

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

Программа одобрена

Ученым советом

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

« 5 » 06 2020 г., протокол № 3



Ректор

Карякин Н.Н.

« 5 » 06 2020 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по специальности

31.08.63 «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Нижний Новгород
2020

1. Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>Раздел 1 Введение в сердечно-сосудистую хирургию</p> <p>Раздел 2 Заболевания сердца</p> <p>Раздел 3 Заболевания перикарда</p> <p>Раздел 4 Заболевания сосудов</p> <p>Раздел 5 Травмы сердца и сосудов</p> <p>Раздел 6 «Опухоли органов сердечно-сосудистой системы</p> <p>Раздел 7. «Инфекция в сердечно-сосудистой хирургии»</p>	УК 1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе данных физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • систематизировать патологические процессы, выявленные при обследовании пациента • анализировать выявленные в результате комплексного обследования пациента симптомы, синдромы, патологические изменения <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологией абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента • методологией синтеза полученной информации 	Тесты Ситуационные задачи	100 30

			(выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора тактики оперативного лечения.		
2		ПК-1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • причины и условия возникновения, развития острой хирургической патологии • клиническую анатомию и топографию органов грудной клетки, средостения и крупных сосудов • законодательство РФ с сфере оказания медицинской помощи населению <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявлять хирургическую патологию на основании комплексного обследования • проводить коррекцию расстройств гомеостаза при тяжелой хирургической патологии <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами выявления хирургической патологии и навыками оказания первой помощи и специализированной анестезиологической помощи кардиохирургическим больным 		
3		ПК-5	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • семиотику хирургической патологии • закономерности течения острой хирургической патологии • диагностические возможности и показания к применению методов лабораторной и инструментальной диагностики у хирургических больных <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявлять хирургическую патологию по результатам комплексного обследования и оценить степень расстройств гомеостаза <p>Владеть:</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> • методами физикального обследования хирургического больного • методами лабораторного исследования для постановки хирургического диагноза и оценки степени его тяжести • определения степени тяжести состояния хирургического больного с применением шкал оценки тяжести (SOFA, APACHE и др) 		
4		ПК-9	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наиболее распространенные ошибки, допускаемых при оказании первой помощи хирургическим больным • тактику лечения острой хирургической патологии, особенности ведения периоперационного периода у больных с патологией, требующей оперативного вмешательства <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оказать первую помощь при ургентной хирургической патологии • оценить степень нарушения гомеостаза и создать план его коррекции на всех этапах периоперационного периода <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками оказания первой помощи, в т.ч. первичной хирургической обработки при ранах различной локализации и степени бактериальной контаминации 		

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой
---------------------------------------	--

	направлено это тестовое задание
Легочная артерия начинается от артериального конуса правого желудочка на уровне <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Аорту и легочную артерию связывает <ul style="list-style-type: none"> 1) открытое овальное окно 2) бронхиальная артерия 3) Боталлов проток 4) артериальный конус 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
В зоне бифуркации легочной артерии располагается: <ul style="list-style-type: none"> 1) звездчатый ганглий 2) каротидное нервное сплетение 3) глубокое экстракардиальное нервное сплетение 4) узел Пирогова-Розенмюллера 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Переход протромбина в тромбин обеспечивается <ul style="list-style-type: none"> 1) I 2) IIa 3) VII 4) IXa 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Квитамин К-зависимым относят следующие факторы свертывания крови <ul style="list-style-type: none"> 1) фактор Стюарта 2) протромбин 3) фибриноген 4) проакцелерин 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
К ангиогенным факторам роста относятся <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Легочная артерия начинается от артериального конуса правого желудочка на уровне <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии <ul style="list-style-type: none"> 1) ЭКГ 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К радионуклидным методам исследования сосудов относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При наличии синдрома лериша или бифуркационного аорто-бедренного протеза при ангиографии брюшной аорты и нижних конечностей используется</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> 1) трансфеморальный доступ 2) транскаротидный доступ 3) трансрадиальный доступ 4) трансортальный доступ 	
<p>К достоинствам магнитно-резонансной ангиографии следует отнести</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) наличие ионизирующего излучения и возможность проведения больным, страдающим клаустрофобией 2) оценку анатомии окружающих тканей и отсутствие ионизирующего излучения 3) независимость результатов от квалификации специалиста 4) возможность выполнения больным с имплантированным электрокардиостимулятором 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Одним из важных преимуществ кт-ангиографии перед другими методами является возможность изучения</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) продольных срезов сосудов 2) первичных поперечных срезов 3) коллатералей магистральных сосудов 4) уровней локализации стенозов 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Условиями стандартного тредмил-теста являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) угол наклона беговой дорожки 10-12°, скорость движения ленты 1,09 км/час 2) угол наклона беговой дорожки 0°, скорость движения ленты 1,09-3,5 км/час 3) угол наклона беговой дорожки 0°, скорость движения ленты 3,2 км/час 4) угол наклона беговой дорожки 10-12°, скорость движения ленты 3,2 км/час 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Если больной не может выполнить упражнения на беговой дорожке, рекомендуют проводить</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Оптимальными методами оценки проходимость аорто-подвздошного сегмента являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Гибридная операция при многоуровневом поражении – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) стентирование проксимального поражения с шунтированием дистального поражения 2) шунтирование проксимального поражения со стентированием дистального поражения 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<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> <ol style="list-style-type: none"> 1) армированный синтетический протез 2) аутовену 3) аутоартерию 4) неармированный синтетический протез 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Под использованием аутоveny in situ подразумевают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) без реверсии и перемещения большей части вены с разрушением ее клапанов вальвулотомом 2) помещение вены строго на место шунтируемой артерии 3) забор аутовены с сохранением клапанов и ее реверсию 4) использование вены только для шунтирования одноименной артерии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Забор большой подкожной вены производят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не взирая на продольные надрывы 2) из разрезов в верхней трети бедра и нижней трети голени с помощью венэкстрактора, обрывая притоки 3) из разреза в верхней трети бедра с помощью вальвулотома 4) через отдельные небольшие разрезы, не допуская отрыва притоков и продольного надрыва основного ствола 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Изолированная профундопластика не должна применяться при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хорошем притоке 2) стенозе глубокой артерии бедра более 50% 3) удовлетворительных перетоках в берцовые сосуды 4) стенозе глубокой артерии бедра 10-20% 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К непрямым методам реваскуляризации, направленным на улучшение коллатерального кровообращения и микроциркуляции в тканях нижних конечностей, относят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поясничную симпатэктомию 2) аорто-бедренное шунтирование 3) протезирование подвздошной артерии 4) эндартерэктомию из подколенной артерии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Внутрисосудистые вмешательства на артериях нижних конечностей невозможно выполнить через</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трансфеморальный и трансаксилярный ретроградный доступ 2) аутовенозный шунт 3) синтетический протез 4) окклюзированный на большом протяжении сосуд 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>В основе баллонной ангиопластики стенозированной артерии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тромбэктомия 2) тромбэндартерэктомия 3) удаление атеросклеротической бляшки 4) механическое раздавливание атеросклеротической бляшки 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Стенты, применяемые для стентирования артерий нижних конечностей. Представляют собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экстравазальные удерживающие устройства, сделанные из эластичного полимера 2) экстравазальные устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей 3) интраваскулярные удерживающие устройства, имеющие вид тонкой сетки из металлических нитей 4) интраваскулярные удерживающие устройства, имеющие вид сплошного гладкого металлического цилиндра с фиксированным просветом 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Оптимальным показанием для баллонной ангиопластики бедренно-подколенного сегмента является при поражении.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеноз или короткая до 0,5 см окклюзия 2) стеноз или короткая до 3,0 см окклюзия 3) стеноз или протяженная до 7,0 см окклюзия 4) множественные стенозы и окклюзии артерий обеих конечностей 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Поздние рестенозы артерии в зоне стентирования, как правило, обусловлены</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) интимальной гиперплазией 2) разрывом сосудистой стенки 3) диссекцией интимы при выполнении ангиопластики 4) дистальной эмболией фрагментами бляшки 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Современным подходом и эффективным методом лечения поражений сосудов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом является.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внедрение гибридных технологий с применением эндоваскулярных вмешательств 2) стентирование участков стеноза бедренной и подколенной артерий и эндартериэктомия из артерий голени и стопы 3) двусторонняя поясничная симпатэктомия 4) поясничная симпатэктомия в сочетании с бедренно-тибиальным шунтированием на стороне наибольшего поражения 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>В число малоинвазивных методик дезобструкции легочных артерий включают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имплантацию кава-фильтра 2) фрагментацию и катетерную аспирацию эмбола 3) ротационную дезобструкцию легочной артерии 4) фрагментацию эмбола и локальный тромболитический лизис 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К методам «открытой» дезобструкции легочных артерий при ТЭЛА относят</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> 1) тромбэмболэктомию через одну из главных ветвей легочной артерии 2) тромбэмболэктомию из ствола легочной артерии в условиях временной окклюзии полых вен 3) фрагментацию и катетерную аспирацию эмбола 4) удаление тромбоэмболов в условиях искусственного кровообращения 	
<p>Для выполнения доступа к бедренным сосудам в верхней трети бедра используются следующие ориентиры</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) паховая складка 2) внутренний надмыщелок бедра 3) пульсация бедренной артерии 4) подколенная ямка 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При центральной методике подключения магистралей ИК аортальную канюлю фиксируют в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бедренной артерии 2) аорте 3) левой коронарной артерии 4) легочной артерии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При подключении аппарата ИК зажим на аорту накладывают</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ниже места отхождения коронарных артерий 2) выше места отхождения коронарных артерий 3) после отхождения плечеголового ствола 4) после отхождения левой общей сонной артерии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>в) длительного постельного режима*</p> <p>г) бинтования ног эластическими бинтами</p> <p>д) раннего вставания</p>	
<p>Антикоагулянты применяют</p> <p>а) при начинающейся гангрене</p> <p>б) при тромбофлебите*</p> <p>в) при лимфангите</p> <p>г) при эндартериите</p> <p>д) при облитерирующем атеросклерозе</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме</p> <p>а) состояния периферических артерий нижних конечностей*</p> <p>б) проходимости глубоких вен</p> <p>в) состояния клапанного аппарата глубоких вен</p> <p>г) локализации несостоятельных коммуникантных вен</p> <p>д) скорости кровотока по глубоким венам</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Жизнеспособность ишемизированной конечности в результате эмболии может быть определена следующими методами:</p> <p>а) сфигмографией</p> <p>б) реовазографией *</p> <p>в) сцинтиграфией с ^{99m}Tc (технеций) пирофосфат</p> <p>г) плетизмографией</p> <p>д) термографией</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Лучшим инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:</p> <p>а) сосудистое кольцо Wolman</p> <p>б) вакуум-аспиратор</p> <p>в) катетер Fogarti с баллончиком</p> <p>г) верно в), с)*</p> <p>д) верно а), с)</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Методом выбора в хирургическом лечении синдрома Лериша является:</p> <p>а) поясничная симпатэктомия</p> <p>б) периаортальная симпатэктомия</p> <p>в) аорто-бедренный бифуркационный шунт *</p> <p>г) односторонний аорто-бедренный шунт</p> <p>д) тромбэктомия катетером Фогарти</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее информативным методом диагностики острой артериальной окклюзии является:</p> <p>а) сфигмография</p> <p>в) реовазография *</p> <p>с) аорто-артериография</p> <p>д) плетизмография</p> <p>е) термография</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме:</p> <p>а) стенокардии;</p> <p>б) инфаркта миокарда;</p> <p>в) постинфарктного кардиосклероза;</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>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) безболевая ишемия.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы:</p> <p>а) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевая ишемия миокарда; б) прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя подострая, стенокардия покоя острая; в) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и без подъема ST; г) стабильная стенокардия II ф.кл.; д) стабильная стенокардия IV ф.кл.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:</p> <p>а) изменения сегмента ST и зубца T; б) признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS); в) блокада ветвей пучка Гиса; г) нарушения ритма сердца; д) нарушение атриовентрикулярной проводимости</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ЭКГ 2) Степень сужения коронарной артерии 3) Конечно-диастолическое давление левого желудочка 4) Фракция изгнания левого желудочка 5) Повторные инфаркты в анамнезе 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Показания к коронарному шунтированию включают:</p> <p>а) тяжелую стенокардию, не отвечающую</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>медикаментозной терапии</p> <p>б) прогрессирующую стенокардию</p> <p>в) инфаркт в анамнезе и коронарную болезнь</p> <p>г) инфаркт в анамнезе и солитарное сосудистое поражение</p> <p>д) все верны кроме г)*</p>	
<p>Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:</p> <p>а) асистолия желудочков;</p> <p>б) фибрилляция желудочков;</p> <p>в) желудочковая бигимения;</p> <p>г) атриовентрикулярная блокада II степени;</p> <p>д) синоаурикулярная блокада II степени.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:</p> <p>а) кордарон;</p> <p>б) новокаинамид;</p> <p>в) бета-блокаторы;</p> <p>г) лидокаин;</p> <p>д) верапамил</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Признаком дисфункции синусового узла является:</p> <p>а) выраженная синусовая брадикардия;</p> <p>б) мерцательная аритмия;</p> <p>в) предсердная экстрасистолия;</p> <p>г) атриовентрикулярная блокада I степени;</p> <p>д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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> <ol style="list-style-type: none"> 1) узловой ритм 2) преждевременное возбуждение предсердий 3) блокада I степени 4) блокада правой ножки пучка Гиса 5) снижение вольтажа во всех отведениях 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме</p> <p>а) замедления тока крови в венах</p> <p>б) нарушения целостности внутренней выстилки вен</p> <p>в) варикозного расширения вен</p> <p>г) повышения фибринолитической активности крови</p> <p>д) мерцательной аритмии*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Трехлетний ребенок с врожденным цианозом скорее всего страдает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Тетрадой Фалло 2) Дефектом межжелудочковой перегородки 3) Трикуспидальной атрезией 4) Транспозицией магистральных сосудов 5) Открытым артериальным протоком 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

<p>Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:</p> <p>а) дефект межпредсердной перегородки; б) аномалия Эбштейна; в) стеноз легочной артерии; г) тетрада Фалло; д) комплекс Эйзенменгера</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно:</p> <p>1. грубый систолический шум; 2. выслушивание 3-го тона; 3. пальпируемое систолическое дрожание; 4. повышенный риск инфекционного эндокардит 5. все ответы верны</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Пациент с искусственным механическим клапаном сердца должен получать антикоагулянтную терапию</p> <p>1) в течение госпитального периода 2) в течение первого года после операции 3) пожизненно 4) при наличии тромбоэмболических осложнений</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>В настоящее время наиболее частой причиной недостаточности митрального клапана является</p> <p>1) ревматизм 2) бактериальный (инфекционный) эндокардит 3) пролапс митрального клапана 4) дисфункция папиллярных мышц 5) разрыв хорд</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Слабый пульс на лучевых артериях характерен для:</p> <p>а) стенозы аортального клапана * в) коарктации аорты с) открытого артериального протока д) митрального стеноза е) тетрады Фалло</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Митральный стеноз приводит к следующим нарушениям:</p> <p>а) уменьшение сердечного выброса б) фибрилляция предсердий в) системная эмболизация г) увеличение периферического сопротивления д) все верны кроме г)*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:</p> <p>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)</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:</p> <p>а) аортальным стенозом; б) митральным стенозом; в) аортальной недостаточностью; г) митральной недостаточностью;</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

