия языка 3. пародонтоз 4. саркома Капоши

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Заболевание желудочно-кишечного тракта, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. кандидоз пищевода 2. туберкулез кишечника 3. криптоспоридиоз 4. язвенная болезнь желудка

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,4
- в) верно 1,3
- г) все верно

Заболевания центральной нервной системы, при выявлении которых необходимо обследование на ВИЧ: 1. ишемический инсульт 2. токсоплазмоз головного мозга 3. менингококковый менингит 4. лимфома головного мозга

- а) верно 1,2,3

- б) верно 2,4
в) верно 1,3
г) все верно

Профилактика внутрибольничного инфицирования ВИЧ включает в себя: 1. использование одноразового инструментария 2. изоляция больного ВИЧ-инфекцией 3. проведение манипуляций в перчатках, маске, защитных очках 4. исключение инвазивных процедур ВИЧ-инфицированному

- а) верно 1,2,3
б) верно 2,4
в) верно 1,3
г) все верно

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. История отечественной сердечно - сосудистой хирургии. Борис Алексеевич Королев: его роль в становлении и развитии Нижегородской и отечественной хирургии.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5,
2. Клиническая анатомия сердца: топография, хирургические доступы, топография внутрисердечных структур и проводящей системы сердца. Анатомия коронарных артерий и вен сердца: варианты кровоснабжения.	ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 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.	ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9,
4. Современный алгоритм обследования в сердечно - сосудистой хирургии. Вентрикулография, УЗИ сердца, коронарография, аорто- и ангиография.	ПК-1, ПК-2, ПК-3,
5. Принципы операций с искусственным кровообращением и анестезия при операциях на сердце. Кардиоплегия: показания, современные препараты и методики проведения.	ПК-4, ПК-5, ПК-6
6. Понятие о группах крови. Переливание крово- и плазмозаменителей: показания, техника, осложнения и борьба с ними. Антикоагулянтная терапия.	
7. Перикардит: этиология, классификация, диагностика. Тампонада сердца. Пункция перикарда.	
8. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, классификация, диагностика, интенсивная терапия, профилактика. Острый инфаркт миокарда. Этиология, классификация, диагностика, интенсивная терапия, профилактика. Хирургические и эндоваскулярные методы лечения ИБС.	
9. Нарушения ритма и проводимости сердца: методы исследования, хирургическое лечение брадиаритмий и тахиаритмий.	

10. Опухоли сердца. Классификация, диагностика, хирургическое лечение.	
11. Приобретенные пороки сердца ревматической этиологии: особенности клиники, диагностики и лечения. Современные рекомендации по профилактике рецидива.	
12. Митральный стеноз и недостаточность митрального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
13. Аортальный стеноз и недостаточность аортального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
14. Трикуспидальный стеноз и недостаточность трикуспидального клапана. Этиология, клиника, диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
15. Патология клапана легочной артерии. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия, показания и возможности оперативного лечения.	
16. Инфекционный эндокардит: современные особенности этиологии, клиники и течения заболевания, возможности комплексной интенсивной терапии.	
17. Ранение сердца: диагностика, экстренные оперативные вмешательства, интенсивная терапия. Травматические пороки сердца: этиология, классификация (в т.ч. ятрогенные поражения), диагностика, тактика хирурга.	
18. Врожденные пороки сердца: этиология, классификация, методы диагностики.	
19. Гиперволемические врожденные пороки сердца: варианты, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.	
20. Гиповолемические врожденные пороки сердца: этиология, варианты, классификация, методы диагностики.	
21. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Хроническая артериальная недостаточность. Классификация. Клиника. Комплексная диагностика. Возможности интервенционной хирургии. Мультифокальный атеросклероз. Стеноз и окклюзия почечных артерий.	
22. Заболевания мезентериальных сосудов. Классификация. Клиника и диагностика абдоминальной ишемии. Тромбоэмболия артерий большого круга кровообращения.	
23. Острый артериальный тромбоз: Диагностика, неотложная помощь.	
24. Эндартериит: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение. «Диабетическая стопа»: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение. Тромбангиит Бюргера: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение.	
25. Аневризма аорты. Классификация. Клиника, диагностика, оперативные вмешательства. Тромбоз аорты. Клиника, диагностика, интенсивная терапия и экстренные оперативные	

вмешательства. Острое нарушение мозгового кровообращения. Этиология, показания к хирургическому лечению, его виды. Заболевания сонных артерий: клиника, диагностика и возможности хирургического лечения.	
26. Ранения артерий и вен. Острая артериальная ишемия. Классификация. Интенсивная терапия, экстренные операции, осложнения.	
27. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Комплексное лечение. Профилактика.	
28. Тромбоз нижней полой вены: этиология, диагностика, интенсивная терапия, виды оперативных вмешательств и периоперационная терапия.	
29. Тромбоз и флебит глубоких вен конечностей: этиология, классификация, диагностика.	
30. Острый восходящий тромбофлебит. Лимфостаз: этиология, клиника, диагностика, современные возможности лечения. Посттромбофлебитическая болезнь глубоких вен конечностей.	
31. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: осложнения, профилактика и консервативное лечение. Современные подходы к оперативному лечению и ведению пациентов в послеоперационном периоде.	
32. Тромбоэмболия легочных артерий: этиология, патогенез, классификация, диагностика, консервативное и оперативное лечение, профилактика. Посттромбоэмболическая легочная гипертензия.	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

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

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	место грубые ошибки	Выполнены все задания, но не в полном объеме.	ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	несущественными 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.

Дата «02» февраля 2022г.