д) трикуспидальной недостаточностью	
Митральная регургитация достаточно часто встречается при: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. дилатационной кардиомиопатии; 3. рестриктивной кардиомиопатии; 4. дисгормональной миокардиодистрофии. 5. верно 1, 2 и 3;	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Хронический сдавливающий перикардит может сопровождаться следующими клиническими проявлениями, исключая 1) плевральный выпот 2) асцит 3) пульсацию печени во время систолы 4) увеличение диастолического давления в правом желудочке 5) мерцательную аритмию	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Важная находка на рентгенограммах груди при хроническом сдавливающем перикардите: а) малое сердце б) дислокация правых бронхов в) усиленный рисунок корней легких г) обызвествление перикарда* д) высоко расположенный купол диафрагмы	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Для острого перикардита не характерно: а) брадикардия; б) повышение температуры тела; в) боль за грудиной; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
В норме полость перикарда содержит: а) около 5 мл жидкости; б) до 50 мл жидкости; в) 100-200 мл жидкости; г) 300-500 мл жидкости; д) 100 мл жидкости	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Для острого перикардита не характерно: а) брадикардия; б) повышение температуры тела; в) боль за грудиной; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают: а) эозинофилы; б) моноциты; в) лимфоциты; г) лейкоциты д) эритроциты	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Первым средством выбора для уменьшения болевого	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>синдрома при остром перикардите являются:</p> <p>а) нитраты;</p> <p>б) папаверин или нош-па;</p> <p>в) нестероидные противовоспалительные препараты;</p> <p>г) стероидные препараты;</p> <p>д) наркотические анальгетики</p>	
<p>При экссудативном перикардите может наблюдаться:</p> <p>а) одышка;</p> <p>б) глухость тонов сердца;</p> <p>в) расширение границ сердечной тупости;</p> <p>г) тахикардия и парадоксальный пульс</p> <p>д) все верно.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:</p> <p>а) аускультации;</p> <p>б) рентгенографии;</p> <p>в) электрокардиографии;</p> <p>г) эхокардиографии;</p> <p>д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При сдавливающим (констриктивным) перикардите:</p> <p>а) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;</p> <p>б) отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;</p> <p>в) артериальное и венозное давление существенно не меняются;</p> <p>г) отмечается снижение артериального давления;</p> <p>д) происходит снижение венозного и артериального давления</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?</p> <p>а) пункция перикарда</p> <p>б) измерение ЦВД</p> <p>в) рентгенография грудной клетки</p> <p>г) ФВД</p> <p>д) ЭКГ</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К аутоиммунным перикардитам относится:</p> <p>а) посттравматический</p> <p>б) постинфарктный</p> <p>в) посткомиссуральный</p> <p>г) постперикардитомный</p> <p>д) все верно</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какое заболевание чаще всего нужно дифференцировать с сухим перикардитом:</p> <p>а) диафрагмальная грыжа</p> <p>б) острый панкреатит</p> <p>в) пептическая язва пищевода</p> <p>г) инфаркт миокарда</p> <p>д) миокардит</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для экссудативного перикардита характерно:</p> <p>а) сглаженность дуг б) снижение пульсации в) преобладание поперечника над длинником г) укорочение сосудистого пучка д) все верно</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При экссудативном перикардите может наблюдаться:</p> <p>1. брадикардия; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. верно 2,3 5. все ответы верны</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для острого перикардита характерно все, кроме:</p> <p>а) боль за грудиной б) повышение температуры тела; в) отеки лица; г) шум трения перикарда; д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Рубцовые изменения в сердечной сумке наиболее выражены на участке, покрывающем:</p> <p>а) правые отделы сердца б) левые отделы сердца в) левое и правое предсердие г) левый и правый желудочек</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какая характеристика верхушечного толчка при сдавливающем перикардите:</p> <p>а) ослаблен или отсутствует б) усилен и смещен влево в) усилен и смещен вниз</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

г)ослаблен и смещен вправо	
Раздел 3. Заболевания перикарда Тема «Опухоли и кисты перикарда»	
Наиболее вероятный симптом при начальной стадии развития целомической кисты перикарда: а) одышка б) акроцианоз в) боли за грудиной г)нарушение ритма сердца д) бессимптомное течение	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
КИСТЫ ПЕРИКАРДА БЫВАЮТ: а – посттравматические, целомические б – поствоспалительные, посттравматические *в – поствоспалительные, посттравматические, целомические г – целомические, поствоспалительные	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Наиболее частый путь метастазирования мезотелиомы перикарда: а) лимфогенный б) гематогенный в) интраканаликулярный г) имплантационный	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Какой метод инструментального исследования наиболее информативен для определения мезотелиомы перикарда: а)рентгенография грудной клетки б) ЭКГ в) пункция перикарда г) торакоскопия с биопсией перикарда	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Внутриперикардиальная тератома чаще встречается у: а) женщин б) мужчин в) пожилых людей г) плода и новорожденных	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Какая первичная опухоль перикарда наиболее часто встречается: а) злокачественная перикардиальная тератома б) перикардиальная мезотелиома в) внутриперикардиальная тератома плода и новорожденных г)первичная сердечная лимфома в сочетании с ВИЧ-инфекцией	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Мезотелиома перикарда чаще встречается у: а) мужчин б) женщин в) детей г) у пожилых людей	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Чаще всего метастатические опухоли сердца поражают: а) перикард б) сердечную мышцу в) клапаны сердца г)эндокард	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>Наиболее грозным осложнением внесердечных опухолей принято считать:</p> <p>а) тампонада сердца б) атриовентрикулярная блокада в) периферический отек г) одышка</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>При ХОЗАНК часто выявляются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипертрофия мышц пораженной стороны, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок 2) отек голеней, выпадение волос, мацерация кожи, лимфоррея 3) деформация коленных и голеностопных суставов, частые переломы костей нижних конечностей 4) мышечная атрофия, выпадение волос, утолщение и замедление роста ногтевых пластинок 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Атеросклероз – хроническое заболевание, характеризующееся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поражением преимущественно микроциркуляторного русла с пролиферацией эндотелия и стенозированию просвета сосуда и развитию недостаточности кровообращения 2) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде повышения проницаемости сосудистой стенки, отечности тканей и нарушения микроциркуляции 3) поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового разрастания в их стенке соединительной ткани с липидной инфильтрацией внутренней оболочки, ведущим к стенозированию просвета артерии и развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне 4) поражением артерий мышечного типа в виде инфильтрации эндотелия липидными включениями, ведущим к стенозированию просвета артерии и 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

развитию недостаточности кровообращения в сосудистом бассейне	
Крайевые 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 <ol style="list-style-type: none"> 1) диабетической микроангиопатии 2) атеросклеротического поражения артерий 3) тромбангиита Бюргера 4) синдрома Рейно 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
По данным эпидемиологических исследований, на долю ХОЗАНК приходится <ol style="list-style-type: none"> 1) менее 5% всех видов сердечно-сосудистой патологии 2) менее 10% всех видов сердечно-сосудистой патологии 3) более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии 4) более 40% всех видов сердечно-сосудистой патологии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Обязательными компонентами терапии при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей являются <ol style="list-style-type: none"> 1) холестеринснижающая терапия с применением статинов 2) инсулинотерапия с применением статинов 3) дезагреганты, антикоагулянты и тромболитики 4) блокаторы протонной помпы и простагландин Е 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Критическая ишемия конечности – это синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, основными клиническими признаками которого являются <ol style="list-style-type: none"> 1) боль в покое, купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,5 2) боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4 3) боль при ходьбе менее 25 м и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,4 4) боль в покое, не купируемая ненаркотическими анальгетиками и наличие язвенно-некротического процесса стопы, на фоне ЛПИ меньше 0,1 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
К эффектам пентоксифиллина относятся <ol style="list-style-type: none"> 1) улучшение пластических свойства эритроцитов за счет снижения в них АТФ, повышение активности фосфодиэстеразы 2) снижает активность пламиногена и пламина, антитромбина III, повышает уровень фибриногена в плазме крови 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>3) активирует 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> <ol style="list-style-type: none"> 1) эффективности терапии при ишемии I ст. 2) изолированном поражении дистального и микроциркуляторного сосудистого русла 3) неэффективности консервативной терапии, ишемии ПБ-IV ст. 4) тяжелой почечной недостаточности и ишемии ПА ст. 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Бифуркационное аорто-бифеморальное шунтирование выполняется при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдроме Лериша 2) тромбозе бедренных артерий 3) стенозах внутренних подвздошных артерий 4) окклюзии подколенных артерий 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Проведение локальной аорто-подвздошной эндартерэктомии возможно при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузном поражении аорты 2) изолированном поражении в области бифуркации аорты 3) поражении аорты и подвздошных артерий на всем протяжении 4) поражении подвздошных и бедренных артерий 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Проходимость через 10 лет после аорто-подвздошной эндартерэктомии составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от 12 до 48% 2) от 24 до 55% 3) от 48 до 77% 4) от 62 до 83% 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>У больных с высоким риском аорто-бифеморального шунтирования из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии при эндоваскулярной коррекции одной подвздошной артерии с перспективой хорошей проходимости возможно выполнение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) билатерального аортоподвздошного шунтирования 2) эндартерэктомии из другой подвздошной артерии или унилатерального подвздошно-бедренного шунтирования 3) протезирования аорты с эндратерэктомией из контралатеральной подвздошной и обеих бедренных артерий 4) перевязки подвздошной артерии с контралатеральной стороны 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К открытым реконструкциям относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стентирование артерий 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> 2) эндоваскулярная роторная дезоблитерация 3) эндоваскулярная баллонная дилатация 4) эверсионнаяэндартерэктомия 	
<p>Полузакрытаяэндартерэктомия из подвздошных артерий выполняется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) из срединного лапаротомного доступа 2) из ретроперитонеального доступа над пупартовой связкой 3) на удалении из доступа ниже пупартовой связки 4) из подколенного доступа 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для экстраанатомического шунтирования лучше использовать</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аутовену 2) аутоартерию 3) армированные синтетические протезы 4) неармированные синтетические протезы 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 коррекции в системе оттока 4) хирургическая коррекция не возможна 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>В генезе диабетическойангиопатии 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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) ассиметричность поражения дистальных отделов сосудистого русла, слабаякальцификация стенки артерий 2) мигрирующий характер поражения, редкость формирования трофических язв 3) поражение как артерий, так и вен, преимущественно дистальных отделов сосудистого русла и симметричность 4) более выраженная кальцификация сосудистой стенки, частое поражение дистальных отделов сосудистого русла и симметричность 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>Роль курения как этиологического фактора атеросклероза сводится к</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повреждению эндотелия с усилением тромбоцитарной агрегации 2) повышению уровня ЛПВП 3) понижению уровня ЛПНП 4) всем перечисленным 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Наиболее значимыми факторами риска развития атеросклероза являются</p> <ol 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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Появление в стенке артерии овального или округлого образования различной толщины и протяженности беловатого, перламутрового вида, содержащего липиды, пенистые клетки, вокруг которых происходит разрастание соединительной ткани, соответствует стадии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) липидных пятен 2) липидной бляшки 3) фиброзной бляшки 4) сложной (осложненной) бляшки 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>К осложненным бляшкам относят структуры, имеющие</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выпуклую форму 2) большую протяженность 3) пенистые клетки 4) кальциноз и кровоизлияния 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Основным принципом, позволяющим определить гемодинамическую значимость стеноза, является</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится</p> <ol style="list-style-type: none"> а) склероз артериол* б) петлистый артериальный тромбоз в) развитие синдрома Лериша г) тромбоз бедренной артерии д) акроцианоз 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью</p> <ol style="list-style-type: none"> а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

<p>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 усиливаться болевой синдром г) может усиливаться интоксикация д) может иметь место все вышеперечисленное*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Аневризма восходящей аорты может быть обусловлена следующими причинами:</p> <p>а) синдром Марфана б) сифилис в) атеросклероз г) кистозный некроз средней оболочки Эрдгейма д) все ответы верны*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>Расслаивающая аневризма грудной аорты чаще всего вызывается:</p> <p>а) атеросклерозом б) сифилисом; в) дегенерацией средней оболочки * г) травмой д) коарктацией аорты</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Периферические атеросклеротические аневризмы чаще всего локализуются на уровне:</p> <p>а) сонной артерии б) подключичной в) бедренной г) подколенной * д) локтевой</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Больной в возрасте 80 лет страдает тяжелой сердечной патологией. Жалуется на выраженную перемежающуюся хромоту в правой конечности. Методом выбора в данном случае является:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Через 3 дня после аорто-бедренного шунтирования у больного в возрасте 65 лет появились мелена и жидкий стул. Наиболее вероятная причина данного осложнения:</p> <p>а) кровотечение из стресс-язвы б) язвенный колит в) ишемический колит * г) аорто-дуоденальный свищ д) нагноение в области проксимального анастомоза</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее частой причиной острого тромбоза артерии нижних конечностей является:</p> <p>а) облитерирующий тромбангит б) облитерирующий атеросклероз * в) пункция и катетеризация артерий г) сдавление сосудов извне д) полицитемия</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Определите заболевание в соответствии с локализацией поражения):</p> <p>а) синдром Лериша б) абдоминальная ангина *</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>в) синдром Такаясу Столбик II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхняя подключичная артерия 2) дуга аорты и ее ветвей * 3) церебральные артерии 4) мезентериальные сосуды 5) бифуркация аорты 	
<p>Синдром Лериша - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) неспецифический брахецефальный артериит б) атеросклеротическое поражение бифуркации аорты * в) периферическая капилляропатия конечностей г) мигрирующий тромбангит д) окклюзия нижней полой вены 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для синдрома Лериша характерно все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) гипотермии нижних конечностей б) бледности кожных покровов в) мигрирующего тромбангита нижних конечностей * г) боли в ягодичной области в положении сидя д) импотенции 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для синдрома Такаясу нехарактерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) исчезновение пульса на верхних конечностях б) исчезновение пульса на нижних конечностях * в) писчий спазм г) головные боли, головокружения д) ухудшение зрения до слепоты 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Выберите правильное утверждение относительно клинических проявлений аневризмы абдоминальной аорты</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для острого тромбоза магистральной артерии нижних конечностей не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) бледность * б) боли в) отек г) парестезии д) отсутствие пульса 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К ишемическому синдрому нижних конечностей относится все, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) отсутствия пульса б) парестезии в) трофической язвы голени г) паралича нижних конечностей * д) бледности кожных покровов 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>При эмболии бедренной артерии III степени ишемии (контрактура нижней конечности) методом выбора является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) срочная эмболэктомия б) тромболитическая терапия в) терапия антикоагулянтами г) симптоматическая терапия д) первичная ампутация нижней конечности * 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Эмболия плечевой артерии может быть в результате следующих заболеваний, за исключением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) митрального стеноза б) острого инфаркта миокарда в) аневризмы сердца г) аневризмы брюшной аорты* д) сдавления подключичной артерии дополнительным шейным ребром 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Синдром "верхней поллой вены" является наиболее часто проявлением</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гистоплазмоза (склерозирование средостения) 2) внутригрудного зоба 3) аневризмы грудной аорты 4) сдавливающего перикардита 5) бронхогенной карциномы 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Кровоток по вене прекращается при выполнении</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) имплантации кава-фильтра 2) пликации вены 3) перевязки вены 4) клипирования вены 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>У больных хирургического профиля с целью профилактики ВТЭ фондапаринукс применяют в дозе</p> <ul 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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Длительность тромбоза магистральных вен нижней конечности не более 5 суток, имеется окклюзия 1-2 анатомических сегментов. Показана</p> <ul 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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Имеются рано диагностированные сегментарные венозные тромбозы магистральных вен нижней конечности в течение первых 5 суток от начала заболевания. Показана</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней поллой и подвздошных вен 	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

<p>3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен</p> <p>4) имплантация кава-фильтра</p>	
<p>Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является</p> <p>а) экзематозный дерматит</p> <p>б) глубокий тромбоз малоберцовой вены*</p> <p>в) безболезненный разрыв расширенной вены</p> <p>г) изъязвление нижней трети конечности</p> <p>д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся</p> <p>а) беременность</p> <p>б) тугие повязки в области верхней трети конечности</p> <p>в) увеличенные паховые лимфатические узлы</p> <p>г) все перечисленное*</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью</p> <p>а) растворения фибрина</p> <p>б) приостановления роста тромба*</p> <p>в) увеличения количества сгустков</p> <p>г) изменения внутренней оболочки сосудов</p> <p>д) снижения активности ДНК</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Острая лимфедема характеризуется следующими признаками</p> <p>а) при надавливании пальцем остается ямка</p> <p>б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется</p> <p>в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела</p> <p>г) правильно а) и в)*</p> <p>д) правильного ответа нет</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме</p> <p>а) при надавливании пальцем ямка не образуется</p> <p>б) плотный "мясистый" отек ткани</p> <p>в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела*</p> <p>г) пигментные и трофические изменения кожи</p> <p>д) фиброз подкожной клетчатки</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны</p> <p>а) резкий отек нижней конечности*</p> <p>б) некроз пальцев стоп</p> <p>в) похолодание стопы</p> <p>г) симптом перемежающейся хромоты</p> <p>д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Симптом Троянова - Тренделенбурга служит для диагностики</p> <p>а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей*</p> <p>б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра</p> <p>в) синдрома Лериша</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>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 тромбоза д) тромбоза подколенной артерии</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме</p> <p>а) трофических язв б) экземы и дерматитов в) хронической венозной недостаточности г) ишемической гангрены* д) тромбоза</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме</p> <p>а) беременности б) непроходимости глубоких вен в) врожденного нарушения клапанного аппарата г) посттромбофлебитического синдрома д) ортостатизма*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является</p> <p>а) рассыпной тип поражения б) мягкие, легко спадающие варикозные узлы в) рецидив после оперативного лечения г) непроходимость глубоких вен* д) острый тромбоз подкожных вен в анамнезе</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме</p> <p>а) дистальных отеков б) распирающих болей* в) повышения температуры тела г) гиперемии кожи и отека по ходу вен д) резкой болезненности при пальпации</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме</p> <p>а) повышения фибринолитической активности* б) ожирения в) гиподинамии г) онкологических заболеваний д) ишемической болезни сердца</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию</p> <p>а) Бебкока б) Нарата в) Маделунга г) Троянова - Тренделенберга</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен*</p>	
<p>При магистральном типе варикозного расширения вен показаны</p> <p>а) только склеротерапия б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)* в) только бинтование эластическим бинтом г) только операция Троянова–Тренделенберга д) только операция Линтона</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наибольший косметический эффектв лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается</p> <p>а) операцией Бебкока б) операцией Троянова - Тренделенберга в) склеротерапией* г) операцией Клаппа д) операцией Маделунга</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наименьшее количество рецидивов после оперативного леченияварикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается</p> <p>а) комбинированным оперативным методом* б) операцией Линтона в) операцией Бебкока г) операцией Нарата д) операцией Маделунга</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме</p> <p>а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени б) отека в области лодыжек в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени г) наличия трофической язвы на голени д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме</p> <p>а) картины нарастающего септического процесса б) болей в правом подреберье в) увеличения печени и желтухи г) интермиттирующей лихорадки с ознобами д) усиления запоров*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя</p> <p>а) антибиотики б) спазмолитики в) антикоагулянты* г) активные движения д) парентеральное введение больших объемов жидкостей</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Наиболее частой причиной развития трофических язв является</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> а) расстройство лимфообращения б) расстройства артериального кровообращения в) расстройства венозного кровообращения* г) травматические повреждения д) нарушения водно-электролитного обмена 	
<p>Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) резких болей распирающего характера б) повышения температуры тела в) отека конечности г) цианоза д) гиперемии кожи по ходу больной вены* 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) постельного режима б) бутадиона в) компрессов с мазью Вишневского г) ходьбы* д) возвышенного положения конечности 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушения свертываемости крови б) изменения внутренней оболочки сосуда в) массивного кровотечения* г) замедления кровотока д) эмболии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с ожирением б) с варикозным расширением вен в) с онкологическими заболеваниями г) с почечной недостаточностью* д) с ишемической болезнью сердца 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тромбофлебита глубоких вен в анамнезе б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков в) несимметричности поражения г) данных флебографии д) данных ангиографии* 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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) тромбоангиитное заращение сосудов* г) узловой периартериит д) варикозное расширение вен 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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* 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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* 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>мышечного слоя</p> <p>с) провоцирует боли в левом подреберье с иррадиацией в плечо</p> <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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Лечение тромбоэмболии легочной артерии следует начинать с</p> <p>1) назначения антикоагулянтов</p> <p>2) перевязки нижней полой вены</p> <p>3) тромбэктомии</p> <p>4) эмболэктомии из легочной артерии</p> <p>5) антибиотиков</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Дыхательная недостаточность и артериальная гипоксемия при ТЭЛА возникают в результате</p> <p>1) тромбоза вен</p> <p>2) прекращения кровотока в хорошо вентилируемых альвеолах,</p> <p>3) бронхоспазма</p> <p>4) шунтирования крови помимо капиллярного русла</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При ультразвуковом исследовании сердца при ТЭЛА можно диагностировать</p> <p>1) дилатацию и гипокинез правого желудочка</p> <p>2) парадоксальное движение межжелудочковой перегородки и выбухание ее в левый желудочек</p> <p>3) регургитацию на трикуспидальном клапане</p> <p>4) регургитацию на аортальном клапане</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии относятся</p> <p>1) геморрагический инсульт</p> <p>2) преходящие нарушения мозгового кровообращения в предшествующие 6 месяцев</p> <p>3) тяжелая травма или оперативное вмешательство в предшествующие 10 суток</p> <p>4) продолжающееся кровотечение</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>К относительным противопоказаниями к тромболитической терапии относятся</p> <p>1) повреждения или новообразования центральной нервной системы</p> <p>2) повреждения головы в предшествующие 3 недели</p> <p>3) желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

4) рефрактерная артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление выше 180 мм рт. ст.)	
Эмболектомия из одной из главной ветвей легочной артерии осуществляется из <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
При хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии и наличии организованного эмбола полная дезобструкция легочной артерии осуществима при <ol style="list-style-type: none"> 1) катетерной фрагментации 2) локальном тромболизисе 3) изолированной тромбэктомии 4) тромбэндартерэктомии 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Антикоагулянтная терапия неэффективна, имеется протяженный (более 4 см длиной) флотирующий тромб с узким основанием, многократно рецидивирующая ТЭЛА. Показана <ol style="list-style-type: none"> 1) регионарная тромболитическая терапия 2) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полых и подвздошных вен 3) радикальная тромбэктомия с временной артериовенозной фистулой магистральной вен 4) имплантация кава-фильтра 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
При АЧТВ <35 секунд (менее чем в 1,2 раза выше контроля) нефракционированный гепарин при втэ вводят по следующей схеме <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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Урокиназа при ТЭЛА применяется по следующей ускоренной схеме <ol style="list-style-type: none"> 1) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 10 минут, затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 12-24 часов 2) 440 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, затем по 440 МЕ/кг/ч в течение 24-48 часов 3) 4 400 МЕ/кг в виде нагрузочной дозы в течение 30 минут, затем по 4 400 МЕ/кг/ч в течение 48-72 часов 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

4) 4 000 000МЕвтечение5 суток	
Эмболоопасным является 1) флотирующий тромб нижней полой вены 2) окклюзионный тромб подколенной вены 3) пристеночный тромб бедренной вены 4) реканализированный тромб плечевой вены	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит 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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме а) назначения гепарина б) назначения дезагрегантов в) лечебной физкультуры г) длительного постельного режима* д) бинтования ног эластичным бинтом	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии а) сосудов мозга б) системы коронарных артерий и вен в) легочной артерии* г) легочных вен д) артерий почек и печени	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием а) абсцессов б) флегмон в) флеботромбозов* г) лимфаденитов д) эндартериита	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Пациент доставлен с колотой раной левой половины грудной клетки, гипотензией, приподнятой пульсацией шейных вен и тахикардией. Наиболее полезной диагностической процедурой в такой ситуации будет 1) Рентгенография грудной клетки 2) ЭКГ 3) Измерение центрального венозного давления 4) Левосторонняя торакотомия 5) Перикардиоцентез	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является: а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения б) переднее-боковая торакотомия слева в) стернотомия г) заднее-боковая торакотомия слева д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:</p> <p>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>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Для закрытой травмы сердца характерно:</p> <p>а) изменение ЭКГ б) боли в области сердца в) снижение артериального давления г) повышение венозного давления д) все верно</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>Внезапное накопление в сердечной сумке более ____ мл крови приводит к повышению внутривертебрального давления:</p> <p>а) 80 б) 100 в) 20 г) 50 д) 150</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>При каких случаях кровь накапливается в плевральной полости:</p> <p>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>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>При ранениях сердца, наиболее часто встречается вид шока:</p> <p>а) кардиогенный шок б) гиповолемический шок в) травматический шок г) все верно д) нет верного ответа</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>У больных в терминальной стадии тампонады сердца отмечается:</p> <p>а) брадикардия б) тахикардия в) парадоксальный пульс г) гипотония д) верно все, кроме б)</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>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>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>При ранениях сердца с локализацией в нижних отделах грудной клетки целесообразно проводить:</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

<p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Непроникающие ранения сердца делятся на: а) с гемоперикардом б) с гемотораксом в) с гемопневмотораксом г) все верно д) нет верного ответа</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При накоплении какого объема крови в перикарде появляется угроза остановки сердца:</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>а) 150 б) 200 в) 300 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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>1) реоперация и перевязка протока 2) реоперация и восстановление проходимости протока 3) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания</p>	
<p>Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:</p> <p>а) повышенное венозное давление б) шок в) снижение сердечного выброса г) увеличение диастолического наполнения сердца д) все верны кроме г)*</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какая характеристика позволяет определить повреждение артерии при открытых ранениях:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При кровотечениях вызванных переломом костей, необходимо:</p> <p>а) остановить кровотечение б) остановить кровотечение и зафиксировать пораженную конечность в) остановить кровотечение, зафиксировать пораженную конечность, дать таблетку аспирина г) зафиксировать конечность</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Колотые и резаные раны артерий:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>По характеру повреждения сосудов бывают:</p> <p>А) полные разрывы; Б) неполные разрывы; В) разможжение, дефект вены; Г) боковые, сквозные повреждения; Д) все верно</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>По классификации разрывы артерий бывают:</p> <p>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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>При тупых травмах с повреждением сосуда I степени разрывается только:</p> <p>а) интимы</p> <p>б) адвентиции</p> <p>в) меди</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

г) интимы и меди	
При тупых травмах с повреждением сосуда I степени, кровотечение: а) отсутствует б) обильное, ярко-алого цвета в) замедленное, темно-красного цвета г) внутритканевое кровотечение	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как а) выделяются токсические вещества б) повреждаются симпатические волокна в) нарушается межтканевый обмен г) все утверждения верны д) все утверждения неверны*	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Каково соотношение встречаемости доброкачественных опухолей сердца к злокачественным: а) 1:1 б) 2:1 в) 3:1 г) 4:1 д) 8:1	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Наиболее часто миксома локализуется в: а) левом предсердии б) правом предсердии в) левом желудочке	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

г) правом желудочке	
<p>Наиболее информативным методом диагностики миксомы считается:</p> <p>а) ЭхоКГ б) ЭКГ в) ангиокардиография г) рентгенография</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какой доступ наиболее удобный при оперативном удалении миксомы:</p> <p>а) переднее-боковая торакотомия на стороне ранения б) переднее-боковая торакотомия слева в) срединная продольная стернотомия г) заднее-боковая торакотомия слева д) левосторонняя переднее-боковая торакотомия в IV межреберье</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какой из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у взрослых:</p> <p>а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какая из доброкачественных опухолей чаще всех встречается у детей:</p> <p>а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>В каких отделах чаще локализуется рабдомиома:</p> <p>а) в левом предсердии б) в правом предсердии в) в левом желудочке г) в правом желудочке</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какой из опухолей сочетается с туберозным склерозом:</p> <p>а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какая доброкачественная опухоль не имеет капсулы:</p> <p>а) миксома б) мезотелиома АВ-узла в) рабдомиома г) фиброма д) тератома</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Какому из доброкачественных опухолей типично расположение в АВ-узле:</p> <p>а) миксома б) гемангиома в) рабдомиома г) фиброма</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

д) тератома	
В каком из отделов сердца наиболее вероятное расположение ангиосаркомы: а) в левом предсердии б) в правом предсердии в) в левом желудочке г) в правом желудочке	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Какой из злокачественных опухолей может поражать АВ-узел, приводя к внезапной смерти: а) миксома б) мезотелиома в) рабдомиома г) фиброма д) тератома	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
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	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Для окончательной диф диагностики злокачественных опухолей используется метод: а) ЭхоКГ, ЭКГ б) МРТ диагностика в) ангиокардиография г) рентгенография д) гистологическое исследование	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Для какого злокачественного рака характерно содержание клеток из поперечнополосатых мышц: а) миксома б) мезотелиома в) рабдомиосаркома г) фиброма д) тератома	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Какая из злокачественных опухолей схожа по гистологическим параметрам с миксомой: а) ангиосаркома б) лимфосаркома в) рабдомиосаркома г) мезотелиома д) фибросаркома	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
Раздел 6. Опухоли органов сердечно-сосудистой системы Тема «Опухоли сосудов»	
Наиболее частая область локализация доброкачественной гемангиоэндотелиомы: а) Кожа, ПЖК б) печень в) слизистая оболочка г) все ответы верны д) все ответы не верны	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>В каком возрасте наиболее часто встречаются доброкачественные гемангиомоэндотелиомы:</p> <p>а) в детском б) в юношеском в) во взрослом г) в пожилом</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Причины развития гемангиом:</p> <p>а) радиация б) вирусная инфекция в) избыточное количество сосудистых зачатков г) нарушение эластичности сосудистой стенки</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>В каком возрасте наиболее часто встречается гломусная опухоль (гломангиома, опухоль Барре Массона):</p> <p>а) в детском б) в юношеском в) во взрослом г) в пожилом</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Гломусная опухоль наиболее часто локализуется в:</p> <p>а) ногтевом ложе рук и ног б) в волосяной поверхности головы в) на лице г) на шее д) на животе</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>гломангиома (опухоль Барре Массона) имеет цвет:</p> <p>а) багрово-синюшный б) бледно-розовый в) малиновый г) темно-коричневый д) не имеет цвета</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<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 	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>Профилактика инфекционного эндокардита у больного - носителя искусственного клапана сердца включает в себя следующие мероприятия</p> <p>а) Своевременная санация любых очагов инфекции б) Профилактическое применение антибактериальных препаратов при различных</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>инструментальных манипуляциях или операциях, в т.ч. при экстракции зубов</p> <p>в) Лечебное применение антибактериальных препаратов при возникновении воспалительных или нагноительных заболеваний</p> <p>г) Все перечисленное верно</p>	
<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> <p>а) инфицирование протеза *</p> <p>б) венозная аневризма в результате интраоперационной травмы</p> <p>в) ложная аневризма как результат расхождения швов</p> <p>г) растяжение протеза до необычайно широких размеров</p> <p>д) лимфаденит</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>1. 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>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>2. Что такое "вертикальный" путь заражения ВИЧ-инфекцией?</p> <p>а) при введении наркотиков у наркопотребителей</p> <p>б) при половых контактах</p> <p>в) при использовании общих средств гигиены</p> <p>г) от ВИЧ-инфицированной матери ребенку</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>3. Пути профилактики ВИЧ-инфекции?</p> <p>а) мытье рук перед едой</p> <p>б) использование презерватива при половых контактах, профилактика наркомании, здоровый образ жизни</p> <p>в) изоляция всей ВИЧ-инфицированных в закрытых учреждениях</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
<p>4. Какие меры профилактики необходимо применять при оказании медицинской помощи, чтобы избежать заражения инфекциями, передающимися при парентеральных контактах?</p> <p>а) использовать при манипуляциях перчатки, маску, защитные очки</p> <p>б) одевать "противочумный костюм"</p> <p>в) перед началом манипуляции профилактически принимать противовирусные препараты</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

5. 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

6. Возбудителем ВИЧ-инфекции является:

а) бактерия

б) риккетсия

в) вирус

г) кокк

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. ВИЧ-инфекция наиболее распространена в возрастной группе:

а) до 5 лет

б) 20-49 лет

в) 50-70 лет

г) поражаются все возраста

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

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

13. Для выявления антител к ВИЧ применяется:

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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

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

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

20. 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

21. 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

22. Заболевания 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

23. 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	
24. 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	

2.2 Ситуационные задачи

	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик М., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 10 кг), появление одышки и цианоза носогубного треугольника при физическом или эмоциональном напряжении.</p> <p>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.</p> <p>При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 120 ударов в мин, ЧД — 25 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается жесткий систолический шум, II тон ослаблен во втором межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой среднеключичной линии, правая — по правой парастернальной линии, верхняя — II межреберье. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> гематокрит — 44%, НЬ — 165 г/л, Эр — $5,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,91, Лейк — $6,3 \times 10^9/л$, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз

Э	-	Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, названы не все пороки
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	УЗИ сердца (с доплерографией), рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование сердца, ЭКГ, АД мониторинг.
P2	-	Методы перечислены в полном объеме
P1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	-	Метод не указан
B	3	Причины появления диффузного цианоза при этом пороке.
Э	-	Диффузный цианоз – развивается постепенно, так как при рождении функционирует ОАП, затем развиваются коллатерали. Цианоз проявляется в силу обеднения малого круга кровообращения, за счет право-левого сброса
P2	-	Причины указаны верно
P1	-	Отражены не все причины.
P0	-	Причины названы не верно
B	4	Назовите анатомию данного порока?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, декстропозиция аорты («верхом» над МЖП).
P2	-	Анатомия порока указана в полном объеме
P1	-	Названы не все анатомические структуры порока
P0	-	Анатомия указана неверно
B	5	Хирургическое лечение данного порока
Э	-	1. Паллиативная операция Предусматривает наложение системно-легочных анастомозов Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией и легочной артерией является операцией выбора у младенцев младше 3 мес. 2. Радикальная коррекция Радикальная операция состоит в закрытии ДМЖП заплатой, устранение инфундибулярного стеноза, резекция или пластика ВОПЖ и при необходимости — трансанулярной пластики выводного тракта правого желудочка.
P2	-	Все виды операций указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании техники операций
P0	-	Ответ неверный: не названы виды оперативных вмешательств
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка К., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, плохо прибывает в весе.</p> <p>Анамнез заболевания: Врожденный порок сердца впервые установлен в 1 мес.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Ребёнок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой прерывания беременности в начале беременности, анемией 1 ст. Роды срочные, вес при рождении 3664г. Перенесенные заболевания: ОРЗ, пневмония. Вскармливание грудное до 6 мес. Моторное развитие по возрасту. Всегда плохо прибывает в весе.</p> <p>При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, питание пониженное, снижен тонус и тургор тканей, мышечный тонус. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 160 в мин. Выслушивается систолический шум по левому краю грудины, акцент 2 тона на ЛА. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС= 150 в мин. Правограмма. Гипертрофия правого желудочка. Очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости.</p> <p>Рентгенография: Лёгочные 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 ан. крови: Нв= 106 г/л, Эр.= 3,28 x 10¹²/л, ЦП=0,9 , Ле= 8,2 x 10⁹/л, п-2, с-36, л-48, э-2, м-12, СОЭ= 7 мм/ч.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки, анемия смешанного генеза лёгкой степени тяжести.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	ЭхоКГ, МСКТ с контрастом, зондирование полостей сердца с монометрией при необходимости
Р2	-	Методы перечислены в полном объеме
Р1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
Р0	-	Метод не указан
В	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По локализации:

		-Перимембранозный 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	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 хирургического лечения
Э		1 Эндоваскулярное хирургическое лечение: Предполагает закрытие дефекта окклюдером. 2 Хирургическое лечение открытым доступом: - Дефект закрывают с помощью заплаты PTFE или ксеноперикарда - Небольшие мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2		Названы все виды операций
P1		Виды операций названы частично
P0		Виды операций названы неверно.
H	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Родители с девочкой Ж. 3 месяца, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета. Ребенок не отстает в физическом развитии, активен. В анамнезе: шум над областью сердца выявлен после рождения ребенка. При осмотре: Область сердца визуально не изменена. В легких дыхание пуэрильное, ЧД — 35 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, определяется грубый систолический шум в III-IV межреберье, усиление II тона на ЛА. Пульсация на периферических артериях отчетливая. ЧСС — 126 ударов в мин., Печень не увеличена,

		селезенка не пальпируется.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врождённый порок сердца, ДМЖП, стеноз ЛА
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Перечислены не все возможные варианты диагноза
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	УЗИ сердца (с доплерографией), МСКТ с контрастом, зондирование полостей сердца с монотрией при необходимости
P2	-	Методы перечислены в полном объеме
P1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	-	Методы не указаны
В	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По локализации: -Перимембранозный 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
В	4	Назвать показания к хирургическому лечению данного порока
Э	-	- наличие нерестриктивного ДМЖП с застойной сердечной недостаточностью и легочной гипертензией - наличие пролапса аортального клапана или недостаточности аортального клапана. - наличие всех обоюдосвязанных субартериальных дефектов - наличие предшествующих эпизодов бактериального эндокардита.
P2	-	Все показания указаны в полном объеме
P1	-	Показания названы частично или не полностью
P0	-	Показания названы неверно
В	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э	-	1 Эндоваскулярное хирургическое лечение: Предполагает закрытие дефекта окклюдером. 2 Хирургическое лечение открытым доступом: - Дефект закрывают с помощью заплаты PTFE или ксеноперикарда - Небольшие мышечные дефекты могут быть ушиты п-образным швом.
P2	-	Названы все виды операций
P1	-	Виды операций названы частично
P0	-	Виды операций названы неверно.

Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Родители с мальчиком М. 1 месяц, пришли на осмотр к врачу. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета. Область сердца визуально не изменена. Периферический пульс на верхних конечностях отчетливый, на нижних конечностях не определяется. Тоны сердца ясные, ритмичные, определяется слабый систолический шум в межлопаточной области слева от позвоночника, ЧСС — 140 ударов в мин, ЧД — 35 в 1 минуту. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Измерено АД, которое составило 115/65 мм рт.ст. На ногах АД определить не удалось. Общий анализ крови: гематокрит — 44%, НЬ — 135 г/л, Эр — 5,2x10 ¹² /л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,3x10 ⁹ /л, п/я — 3%, с — 26%, э - 1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 8 мм/час.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врождённый порок сердца, коарктация аорты
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	УЗИ сердца (с доплерографией), УЗДГ артерий нижних конечностей и почечного кровотока, МСКТ с контрастом, или ангиографию по показаниям, измерить транскутанную сатурацию на нижних и верхних конечностях.
P2	-	Методы перечислены в полном объеме
P1	-	Не перечислены основные общеклинические методы исследования
P0	-	Методы не указан
В	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По взаимосвязи коарктации с артериальным протоком: 1 предуктальный тип 2 юктадуктальный тип 3 постдуктальный тип
P2	-	Классификация указана верно
P1	-	Классификация неполная.
P0	-	Классификация названа не верно
В	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 - уменьшение диаметра аорты более чем на 50% на уровне коарктации (по данным ЭХО, МРТ, ангиографии) - наличие стабильной АГ устойчивой к медикаментозной терапии.
P2	-	Все показания указаны в полном объеме
P1	-	Показания названы частично или не полностью
P0	-	Показания названы неверно
B	5	Назвать виды и тактику хирургического лечения
Э		1 Эндоваскулярное хирургическое лечение: Предполагает выполнение баллонной дилатации места сужения. 2 Хирургическое лечение открытым доступом: - резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец» - резекция коарктации и протезирование аорты - истмопластика аорты, лоскутом из левой подключичной артерии
P2		Названы все виды операций
P1		Виды операций названы частично
P0		Виды операций названы неверно.
H	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок, 6 месяцев, жалобы со слов матери на малые прибавки в весе, одышку при кормлении. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре беременности, 1 срочных родов. Вес при рождении 3650г. Рост 54 см. Наследственность не отягощена. В течение нескольких месяцев – малые прибавки в весе. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 120 уд.в мин., АД на руках – 130/85 мм рт.ст. АД на руках – 70/50 мм рт.ст. Аускультативно – выраженный систолический шум по левому карюю грудины, проводящийся в межлопаточную область. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Пульсация на стопах – не определяется; на бедрах – резко ослаблена. ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 120 в мин. Левограмма. Гипертрофия левого желудочка.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Коарктация аорты. Вторичная артериальная гипертензия 2 ст. НК 2А

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Необходимо выполнение ЭХО КГ сердца, УЗДГ артерий нижних конечностей и МСКТ грудной клетки с внутривенным контрастированием. Данные методы диагностики позволяют оценить степень сужения аорты в зоне перешейка (диаметр 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.).
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые 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	-	Предложена экстренная операция.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	4	Техника оперативного вмешательства
Э	-	Основные этапы: доступ к нисходящей аорте левосторонней боковой торактомией, оценка суженного участка по протяженности, резекция участка коарктации, выполнение анастомоза «конец в конец».
P2	-	Основные этапы указаны верно
P1	-	Указаны не все этапы хирургического вмешательства.
P0	-	Ответ неверный: указан другой доступ, предложен другой тип хирургического вмешательства (протезирование участка аорты или обходное шунтирование).
B	5	Возможные послеоперационные осложнения
Э	-	Стойкая артериальная гипертензия, рекоарктация, параплегия нижних конечностей, острая почечная недостаточность.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
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 сердца. Ребенок был выписан под наблюдение педиатра по мету жительства. С подозрением на ВПС ребенок был госпитализирован в стационар, где после проведенного обследования ему был поставлен диагноз: Тетрада Фалло. От операции родители мальчика отказались и, в связи со стабильным состоянием, ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра с рекомендацией повторного осмотра через 3 месяца.</p> <p>Анамнез заболевания: через 2 недели после выписки из стационара у ребенка во время беспокойства стала появляться одышка, усилился цианоз. Во время одного из таких приступов мальчик потерял сознание, начались судороги; вызвана машина «Скорой помощи»</p> <p>При осмотре: состояние ребенка очень тяжелое. В сознании. Крайне беспокоен. Кожа цианотичная. В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 88 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. ЧСС 172 уд/мин. Выслушивается систолический шум слабой интенсивности во 2 межреберье слева от грудины. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врождённый порок сердца, Тетрада Фалло, одышечно-цианотический приступ
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите симптомокомплекс тетрады Фалло?
Э	-	Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, декстропозиция аорты («верхом» над МЖП).
P2	-	Анатомия порока указана в полном объеме
P1	-	Названы не все анатомические структуры порока
P0	-	Анатомия указана неверно
В	3	Описать патогенез данного приступа
Э	-	В основе патогенеза ОЦП — преходящее повышение тонуса лёгочной артерии, ограничивающее выброс из правого желудочка и усугубляющее обеднение малого круга. Острая гипоксия приводит к стремительному развитию метаболического ацидоза, что еще в большей мере усугубляет спазм сосудов малого круга и

		гипоксию головного мозга.
P2	-	Патогенез описан верно
P1	-	Патогенез описан частично
P0	-	Патогенез описан неверно
B	4	Неотложная помощь при данном приступе
Э	-	<p>1. Успокоить ребенка, расстегнуть стесняющую одежду. Уложить на живот в коленно-локтевое положение (с приведенными к грудной 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 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);</p> <p>при отсутствии эффекта ввести медленно 0,1% раствор обзидана в дозе 0,1-0,2 мл/кг (0,1-0,2 мг/кг) в 10 мл 20% раствора глюкозы в/в медленно (со скоростью 1 мл/мин или 0,005 мг/мин).</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 хирургическая операция (наложение аортолегочного анастомоза). Противопоказаны сердечные гликозиды и диуретики!</p>
P2	-	Помощь оказана правильно
P1	-	Помощь оказана частично или с нарушениями стандартов
P0	-	Помощь оказана неверно
H	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
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.</p> <p>Анамнез заболевания: в течение последнего года стали беспокоить одышка, головные боли при физической нагрузке.</p> <p>При осмотре: состояние стабильное. Сознание ясное положение активное. Физическое развитие нормальное. Кожа бледно-розового цвета. В легких хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны</p>

		сердца ясные, ритмичные. Выслушивается слабый систолический шум во II-III межреберье слева. ЧСС 90 уд/мин., АД 110/70. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. ЭКГ. ЭОС отклонена вправо, признаки гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия; неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Рентгенологически выявляется усиление легочного рисунка. В прямой проекции сердце увеличено за счет правого желудочка, талия сердца сглажена за счёт выбухания вен
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Врождённый 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	-	Дифференциальный диагноз указан частично
Р0	-	Дифференциальный диагноз указан неверно
В	3	Назвать классификацию порока
Э	-	По анатомической локализации и симптомам различают первичный и вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), а также дефект венозного синуса. Первичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) располагается ниже овальной ямки и является составной частью признака врождённого 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 верхней полой вены с обоими предсердиями, располагающееся над нормальной межпредсердной перегородкой
Р2	-	Классификация названа верно
Р1	-	Классификация названа неполностью
Р0	-	Классификация не названа
В	4	Назвать показания к хирургической коррекции порока.
Э	-	Сердечная недостаточность, отставание в физическом развитии, легочные заболевания. Гемодинамическое показание к операции–соотношение легочного кровотока к системному более чем 2:1.
Р2	-	Показания названы полностью
Р0	-	Показания названы частично

P0	-	Показания не названы
B	5	Описать виды хирургического лечения порока
Э	-	Вторичные дефекты закрываются ушиванием; первичные ДМПП закрывают заплатой из аутоперикарда или синтетической ткани с использованием торакотомии и искусственного кровообращения. Эндovasкулярная пластика дефекта с помощью окклюдеров возможна только при вторичном ДМПП размером до 25-40 мм, вокруг которого имеется кайма перегородки, шириной до 10 мм.
P2	-	Виды операций описаны полностью
P0	-	Виды операций описаны частично
P0	-	Виды операций не названы
H	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной И. 68 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>Из анамнеза: ревматизма в анамнезе нет. Впервые порок аортального клапана был диагностирован в 2006г., во время планового мед. осмотра, по поводу чего больной был направлен на консультацию в СККБ, от которой он воздержался. В последующем отмечает появления чувства дискомфорта в области сердца, незначительную одышку. Больной ничем не лечился, за помощью не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования болей в области сердца с 2015г., в связи с чем находился на обследовании по месту жительства.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 76 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 62. Гипертрофия ЛЖ. Изменение процессов реполяризации.</p> <p>ЭхоКГ: ЛП: 55/43 КДР: 48 КСР: 27 КДО 102 КСО 29 ФВ: 72% тЗСЛЖ: 13/23 тМЖП: 14/19 Аортальный клапан: 3 створки</p>

		распространенный кальциноз по периметру с переходом на стенку аорты, митрально-аортальный контакт. Регургитация: I ст. Градиент давления: 81/43 мм рт.ст. Митральный клапан: очаговые кальцинаты в основании задней створки, створки умеренно уплотнены. Регургитация: I ст. Трехстворчатый клапан: створки не изменены. Регургитация: нет. расчетное давление в ЛА 30 мм.рт.ст. СКГ: гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено. УЗДГ-БЦА: признаки атеросклероза сонных артерий. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Неровный ход позвоночных артерий, гемодинамически значимый изгиб в первом сегменте справа. Флебэктазия ВЯВ справа.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аортальный стеноз. Са III. Относительная коронарная недостаточность. Нарушение ритма по типу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. НК II А, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	-	Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или транспищеводное. Метод позволяет оценить состояние камер сердца, сократительную способность миокарда определяемую главным образом по ФВ (в норме не менее 50 %), состояние клапанного аппарата сердца, в частности структур аортального клапана и корня аорты (количество створок, их подвижность; эффективную площадь открытия створок аортального клапана, фиброзное кольцо клапана, которое необходимо для предоперационного подбора типоразмера протеза клапана и выработки тактики оказания хирургического пособия; трансклапанный градиент давления (показанием к операции 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
В	3	Показания для операции при данной патологии
Э	-	Размер аортального отверстия менее 1см ² , Стеноз у детей врожденного характера, Критический стеноз у беременных женщин (используется баллонная вальвулопластика), Трансклапанный градиент давления более 50 мм рт.ст. Фракция выброса левого желудочка более 50%, Клинические проявления сердечной недостаточности.
P2	-	Показания к операции указаны верно

P1	-	Отражены не все показания для операции.
P0	-	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4	Назовите степени 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 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 рассекать грудную клетку, останавливать сердце, что влечет за собой сложный и продолжительный восстановительный период. В настоящее время имплантируют клапаны двух видов: искусственный (из специального синтетического материала и металла) и биологические (донорские или полученные от животных). Биологические клапаны менее долговечны, но вместе с тем не требуют поддерживающей антикоагулянтной (кроверазжижающей) терапии. Поэтому такие клапаны имплантируют чаще пожилым людям или женщинам, планирующим в ближайшее время беременность (с последующей заменой клапана на искусственный). Баллонная вальвулопластика Баллонная вальвулопластика представляет собой вмешательство проводимое через артерии рук или ног, что делает ее безболезненной, малотравматичной и может выполняться даже у тех пациентов, для которых проведение общего наркоза невозможно, в том числе ввиду тяжелой сопутствующей патологии. Суть метода заключается в подведении к сердцу специального проводника с воздушным баллоном на конце. Этот баллон под контролем 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 развития после такой процедуры недостаточности клапана и быстрого рецидива (возобновления) стеноза. Именно поэтому такая операция проводится только в тех случаях, когда традиционный метод по различным причинам использовать нельзя, а степень сужения значительная.

		<p>Перекутанная замена аортального клапана</p> <p>Проводится подобно вальвулопластики, 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 существенные недостатки в виде повышенного риска послеоперационных осложнений, в том числе инсультов. Кроме того он имеет огромное количество противопоказаний которых лишен традиционный — открытый метод. Поэтому использование данной методики проводится по строгим медицинским показаниям и желание пациентов и хирургов «обойтись малой кровью» тут играет второстепенную роль.</p>
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
H	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В. 64 лет предъявляет жалобы на умеренную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. Считает себя больным с 2015 года, когда впервые появился дискомфорт в области сердца. Больной ничем не лечился, никуда не обращался. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования боле за грудиной, одышки в течении последнего месяца, в связи с чем больной был консультирован в поликлинику №1. По данным СКГ от 01.11.16г.: гемодинамически значимых сужений коронарных артерий не обнаружено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 110/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p>

		<p>ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 57. Блокада ПНПГ. ЭхоКГ: ЛП: 33/50 КДР: 52 КСР: 32 КДО 143 КСО 55 ФВ: 62% тЗСЛЖ: 14/15 тМЖП: 16/16 Аортальный клапан: створки не дифференцируются, распространенный кальциноз. ФК 26 мм. Регургитация: I ст. Градиент давления: 98/60 мм рт.ст. Митральный клапан: очаговые кальцинаты по кольцу, в подклапанных структурах. Регургитация: I ст. Трехстворчатый клапан: створки не изменены. Регургитация: нет. расчетное давление в ЛА 25 мм.рт.ст. Доп. Особ.: Тахикардия с ЧСС 97 ударов в минуту. Полость перикарда не расширена. Сократительная способность миокарда ЛЖ равномерная, зон гипокенеза не выявлено. Признаки кардиосклероза. Жидкость в плевральных полостях не лоцируется. ХЭКГ: регистрировался регулярный синусовый ритм с ЧСС 48 – 91 в минуту, с тенденцией к брадикардии в ночной период времени. Зафиксированы редкие одиночные суправентрикулярные экстрасистолы с нормальным проведением. В течении всего периода наблюдалась полная блокада ПНПГ и связанные с ней изменения сегмента ST-T в отведениях V1, V2, V5. Пауз ритма больше 2 сек не было.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аортальный стеноз. Са III. Относительная коронарная недостаточность. НК II А, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	-	<p>Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или транспищеводное. Метод позволяет оценить состояние камер сердца, сократительную способность миокарда определяемую главным образом по ФВ (в норме не менее 50 %), состояние клапанного аппарата сердца, в частности структур аортального клапана и корня аорты (количество створок, их подвижность; эффективную площадь открытия створок аортального клапана, фиброзное кольцо клапана, которое необходимо для предоперационного подбора типоразмера протеза клапана и выработки тактики оказания хирургического пособия; трансклапанный градиент давления (показанием к операции является градиент давления более 50 мм рт.ст.); наличие кальциноза и его степень(выделяют 3 степени кальциноза); наличие регургитации и т.д.</p>
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
В	3	Укажите основные причины развития данной патологии
Э	-	Дегенеративные пороки аортального клапана (связаны с прогрессирующим атеросклеротическими процессами и нарушением

		минерального обмена) Врожденные пороки аортального клапана (двустворчатый аортальный 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 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	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 клапанов сердца – представляют собой протез, частично состоящий из бычьего перикарда или клапана аорты свиньи, специально обработанных химически для придания биологической инертности и наружного стента для закрепления в просвете клапана. Требуют приема антикоагулянтов только в первые три месяца после операции. Механические протезы – существует множество конструкций 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. Монтируются только посредством операции на открытом сердце. Создают необходимость в приеме антикоагулянтов в течение всей жизни. Для данного пациента, учитывая возрастные риски развития тромбо-гемморагических осложнений на фоне постоянного приема оральных антикоагулянтов показана имплантация 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
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления

		диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной А. 24 лет предъявляет жалобы на значительную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей до уровня лодыжек, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/20 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе гипертоническая болезнь с 14 лет, с максимальным подъемом АД до 180/20 мм рт.ст. Считает себя больным с 2009г., когда при прохождении планового медосмотра по линии РВК по данным ЭхоКГ был диагностирован врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан без признаков стенозирования. Больной консультирован в СККБ. По характеру заболевания было показано амбулаторное наблюдение в условиях клиники. В ноябре 2016г., после перенесенной ОРВИ стал отмечать лихорадку с повышением температуры тела до 400С., по поводу чего самостоятельно принимал антибиотики и НПВС. В связи с отсутствием эффекта от принимаемой терапии больной обследован в инфекционной больнице по месту жительства. Обследование на маркеры по поводу лихорадки неясного генеза – маркеры отрицательные. В марте 2017г. находился на лечении в ОБКБ имени Н.А.Семашко с диагнозом: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2-3. Вторичный ИЭ аортального клапана. Больной консультирован в СККБ. По данным контрольной ЭхоКГ от 29.03.17г. данных за инфекционный эндокардит аортального клапана нет. Проведение ЧпЭхоКГ по техническим причинам проведено не было. Больной был выписан на амбулаторное лечение кардиолога по месту жительства. Ухудшение состояния, в виде повторных эпизодов подъема температуры до 380С с мая 2017г. Больной повторно был госпитализирован в ОБКБ имени Н.А.Семашко.</p> <p>ЭКГ: ритм 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. Регургитация II ст. Митральный клапан: ФК – 34 мм, флотирующие наложения на передней створке в проекции заднее – медиальной комиссуры, фенестрация передней створки. Регургитация: III. Трикуспидальный клапан: створки тонкие. Регургитация: нет. Среднее давление в легочной артерии 34 мм рт.ст. Дополнительные особенности: Дилатация предсердий. Сократимость ЛЖ равномерная. Расширение полости перикарда до 8 мм. В плевральных полостях жидкость не лоцируется. Селезенка – очаговых изменений нет.</p>

		<p>ФГДС: гастрит без атрофии слизистой. Тест на НР отрицательный. LE – клетки: не найдены.</p> <p>Посев крови на стерильность: роста нет.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия. Кальцинат печени. Диффузные изменения печени. Признаки хронического бескаменного холецистита. Деформация, застойные явления в желчном пузыре. Спленомегалия.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	<p>Инфекционный эндокардит с поражением аортального, митрального клапанов подострого течения. Недостаточность аортального клапана. Недостаточность митрального клапана. Нарушение ритма по типу пробежек наджелудочковой тахикардии. НК ПБ, ФК III.</p> <p>Сопутствующий: Артериальная гипертензия III, ст. III, риск 4. Хронический холецистопанкреатит, ремиссия. Железодефицитная анемия, легкой степени тяжести.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	-	<p>Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или транспищеводное. Данный метод позволяет оценить подвижность створок клапана, оценить нарушения внутрисердечного тока крови с регургитацией, измерить фракцию регургитации, давление в легочной артерии, определить фракцию выброса крови в аорту, измерить эффективную площадь отверстия регургитации.</p>
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
В	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
Э	-	<p>В зависимости от основных возбудителей и связанных с этим особенностей антибактериальной терапии инфекционные эндокардиты подразделяют на следующие основные категории:</p> <ul style="list-style-type: none"> инфекционный эндокардит естественных клапанов; инфекционный эндокардит у наркоманов, использующих в/в путь введения наркотических веществ; инфекционный эндокардит искусственных (протезированных) клапанов: <p>ранний (развивающийся в течение 60 дней после операции) — чаще вследствие контаминации клапанов или в результате периоперационной бактериемии;</p> <p>поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиваться в результате транзиторной бактериемии.</p>

		В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.
P2	-	Пункты классификации указаны верно
P1	-	Отражены не все пункты классификации
P0	-	Ответ не верный.
В	4	Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита.
Э	-	<p>Первую большую группу составляют острые инфекционные заболевания: грипп, пневмонии, туберкулез, сепсис. Эти диагнозы ставят с одинаковой частотой у лиц молодого, среднего и пожилого возраста.</p> <p>Ко второй группе заболеваний, которые ошибочно диагностируют у больных ИЭ, относятся ревматизм, системная красная волчанка, реже узелковый периартериит.</p> <p>Третья группа ошибочных диагнозов включает предположение о лимфопролиферативных заболеваниях, но чаще о злокачественных опухолях различной локализации, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Основанием для ошибочной диагностики являются повышение температуры тела, нарастающая общая слабость, снижение массы тела, анемия, повышение СОЭ. Сходная, с первичным подострым инфекционным эндокардитом, клинико-лабораторная картина может наблюдаться у лиц пожилого и старческого возраста при наличии у них таких заболеваний, как простатит, пиелонефрит, холецистит.</p>
P2	-	Все варианты указаны в полном объеме
P1	-	Не указана одна из групп заболеваний, дифференцируемых с инфекционным эндокардитом.
P0	-	Не указан ни один из пунктов.
В	5	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованные)
Э	-	<p>В состав усовершенствованных больших DUKE-критериев вошли:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Положительная гемокультура из 2-х отдельных проб крови (не зависимо от вида возбудителя), взятых с интервалом в 12 ч; или во всех 3-х; или в большинстве проб из 4-х и более посевов крови, взятых с интервалом в один и более часов; 2. Эхокардиографические признаки (МВ, абсцесс или дисфункция протеза клапана, появление регургитации). <p>В состав уточнённых малых DUKE-критериев вошли:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предшествующее поражение клапанов и (или) внутривенная наркомания, 2. Лихорадка 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,

		6. Анемия (снижение гемоглобина менее 120 г/л). Диагноз ИЭ является достоверным при определении 2-х больших критериев, 1-го большого и 3-х малых, либо - 5-ти малых. В усовершенствованных критериях первым большим признаком является многократное выделение возбудителя не зависимо от его вида (объединён первый большой с пятым малым DUKE-критерием). Дополнительно введен малый критерий - спленомегалия.
P2	-	Все виды критериев указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании критериев.
P0	-	Ответ неверный: не указано ни один критерий.
H	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М. 24 лет предъявляет жалобы на длительную лихорадку, выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, на чувство дискомфорта в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость. Анамнез заболевания: ревматизма в анамнезе нет. В анамнезе употребление в/в опиоидов с 16 лет. Считает себя больным с 23.05.15 года, когда впервые появилась одышка, продуктивный кашель с мокротой слизистого характера, подъем температуры до 38,5С., в связи с чем, находился на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГКБ №2 г. Дзержинск с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. В ходе обследования, по данным ЭхоКГ от 27.05.15г., обнаружены признаки инфекционного эндокардита с поражением трехстворчатого клапана. 24.06.2015г по жизненным показаниям выполнена операция - протезирование трикуспидального клапана (биопротез «ЮниЛайн»-26, №28000914), санация правых отделов сердца. Через 2 месяца после выписки отметил подъем температуры до 40° с потрясающим ознобом. До настоящего времени трижды обследовался и лечился в б-це №2 г.Дзержинска (последняя госпитализация в апреле 2016г.). Принимал антибиотики (названий не помнит).
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Протезный эндокардит трикуспидального клапана, подострое течение. НК IIБ, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие методы дообследования необходимо провести пациенту для

		подтверждения диагноза.
Э	-	Лабораторные данные: ОАК, ОАМ, б/х, посев крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам. Инструментальные данные: ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ, Рентгенографию органов гр.клетки (для уточнения состояния легких на предмет развития гнойно-септических осложнений).
P2	-	Методы дообследования даны в полном объеме
P1	-	Недостаточно обосновано значение методов дообследования
P0	-	Методы не указаны.
В	3	Укажите классификацию инфекционного эндокардита.
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 клапанов или в результате периоперационной бактериемии; поздний (развивающийся более чем через 2 мес после операции) — может иметь одинаковый патогенез с ранним инфекционным эндокардитом, но более продолжительный инкубационный период; может также развиваться в результате транзиторной бактериемии. В зависимости от характера течения заболевания выделяют острый и подострый инфекционный эндокардит. Однако наиболее существенным является подразделение по бактериальной этиологии, так как это определяет выбор АМП и продолжительность терапии.
P2	-	Пункты классификации указаны верно
P1	-	Отражены не все пункты классификации
P0	-	Ответ не верный.
В	4	Опишите технику оперативного вмешательства .
Э	-	Срединная стернотомия по послеоперационному рубцу (в целях профилактики осложнений используется асциляторная пила и периферическое подключения аппарата АИК через бедренные сосуды до стернотомии). Гемостаз коагуляцией. Рассечен перикарда Т-образно и взятие его на держалки. Кардиолиз основных структур сердца, необходимых для подключения аппарата АИК. Канюляция аорты и полых вен. Пережатие аорты и введение кардиоплегического раствора (Консол, Кустадиол в стандартных дозировках) Доступ к трехстворчатому клапану через стенку правого предсердия. Иссечение биологического протеза. Тщательная механическая и химическая санация кольца, правых камер сердца. Обшивание кольца клапана на П-образных швах на прокладках со стороны ПЖ и реимплантация протеза. Двурядный шов ПП. Восстановление сердечной деятельности Деканюляция полых вен и

		аорты. Контроль гемостаза. Превентивное подшивание электродов для ЭКС. Герметизация ран сердца с использованием гемостатического материала. Дренажи в полость перикарда и в правую плевральную полость. Перикард ушивается наглухо. Остеосинтез грудины провололочными швами. Послойный шов раны. Йод. Асс. наклейка.
P2	-	Технические аспекты указаны в полном объеме
P1	-	Нарушена последовательность оперативного протокола.
P0	-	Не указан ни один из пунктов.
B	5	Укажите критерии диагностики инфекционного эндокардита (усовершенствованные)
Э	-	Какой тип искусственного протеза предпочтительно имплантировать в позицию трикуспидального клапана и почему? Низкие скоростные потоки в правых отделах сердца, риски нарушения режима антикоагулянтной терапии у пациентов ведущих асоциальны образ жизни и высокий процент нарушений ритма, требующий имплантации временной или постоянной системы ЭКС склоняют использовать биологические протезы в позиции трикуспидального клапана.
P2	-	Все виды критериев указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании критериев.
P0	-	Ответ неверный: не указано ни один критерий.
H	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Р. 68 лет предъявляет жалобы на давящие боли в области сердца вне связи с физической нагрузки; на перебои в сердце, приступы учащенного сердцебиения; синкопальные состояния, на головные боли при повышении АД.</p> <p>Анамнез заболевания: Гипертонический анамнез более 20 лет с максимальным подъемом АД до 210/110 мм рт.ст. 06.12.2015г. был эпизод учащенного сердцебиения на фоне повышения АД, вызвал СМП. После инфузии верапамила состояние улучшилось. С 12.01.16г. по 23.01.16г. находился на лечении в ОКБ им.Семашко. При обследовании по данным Эхо-КГ выявлено объемное образование левого предсердия размерами 27x26 мм.</p> <p>При осмотре: Состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. Положение активное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, диастолический шум, с эпицентром на верхушке, с ЧСС 58 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.</p>

		<p>Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: левограмма, ритм синусовый, ЧСС 59 в мин. ЭхоКГ: клапанные структуры с очаговыми уплотнениями. В полости левого предсердия определяется округлое образование 43x36 неоднородной плотности с четкими контурами по свободному краю, фиксирующееся в верхней части МПП на протяжении 1,5 см. Общ. ан. крови: Нб 119 г/л; эритроц. 3,84x10¹²/л; цв.пок 0,9; СОЭ 20 мм/ч; лейкоц. 9,6x10⁹/л; палочкояд. 6%; сегм. 48%; эоз. 6%; лимфоциты 34%; мон. 6%. Ан. мочи: цвет – желт; реакция – щелочная; уд. вес - 1006; прозрачность – полная; белок – отр.; сахар – 0,1%; ацетон – отр.; лейкоциты – 0-1 в п/зр. Биохимические анализы крови: Profile lipid: Cholest B - mg/dL (N 81-239); Trigly - mg/dL (N35-169); HDL Cholesterol - mg/dL (N 30-85); К.А. – (N 1,0-3,0); LDL Cholesterol – (N 65-174); VLDL – (N 10,1-40,2); RISK IBS-1 – (N до 5,5) К de RITISA – 0,84 (N 0,91-1,75); АlАТ – 32,7U/L (N 5,0-49,0); AsАТ – 27,4U/L (N 5,0-48,0); NDBili (непрямой) – 1,22 mg/dL (N 0,2-0,8); Bili Dir (прямой) – 0,24mg/dL (N 0,0-0,35); TotBili (общий) – 1,5mg/dL (N 0,2-1,0); Urea HL – 23,0mg/dL (N 10,0-45,0); Glucosae - 162mg/dL (N 65-110); TP1 – 7,3 g/dL(N 6,0-8,5).</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	Объемное образование левого предсердия (миксома?) НК: ПА ФК: П
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Укажите основные гипотезы происхождения 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 новообразований, надпочечников. Истинные новообразования отличаются высоким содержанием гиалуроновой кислоты, именно она придает опухоли желеобразную консистенцию. Некоторые ученые считают, что миксома сердца представляет собой видоизменившийся тромб. Более современные данные связывают опухоль с воздействием вирусов. К ним относят 3 типа папилломы человека, Эпштейн-Барр и герпеса.</p>
P2	-	Характеристика гистогенеза дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена морфология новообразования
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Охарактеризуйте макроскопический вид миксомы.
Э	-	<p>При макроскопическом обследовании различают два вида миксом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бесцветная полупрозрачная опухоль, имеющая широкое основание. Она плотно прилегает к стенке, имеет мягкую

		<p>консистенцию.</p> <p>2. Круглое полипообразное образование на ножке. Эта опухоль гораздо плотнее первой.</p> <p>Поверхность миксомы гладкая. Внутри находится желеобразная масса, в которой мало клеточных элементов. Иногда образования могут обызвествляться с последующим окостенением. Но это происходит с очень «пожилыми» миксомами. Кровью они снабжаются посредством различных сосудов: капилляров и артериол. Ткань опухоли довольно хрупкая, что объясняет ее частую эмболизацию (отрыв отдельных участков).</p> <p>Обнаруженные миксомы могут иметь самые разные размеры: от одного до нескольких сантиметров. Кажется, какой вред может нанести маленькое доброкачественное образование? В общем, никакой. Небольшие опухоли никак себя не выдают, 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 они приводят к грозным осложнениям.</p>
P2	-	Миксома, ее макроскопические типы описаны в полном объеме.
P1	-	Описан один из типов миксомы.
P0	-	Нет сходства с вышеизложенными подтипами.
B	4	Укажите факторы риска развития миксом.
Э	-	<p>Пол – женщины болеют чаще;</p> <p>Возраст –30-60 лет;</p> <p>Аналогичные заболевания у родственников;</p> <p>Онкологические заболевания</p>
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	-	<p>1. Электрокардиография. Именно с этой процедуры врач начинает кардиологическое обследование пациента. По данным ЭКГ нельзя поставить точный диагноз, но определенные выводы сделать можно. Например, гипертрофия предсердий, часто сопровождающая миксому, фиксируется электрокардиографом, как и синусовый сердечный ритм. Чем выше стеноз (сужение отверстий), тем больше выражена степень изменений ЭКГ.</p> <p>2. Фонокардиография. Этим исследованием определяется расщепление I тона, что происходит из-за неполного освобождения предсердий при опухоли. Если имеется миксома левого предсердия, то отмечается диастолический шум, а также отсутствует тон открытия митрального клапана.</p> <p>3. Рентгенологическое исследование. Этот метод позволяет обнаружить изменение ширины полости левого предсердия и отсутствие выбухания его ушка (при левопредсердном</p>

		<p>размещении миксомы). Полости сердца могут быть равномерно увеличенными. Отчетливо виден на рентгеновском снимке кальциноз.</p> <p>4. Эхокардиография. Это самый информативный метод. Он входит в предоперационное обследование пациентов. Если опухоль локализована в левом предсердии, то во время исследования появляется «облачко» эхосигнала, перемещающееся из предсердия в желудочек и наоборот. Эхосигнал четкий, так как капсула миксомы гладкая. При других же патологиях отмечается некоторая «размытость» сигнала. По данным ЭхоКГ можно с большой долей вероятности определить размеры опухоли.</p> <p>5. Ультразвуковое исследование. Можно увидеть подвижное эхогенное образование внутри полости. При этом методе миксому необходимо дифференцировать от внутрисполостного тромба, который при проведении тромболитической терапии должен уменьшаться.</p> <p>6. Ангиография. Метод, получивший в последнее время широкое распространение. Контрастное вещество может вводиться как в правое предсердие (при соответствующей локализации миксомы), так и в сосуды.</p>
P2	-	Все виды обследований указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании методов обследования
P0	-	Ответ неверный: нет четкого понимания в назначении методов дообследования.
Н	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Х. 37 лет предъявляет жалобы на незначительную одышку при выраженной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности.</p> <p>Из анамнеза ревматизма в анамнезе нет. С юности беспокоили нарушения ритма по типу синусовой аритмии. Считает себя больным с февраля 2017г., когда впервые отметил появление пароксизмов с последующим возникновением постоянной формы фибрилляции предсердий.</p> <p>При осмотре: состояние в покое удовлетворительное. Тоны сердца: ритмичные. Шумы: систолический шум на верхушке, проводится в подмышечную впадину. АД: 110/70 мм рт.ст. ЧСС: в мин. Печень не увеличена, отеков нет.</p> <p>ЭКГ: нормограмма, фибрилляция предсердий с ЧСС = 78 в мин. Очаговая в/желудочковая блокада. Изменения процессов реполяризации.</p>

		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: желудочковая – 4, все одиночные. Ишемические события не зарегистрированы. ЭхоКГ.ЛП: 41x53 ПП: 34x43 ПЖ: 15x20 КДО: 137 КСО: 67 ФВ: 52% тЗСЛЖ: 9/10 тМЖП: 10/12 Митральный клапан: ств. тонкие, ПС большая пролабирует. ФК: 22 Регургитация: II ст. Аортальный клапан: 3 ств. не изменены. ФК: 25 Регургитация: нет. Трехстворчатый клапан: ств. не изменены, пролабируют. ФК: 29 Регургитация: I ст. Расчетное давление в ЛА: 17 мм рт.ст.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Дегенеративный митральный порок. Недостаточность митрального клапана. Постоянная форма фибрилляции предсердий. НК: ПА ФК: II
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца (аортальный стеноз).
Э	-	Основным методом диагностики служит ЭхоКГ, трансторакальное или транспищеводное. Данный метод позволяет оценить подвижность створок клапана, оценить нарушения внутрисердечного тока крови с регургитацией, измерить фракцию регургитации, давление в легочной артерии, определить фракцию выброса крови в аорту, измерить эффективную площадь отверстия регургитации. В зависимости от этих показателей недостаточность митрального клапана подразделяется на следующие степени: - незначительная недостаточность: фракция регургитации менее 30% (процент крови, забрасываемой в левое предсердие от объема крови, находящегося в левом желудочке в момент его сокращения); площадь отверстия, через которое забрасывается кровь в предсердие менее 0.2 кв. см; обратная струя крови в предсердии находится у створок клапана и не достигает половины предсердия. - выраженная недостаточность: фракция регургитации 30 – 50%, площадь отверстия регургитации 0.2 – 0.4 кв. см, струя крови заполняет собой половину предсердия. - тяжелая недостаточность: фракция регургитации более 50%, площадь отверстия более 0.4 кв. см, струя крови заполняет все левое предсердие.
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика
P0	-	Данный метод не указан
В	3	Показания для операции при данной патологии
Э	-	Операция показана при второй степени порока (выраженная недостаточность) и при второй – 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.
P2	-	Показания к операции указаны верно
P1	-	Отражены не все показания для операции.
P0	-	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
B	4	Назовите степени недостаточности митрального клапана.
Э	-	<p>Выделяют три степени митральной недостаточности в зависимости от того, насколько сильно выражена регургитация.</p> <p>При 1 степени ток крови в левое предсердие незначительный (около 25 %) и наблюдается лишь у клапана. В связи с компенсацией порока пациент нормально себя чувствует, симптомы и жалобы отсутствуют. ЭКГ не показывает никаких изменений, при обследовании обнаруживаются шумы при систоле и слегка расширенные влево границы сердца.</p> <p>При 2 степени обратный поток крови достигает середины предсердия, крови забрасывается больше — от 25 до 50 % . Предсердие не может вытолкнуть кровь без повышения давления. Развивается легочная гипертензия. В этот период появляется одышка, частое сердцебиение во время нагрузок и в покое, кашель. На ЭКГ видны изменения в предсердии, при обследовании выявляются систолические шумы и расширение сердечных границ: влево — до 2 см, вверх и вправо — на 0,5 см.</p> <p>При 3 степени кровь доходит до задней стенки предсердия и может составлять до 90% систолического объема. Это стадия декомпенсации. Наблюдается гипертрофия левого предсердия, которое не может вытолкнуть все количество крови. Появляются отеки, увеличивается печень, повышается венозное давление. ЭКГ показывает наличие гипертрофии левого желудочка и митрального зубца. Прослушивается выраженный систолический шум, границы сердца значительно расширены.</p>
P2	-	Все варианты указаны в полном объеме
P1	-	Не указан одна из степеней.
P0	-	Не указаны два и более степени недостаточности.
B	5	Хирургическое пособие при митральной недостаточности
Э	-	<p>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:</p> <p>Различные виды аннулопластик (опорные кольца(жесткие и гибкие бэнды), синтетические заплаты, шовная пластика, заплаты из аутоперикарда) ;</p> <p>Пластика хорд (неохорды);</p> <p>иссечение патологически измененных частей створки клапана (различные варианты резекционных пластик (слайдинг пластика, резекция патологически измененных фрагментов створки МК).</p> <p>Оперативное лечение с помощью протезов проводится при грубых патологиях клапанного аппарата и при неэффективности</p>

		пластической операции, проведенной ранее. Виды протезов: биологический протез изготавливается из сосудов животных (аорты), лечение с помощью таких протезов проводится детям и женщинам детородного возраста, которые собираются в дальнейшем завести детей; искусственные (механические) протезы из медицинского металла используют в лечении всех остальных групп лиц. Оперативное лечение не проводится при тяжелых осложнениях, которые могут привести к летальному исходу вскоре после 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
H	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
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 левой н/к., болезненность по ходу большой подкожной вены Больной ничем не лечился, за помощью не обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого приступа одышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП был экстренно госпитализирован в условия стационара.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 90 в минуту. Аускультативно выслушивается дующий систолический шум с эпицентром на мечевидном отростке, акцент 2 тона над легочной артерией. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 53. Очаговая в/ж блокада. Субэндокардиальная ишемия по передней, боковой стенке.</p> <p>Ангиопульмонография: картина тромбоэмболии долевых и сегментарных ветвей обеих легочных артерий, ЛГ.</p> <p>ЭхоКГ: ЛП: 49/39 КДР: 53 КСР: 35 ФВ: 63% тЗСЛЖ: 9/14 тМЖП: 14/19 Митральный клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Аортальный клапан: створки с очаговыми</p>

		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.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Тромбоэмболия долевых ветвей легочной артерии. Легочная гипертензия. ДН 2 степени. Миокардиодистрофия. НК II Б - IV ФК. Сопутствующий: Варикозная болезнь вен н/к. Тромбофлебит глубоких вен левой нижней конечности. Двухсторонний коксартроз. ГПОД. ГЭРБ, вне обострения. Язвенная болезнь желудка, вне обострения. Артериальная гипертензия III, ст. III, риск 4.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца(аортальный стеноз).
Э	-	Основным методом диагностики служит ангиопульмография;. Выделяют три основных метода ангиопульмографии: Ангиопульмография – метод рентгенологической диагностики состояния лёгочного кровообращения путём введения рентгеноконтрастных веществ в артерии лёгких. Выделяют общую и селективную ангиопульмографию. При общей ангиопульмографии контрастное вещество вводят в ствол лёгочной артерии, при этом заполняются все сосуды малого круга кровообращения. При селективной контраст вводится 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
В	3	Показания для операции при данной патологии
Э	-	массивная тромбоэмболия; ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимое консервативное лечение; тромбоэмболия самой легочной артерии или ее крупных ветвей; резкое ограничение притока крови к легким, сопровождающееся нарушением общего кровообращения; хроническая рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии; резкое снижение артериального давления;
P2	-	Показания к операции указаны верно
P1	-	Отражены не все показания для операции.
P0	-	Проведено амбулаторное (консервативное) лечение
В	4	Виды хирургических операций при ТЭЛА.
Э	-	Эмболэктомия – удаление эмбола. Это хирургическое вмешательство проводится в большинстве случаев, при острой

		<p>ТЭЛА.</p> <p>Тромбэндартерэктомия – удаление внутренней стенки артерии с прикрепленной к ней бляшкой. Применяется при хронической ТЭЛА.</p> <p>Операция при тромбоэмболии легочной артерии достаточно сложная. Тело пациента охлаждают до 28°C. Хирург вскрывает грудную клетку пациента, рассекая его грудину вдоль, и получает доступ к легочной артерии. После подключения системы искусственного кровообращения вскрывают артерию и удаляют эмбол.</p> <p>Часто при ТЭЛА в результате повышения давления в легочной артерии происходит растяжение правого желудочка и трехстворчатого клапана. В этом случае хирург дополнительно проводит операцию на сердце – выполняет пластику трехстворчатого клапана.</p>
P2	-	Все варианты указаны в полном объеме
P1	-	Не указан один из вариантов хирургического пособия.
P0	-	Не указан ни один тип.
B	5	Укажите возможные осложнения ТЭЛА.
Э	-	<p>остановка сердца и внезапная смерть;</p> <p>инфаркт легкого с последующим развитием воспалительного процесса (пневмонии);</p> <p>плеврит (воспаление плевры – пленки из соединительной ткани, которая покрывает легкие и выстилает изнутри грудную клетку);</p> <p>рецидив – тромбоэмболия может возникнуть повторно, и при этом так же высок риск гибели больного.</p>
P2	-	Все виды осложнений указаны в полном объеме
P1	-	Допущены погрешности в описании осложнений.
P0	-	Ответ неверный: не указано ни одно осложнение.
H	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, боли в области сердца ноющего, колющего характера, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода.</p> <p>Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное.</p>

		<p>Акроцианоз. Иктеричность кожных покровов, склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке систолический шум. АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 8 см. от края реберной дуги. Пастозность голеней. Физиологические отправления в норме.</p> <p>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 билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.. Очаговая в/желудочковая блокада. ЧСС 59 в 1 мин. ЭХО-КГ: лев. предсердие 65Х42 мм; прав. предсердие 57Х44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%.</p> <p>Задняя стенка ЛЖ: Т_{диаст}= 9 мм, Т_{сист}= 13мм.</p> <p>Межжелудочковая перегородка: Т_{диаст}= 9 мм, Т_{сист}= 12 мм.</p> <p>Аортальный клапан: S= 3,1см². Створки не изменены. Раскрытие полное.</p> <p>Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролябирует А-2, регургитация 11-111.</p> <p>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 клапана. Легочная гипертензия. Н 11 А-Б 111 КФК
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Не указан тип аневризмы
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
Э	-	Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
Р2	-	Перечислены все факторы
Р1	-	Перечислен все факторы кроме одного
Р0	-	Не указаны два и более факторов
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
Э	-	1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
Р2	-	Перечислены все 3 типа
Р1	-	Перечислены 2 типа
Р0	-	Перечислен 1 тип или менее
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с

		данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	016
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при легкой физической нагрузке и иногда в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: в анамнезе ревматизм со школьного возраста. Считает себя больной с 2012г., когда впервые стали беспокоить боли в области сердца и появилась одышка. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода. Состояние средней тяжести. Тоны сердца: аритмичные. Шумы: на верхушке выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в п/мышечную впадину. АД: 120/80 мм рт.ст. ЧСС: 80 в мин. Печень не увеличена, отеков нет.</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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевина 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый с 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</p> <p>Митральный клапан: пансистолический пролапс Р2, возможно расщеление.</p> <p>ФК: 40 Регургитация: II - III ст.</p> <p>Аортальный клапан: ств. не изменены. ФК: 26 Регургитация: нет.</p> <p>Трехстворчатый клапан: ств. не изменены. Регургитация: I ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого клапана. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Не указана степень регургитации.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что позволяет оценить Эхо-КГ при данной патологии

Э	-	Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
P2	-	Перечислены все факторы
P1	-	Перечислен все факторы кроме одного
P0	-	Не указаны два и более факторов
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
Э	-	1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
P2	-	Перечислены все 3 типа
P1	-	Перечислены 2 типа
P0	-	Перечислен 1 тип или менее
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при умеренной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 180/110 мм рт.ст., головные боли. Анамнез заболевания: В анамнезе ревматизм с 7– летнего возраста. Находилась на диспансерном учете в ГКБ №5, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа

		<p>и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник.</p> <p>В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту.</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 76 в минуту.</p> <p>Систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 130/70 мм рт ст.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый. Блокада правой ножки ПГ неполная. ЧСС 67 в 1 мин.</p> <p>ЭХО-КГ: лев. предсердие 41X35 мм; прав. предсердие 43X35 мм. Лев. желудочек: КДР 47мм; КСР 34мм; КДО 94мл; КСО 45мл; фракция выброса 52%.</p> <p>Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст= 9 мм, Тсист= 17 мм.</p> <p>Межжелудочковая перегородка: Тдиаст= 9 мм, Тсист= 12 мм.</p> <p>Аортальный клапан: фиброз, очаги Са; Са по кольцу, стенкам аорты, МЖП; щелевидное открытие. S=1,2 см². Градиент (Δр) сист. макс./средн=89,7/54,7 мм Нг. ФК 22мм.</p> <p>Митральный клапан: N. Трехстворчатый клапан N. Ppulm= 30 мм Нг.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	<p>Скорость кровотока, м/с:</p> <p>1. мягкий - Менее 3,0</p> <p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - Более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.:</p> <p>1. мягкий - Менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - Более 40</p> <p>Площадь отверстия, см²:</p> <p>1. мягкий - Более 1,5</p> <p>2. умеренный - 1,0–1,5</p> <p>3. тяжелый - Менее 1,0</p>
P2	-	Перечислены все параметры
P1	-	Перечислен все параметры кроме одного
P0	-	Не указаны два и более параметров
В	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 коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при средней физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 170 мм рт ст, головные боли.</p> <p>Анамнез заболевания: В анамнезе артериальная гипертензия 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, болей в области сердца около полугода. Состояние в покое ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник В легких везикулярное дыхание, с бронхиальным компонентом, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные с ЧСС 64 в минуту. На верхушке усилен I тон, выраженный систолический шум с эпицентром на аорте. АД 140/80 мм рт ст.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В анализах: Нв-138 г/л, Эр-4,2 x 10¹²/л, Le-8,2 x 10⁹/л, Тр-226 x</p>

		<p>109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка. Изменение процессов реполяризации. Q-рубец по боковой стенке. ЧСС 64 в 1 мин.</p> <p>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, фиброкальциноз с распространением за пределы ф\кольца, Градиент (Δр) сист. макс./средн= 100\74мм 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	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	<p>Скорость кровотока, м/с:</p> <p>1. мягкий - менее 3,0</p> <p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.</p> <p>1. мягкий - менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - более 40</p> <p>Площадь отверстия, 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	-	Перечислен все параметры кроме одного
P0	-	Не указаны два и более параметров
В	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 коронарография

P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
H	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, боли в области сердца ноющего, колющего характера, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Акроцианоз. Иктеричность кожных покровов, склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 110 в минуту. На верхушке систолический шум. АД 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 8 см. от края реберной дуги. Пастозность голеней. Физиологические отправления в норме.</p> <p>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 билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.. Очаговая в/желудочковая блокада. ЧСС 59 в 1 мин.</p> <p>ЭХО-КГ: лев. предсердие 65X42 мм; прав. предсердие 57X44 мм. Лев. желудочек: КДР 55 мм; КСР 44мм; КДО 148мл; КСО 89мл; фракция выброса 40%.</p> <p>Задняя стенка ЛЖ: Тдиаст= 9 мм, Тсист= 13мм.</p> <p>Межжелудочковая перегородка: Тдиаст= 9 мм, Тсист= 12 мм.</p>

		Аортальный клапан: S= 3,1см2. Створки не изменены. Раскрытие полное. Митральный клапан: ФК 36мм. Створки умеренно уплотнены, отрыв хорды в заднем отделе, пролябирует А-2, регургитация 11-111. Трехстворчатый клапан – створки не изменены, рег. 2 ст. Клапан легочной артерии N. Ppulm= 43 мм Hg.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Недостаточность митрального клапана, относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Легочная гипертензия. Н 11 А-Б 111 КФК
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Не указан тип аневризмы
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
Э	-	Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.
P2	-	Перечислены все факторы
P1	-	Перечислен все факторы кроме одного
P0	-	Не указаны два и более факторов
В	3	Какие типы операций используются при данной патологии
Э	-	1) пластика МК; 2) протезирование МК с сохранением части или всего митрального аппарата; 3) протезирование МК с удалением митрального аппарата.
P2	-	Перечислены все 3 типа
P1	-	Перечислены 2 типа
P0	-	Перечислен 1 тип или менее
В	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная В. 53 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при минимальной нагрузке и в покое, сухой кашель, слабость, головные боли, на слабость в левой руке и левой ноге.</p> <p>Анамнез заболевания: Ревматизма в анамнезе нет. Давность артериальной гипертонии более 20 лет. Неоднократно лечилась в стационаре по месту жительства по поводу ИБС, артериальной гипертонии. Ухудшение состояния в виде прогрессирования одышки и появления болей в области сердца около полугода.</p> <p>Объективный статус: Состояние в покое средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное полусидя. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеник. В легких жесткое дыхание, справа в нижних отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 97 в минуту. Выраженный систолический шум у мечевидного отростка, на верхушке с иррадиацией в подмышечную область. АД 120/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Неврологический статус: ограниченные движения в левых конечностях, больше в руке.</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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 87 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/жел. блокада. Рубец по передней 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.</p> <p>Пансистолический пролапс задней створки. Регургитация 3 ст.</p> <p>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.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Не указана недостаточность трехстворчатого клапана
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что позволяет оценить ЭхоКГ при данной патологии
Э	-	Эхо-кардиография обеспечивает базовую оценку размеров ЛЖ и левого предсердия, оценку фракции выброса и позволяет приблизительно оценить тяжесть регургитации.

P2	-	Перечислены все факторы
P1	-	Перечислен все факторы кроме одного
P0	-	Не указаны два и более факторов
V	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
V	4	Проведение какого обследования необходимо перед операцией с данной патологией у пациентов с риском ИБС?
Э	-	Селективная коронарография
P2	-	Верно
P0	-	Ответ неверный
V	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
H	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, на чувство жжения за грудиной, периодическую отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/90 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>Анамнез заболевания: В анамнезе ревматизм с 10 летнего возраста. Находилась на диспансерном учете в ГКБ №38, в течение пяти лет. Ухудшение состояния, в виде прогрессирования одышки, болей в области сердца около полугода.</p> <p>Объективный статус: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены,</p>

		<p>ритмичные с ЧСС 74 в минуту. На верхушке усилен I тон, выраженный диастолический шум. Систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 160/90мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый регулярный с ЧСС = 72 в мин. Гипертрофия ЛЖ с перегрузкой. Субэндокардиальная ишемия по боковой, нижней стенке.</p> <p>ЭХО-КГ: ЛП: 44/54 ПП:40/60ЛЖ: КСР/КДР – 50/32. КДО:80. КСО:30 ФВ: 64 % тЗСЛЖ:16/22 тМЖП:16/21</p> <p>Митральный клапан: диаметр кольца – 31. Отверстие: 2,6 см² Градиент 2/1 мм рт ст. Регургитация: I ст. Передняя створка – краевой фиброз, хорды утолщены. Ао - 22/35. Аортальный клапан: 3 створки. S - 0,6 см². Градиент 105/68 мм. Левая коронарная створка короткая. Са III. Трехстворчатый клапан: створки тонкие. Регургитация I ст. расчетное давление в ЛА 25 мм рт.ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	<p>Скорость кровотока, м/с:</p> <p>1. мягкий - Менее 3,0</p> <p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - Более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.</p> <p>1. мягкий - Менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - Более 40</p> <p>Площадь отверстия, 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	-	Перечислен все параметры кроме одного
P0	-	Не указаны два и более параметров
В	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 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 осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
Н	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Д. 63 лет поступила в отделение приобретенных пороков сердца с жалобами на выраженную одышку при легкой физической нагрузке, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на чувство дискомфорта, боли в области сердца сжимающего характера, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 200 мм рт ст.</p> <p>Анамнез заболевания: длительный анамнез артериальной гипертензии с повышением АД до 200 мм рт. ст. Коронарный анамнез с 2011г. Инфарктов миокарда не было. По данным селективной коронарографии (СКГ) от 2011г.: гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Ухудшение состояния с января 2016г. связано с усилением одышки, появление выраженной слабости</p> <p>Объективный статус: состояние средней тяжести. Тоны сердца: ритмичные. Шумы: интенсивный систолический шум над всей областью сердца с эпицентром над аортой. АД: 130/80 мм рт.ст. ЧСС: 64 в мин. Печень не увеличена, отеков нет.</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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л</p> <p>ЭКГ: нормограмма, ритм синусовый регулярный с ЧСС = 64 в мин. Гипертрофия ЛЖ. Очаговая в/желудочковая блокада. Изменения процессов реполяризации.</p>

		<p>ЭХО-КГ: ЛП: 41x54 ПП: 41x56 ПЖ: 19x19 КДО: 59 КСО: 29 ФВ: 51% тЗСЛЖ: 15/21 тМЖП: 16/18</p> <p>Митральный клапан: ств. с краевым фиброзом.</p> <p>ФК: 29 Регургитация: 0 ст.</p> <p>Аортальный клапан: ств. с фиброзом и распространенным кальцинозом. ФК: 23</p> <p>Регургитация: I ст. Градиент ЛЖ - АО – 81/51 мм рт.ст.</p> <p>Трехстворчатый клапан: ств. не изменены. ФК: 40 Регургитация: 0 ст.</p> <p>Доп. особ.: сократимость по контурам равномерна, диастолическая дисфункция ЛЖ I типа.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аортальный стеноз, кальциноз III. Относительная коронарная недостаточность. НК IIА, ФК III.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: указан только стеноз или только недостаточность
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация тяжести данной патологии
Э	-	<p>Скорость кровотока, м/с:</p> <p>1. мягкий - менее 3,0</p> <p>2. умеренный - 3,0–4,0</p> <p>3. тяжелый - более 4,0</p> <p>Средний градиент, мм рт. ст.</p> <p>1. мягкий - менее 25</p> <p>2. умеренный - 25–40</p> <p>3. тяжелый - более 40</p> <p>Площадь отверстия, 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	-	Перечислен все параметры кроме одного
P0	-	Не указаны два и более параметров
В	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 коронарография
P2	-	Метод указан верно

P1		Не сказано о селективности коронарографии
P0	-	Метод указан неверно
B	5	Основные осложнения в в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Недостаточны знания по коморбидным состояниям
H	-	023
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 54 года, предъявляет жалобы отёчность, тяжесть, ноющую боль в левой нижней конечности, в области язвенного дефекта левой стопы, к вечеру и после физической нагрузки.</p> <p>Из анамнеза: страдает варикозной болезнью в течение многих лет (после первых родов). В течении последних 6 месяцев беспокоят тяжесть и отёчность левой нижней конечности к вечеру и после физической нагрузки, появился язвенный дефект на левой стопе. Лечилась самостоятельно (троксерутиновая мазь) без значительного эффекта.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 ударов в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Status localis: по ходу большой подкожной вены слева отмечаются варикозно измененные притоки большой подкожной вены, мягкие, безболезненные при пальпации. Левая нижняя конечность отёчна, тёплая на ощупь, в нижней трети левой голени отмечается выраженный липодерматосклероз. На передней поверхности левой стопы имеется язвенный дефект 1*1 см, дно язвы выполнено фибрином, без отделяемого. Периферическая пульсация сохранена.</p> <p>Выполнено УЗДГ и ДС вен нижних конечностей: выявлено варикозная трансформация притоков БПВ слева, ствол БПВ расширен. При проведении пробы с натуживанием ретроградный кровоток определяется. Несостоятельность перфорантов на голени слева.</p> <p>В анализах: Нб 120 г/л, Эр-4,02 x 10¹²/л, Ле-10,4 x 10⁹/л, Тр-220 x 10⁹ /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л,</p>

		<p>глюкоза 5,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер>500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Варикозная болезнь вен нижних конечностей, стадия декомпенсации, с трофическими нарушениями
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикозной болезни
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз варикозной болезни.
Э	-	<p>Основным методом диагностики служит компрессионное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Метод позволяет оценить состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба (окклюзивный, пристеночный, флотирующий), его дистальную и проксимальную границы, проходимость глубоких и перфорантных вен и даже ориентировочно судить о давности процесса.</p> <p>В стандартный объем ультразвукового ангиосканирования обязательно должно входить исследование подкожных и глубоких вен не только пораженной тромбофлебитом, но и контралатеральной конечности для исключения симультанного их поражения, часто протекающего бессимптомно. Глубокое венозное русло обеих нижних конечностей осматривают на всем протяжении, начиная от дистальных отделов голени до уровня паховой связки, а если не препятствует кишечный газ, то исследуют сосуды илиокавального сегмента.</p>
P2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена ультразвуковая семиотика флотирующего тромба
P0	-	Данный метод не указан
В	3	Показания к операции при данной патологии
Э	-	<p>выраженном варикозном расширении поверхностных вен с поражением стволов большой или малой подкожных вен; при недостаточности коммуникантных вен и клапанной несостоятельности глубоких вен бедра и голени с явлениями хронической венозной недостаточности; осложнениях варикозной болезни (тромбофлебит, кровотечение).</p>
P2	-	Показания к операции указаны верно
P1	-	Отражены не все критерии для операции.
P0	-	Показания не даны.
В	4	Назовите обязательные этапы хирургической операции при ВБВНК.

Э	-	1. приустьевая перевязка и пересечение большой и/или малой подкожных вен со всеми притоками; 2. пересечение недостаточных перфорантных вен (прямым или эндоскопическим способом). Абсолютным показанием к эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен являются обширные трофические нарушения кожи. 3. удаление стволов подкожных вен с учетом протяженности их клапанной недостаточности и варикозной трансформации.
P2	-	Все этапы указаны в полном объеме
P1	-	Не указан один из этапов
P0	-	Не указаны два и более этапов
В	5	Назовите современные методы лечения варикозной болезни
Э	-	1. Склеротерапия. 2. Лазерное лечение 3. Радиочастотная абляция вен нижних конечностей 4. Микрофлебэктомия
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	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, иррадиирующей в правое подреберье, усиливающиеся при приеме пищи, метеоризм. Из анамнеза: боли в эпигастральной области беспокоят в течении 6 месяцев, обращался в поликлинику по месту жительства, где получал консервативную терапию антацидами, без эффекта. В течение последних нескольких дней отмечает нарастание болевого синдрома. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, незначительно вздут за счёт метеоризма. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Выполнено УЗДГ аорты и висцеральных артерий: выявлено экстравазальная компрессия чревного ствола медиальной ножки дугообразной связки, со стенозом около 80%. В анализах: Hb 120 г/л, Эр-4,02 x 10 ¹² /л, Le-10,4 x 10 ⁹ /л, Тр-220 x

		109 /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочеви́на 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер>500 мкг/л, МНО – 1,0 ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Атеросклеротический стеноз чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикозной болезни
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> • чревную (болеую); • проксимальную брыжеечную — проксимальная энтеропатия (дисфункция тонкой кишки); • дистальную брыжеечную — терминальная колопатия (дисфункция преимущественно левой половины толстой кишки); • смешанную.
Р2	-	Все формы указаны верно
Р1	-	Названо менее 3 форм
Р0	-	Фомы не названы
В	3	Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
Э	-	<p>Классификация А. В. Покровского:</p> <p>1. Доклиническая, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения или же о нерезком стенозировании магистральных артерий.</p> <p>2. Стадия субкомпенсации – начало клинических проявлений окклюзирующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии довольно неопределенная: чувство тяжести в эпигастрии, вздутие живота, чувство переедания после приема небольшого количества пищи и др.</p> <p>3. Стадия декомпенсации - клиническая картина ХИОП становится более отчетливой - появляется типичная триада симптомов: боли в животе после приема пищи, нарушение абсорбционной и моторной функций кишечника, прогрессирующее похудание.</p>
Р2	-	Стадии указаны верно и раскрыто их значение
Р1	-	Стадии указаны верно, но без описания
Р0	-	Стадии не указаны.

В	4	Назовите возможные причины экстравазального поражения висцеральных артерий.
Э	-	Сдавление серповидной связкой. Левой ножкой диафрагмы. Правой ножкой. Медиальной ножкой. Элементами солнечного сплетения.
P2	-	Все причины указаны верно
P1	-	Не указана 1 из причин
P0	-	Не указаны две и более причины
В	5	Назовите возможные хирургические вмешательства при экстравазальном поражении висцеральных артерий брюшной аорты.
Э	-	Различают три вида таких операций: срединная лигаментотомия и круротомия, десоляризация и ликвидация различных приобретенных компрессионных факторов.
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	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 64 года, предъявляет жалобы на боли левой верхней конечности, усиливающиеся при подъеме конечности вверх, зябкость в левой руке, онемение кончиков пальцев, головокружения, приступы потемнения в глазах, обморочные состояния.</p> <p>Из анамнеза: зябкость, ноющие боли при подъеме левой руки вверх, беспокоят более 3 лет, в течении года появились приступы головокружения, потери сознания, усилились боли в левой верхней конечности</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в мин., АД – на правой руке 160/90 мм рт ст., на левой 110/60 мм рт/ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>St. localis: На правой верхней конечности пульсация артерий определяется на всех уровнях. На левой верхней конечности в подмышечной ямке не определяется. Левая верхняя конечность</p>

		<p>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 позвоночной артерии.</p> <p>В анализах: Нв 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.билирубин 24,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 9,6 ммоль/л</p> <p>Коагулограмма: АЧТВ – 30 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер>500 мкг/л, МНО – 1,1</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 70 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Атеросклеротическая окклюзия левой подключичной артерии. Стил синдром.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбофлебит является следствием варикозной болезни
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите стадии ишемии верхней конечности.
Э	-	<p>I—стадия компенсации кровообращения, или стадия начальных проявлений окклюзионного заболевания (зябкость, парестезии, повышенная чувствительность к холоду с вазомоторными реакциями).</p> <p>II—стадия относительной компенсации, или стадия недостаточности кровообращения при функциональной нагрузке верхних конечностей (преходящие симптомы—похолодание, онемение, чувство быстрой усталости и утомляемости в пальцах и кисти, мышцах предплечья либо развитие на фоне функциональной нагрузки преходящих симптомов вертебробазилярной недостаточности).</p> <p>III—стадия недостаточности кровообращения в верхней конечности в состоянии покоя (постоянное похолодание, боли, онемение пальцев кисти, атрофия мышц плечевого пояса, предплечья, снижение мышечной силы, потеря возможности выполнения тонких движений пальцами рук— чувство неловкости в пальцах).</p> <p>IV—стадия язвенно-некротических изменений в верхних конечностях (отечность, синюшность пальцев рук, болезненные трещины, участки некрозов в области ногтевых фаланг, гангрена пальцев).</p>
P2	-	Характеристика стадий дана в полном объеме
P1	-	Характеристика стадий дана не в полном объеме
P0	-	Стадии не приведены.
В	3	Проведите дифференциальную диагностику атеросклеротического поражения подключичной артерии.

Э	-	Нейроваскулярный синдром. Болезнь Рэйно
P2	-	Приведено 2 и более заболеваний.
P1	-	Приведено 1 заболевание.
P0	-	Не приведено примеров.
В	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 верхней конечности.
Э	-	1. Имплантация ПкА в общую сонную артерию. 2. Сонно-подключичное шунтирование. 3. Подключично-подключичное перекрестное шунтирование. 4. Стентирование.
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	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, иррадиирующей в правое подреберье, усиливающиеся при приеме пищи, метеоризм. Из анамнеза: боли в эпигастральной области беспокоят в течении 6 месяцев, обращался в поликлинику по месту жительства, где получал консервативную терапию антацидами, без эффекта. В течение последних нескольких дней отмечает нарастание болевого синдрома. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, незначительно вздут за счёт метеоризма. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

		<p>Выполнено УЗИ аорты и висцеральных артерий: выявлено атеросклеротический стеноз чревного ствола до 85%, с переходом на устье верхней брыжеечной артерии, стеноз 62%.</p> <p>В анализах: Нв 120 г/л, Эр-4,02 x 10¹²/л, Le-10,4 x 10⁹/л, Тр-220 x 10⁹ /л, СОЭ- 25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевины 7,5 ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л</p> <p>Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер>500 мкг/л, МНО – 1,0</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Атеросклеротический стеноз чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано, что тромбоз является следствием варикозной болезни
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите формы хронической абдоминальной ишемии исходя из клинической картины.
Э	-	<p>чревную (болеву);</p> <p>проксимальную брыжеечную — проксимальная энтеропатия (дисфункция тонкой кишки);</p> <p>дистальную брыжеечную — терминальная колопатия (дисфункция преимущественно левой половины толстой кишки);</p> <p>смешанную.</p>
Р2	-	Все формы указаны верно
Р1	-	Названо менее 3 форм
Р0	-	Формы не названы
В	3	Назовите стадии хронической абдоминальной ишемии.
Э	-	<p>Классификация А. В. Покровского:</p> <p>1. Доклиническая, или стадия компенсации, - свидетельствует о сохранности компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения или же о нерезком стенозировании магистральных артерий.</p> <p>2. Стадия субкомпенсации - начало клинических проявлений окклюзирующих поражений висцеральных ветвей, симптомы появляются лишь при функциональной нагрузке на органы пищеварения. Клиническая картина в этой стадии довольно неопределенная: чувство тяжести в эпигастрии, вздутие живота, чувство переедания после приема небольшого количества пищи и др.</p> <p>3. Стадия декомпенсации - клиническая картина ХИОП становится более отчетливой - появляется типичная триада симптомов: боли в животе после приема пищи, нарушение абсорбционной и моторной функций кишечника, прогрессирующее похудание.</p>
Р2	-	Стадии указаны верно и раскрыто их значение

P1	-	Стадии указаны верно, но без описания
P0	-	Стадии не указаны.
B	4	Назовите возможные хирургические вмешательства при атеросклеротическом поражении висцеральных артерий брюшной аорты.
Э	-	1) восстановление антеградного кровотока путем тромбэндартерэктомии, резекции артерии с реимплантацией в аорту или протезирования артерии аутотрансплантатом или синтетическим протезом; 2) создание шунтирующих путей притока; 3) операция переключения (аортовисцеральные и артериовисцеральные анастомозы). 4) Стентирование чревного ствола.
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
B	5	Назовите методы медикаментозного лечения хронической ишемии органов пищеварения.
Э	-	1. Коррекцию нарушений функции желудочно-кишечного тракта. В зависимости от преобладающей клиники поражения (хронический атрофический гастрит, холецистопанкреатит, энтероколит) показаны: а) препараты, нормализующие моторную функцию (церукал, активированный уголь и т.д.); б) заместительная ферментная терапия (панзинорм, фестал и т.д.); в) препараты, улучшающие функцию печени и дренажную функцию желчевыводящих путей (эссенциале, ЛИВ-52, аллохол и т.д.); г) терапия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки; д) диетолечение; е) лечение железодефицитной анемии. 2. Адекватное обезболивание (ненаркотические анальгетики): а) обязательно спазмолитическая терапия (но-шпа, нитроглицерин и т.д.). 3. Противовоспалительное лечение (бруфен, индометацин и т.д.) и седативные препараты при компрессионных стенозах. 4. Коррекция нарушений микроциркуляции (курантил, трентал, аспирин, ксантинола никотинат, реополиглюкин в/в и т.д.).
P2	-	Названы все виды консервативной терапии.
P1	-	Допущены погрешности в описании терапии
P0	-	Консервативная терапия не дана.
H	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 59 лет, обратился к врачу с жалобами на нестабильное АД (колебания от 140/85 до 185/115 мм рт.ст.) в течение полугода, на постоянные головные боли, головокружения, дискоординация движений, снижение памяти, снижение внимания, сосредоточенности, слабость.</p> <p>Из анамнеза известно, что последние 6 месяцев отмечает приступы головокружения, головные боли, свистящий шум в голове. Эпизодов ОНМК не отмечает. По данным ДС БЦА: выявлено атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий. Справа –стеноз на бифуркации ОСА 40-45%, стеноз ВСА в устье 50-55%. Слева –стеноз на бифуркации ОСА 30-40%, стеноз ВСА 30-35%</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. В мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>При аускультации сонных артерий справа выслушивается слабый систолический шум. Очаговой неврологической симптоматики нет. Менингеальных симптомов нет</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Облитерирующий атеросклероз. Атеросклеротический стеноз ВСА справа. СМН III ст. Артериальная гипертония III стадии, III степени, риск ССО 4.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация сосудистой недостаточности мозгового кровообращения
Э	-	<p>I степень – асимптомное течение (отсутствие при- знаков ишемии мозга) на фоне доказанного клинически значимого поражения сосудов головного мозга.</p> <p>II степень – преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) или транзиторные ишемические атаки (ТИА), то есть возникновение очагового неврологического дефицита с полным регрессом неврологической симптоматики в срок до 24 ч.</p> <p>III степень – так называемое хроническое течение СМН (дисциркуляторная энцефалопатия), то есть присутствие общемозговой неврологической симптоматики или хронической вертебробазиллярной недостаточности без перенесенного очагового дефицита в анамнезе.</p> <p>IV степень – перенесенный завершённый или полный инсульт, то есть существование очаговой неврологической симптоматики в течение 24 ч и более.</p>

P2	-	Классификация названа верно.
P1	-	Классификация названа неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Классификация названа неверно.
B	3	Инструментальный метод диагностики атеросклеротических поражений сонных артерий.
Э	-	Дуплексное сканирование артерий – заключается в сочетании УЗИ с доплерографией и цветным окрашиванием кровотока Ангиография – Изображение просвета артерии получают с помощью контрастного вещества. Мультиспиральная компьютерная томография
P2	-	Методы инструментального обследования перечислены верно.
P1	-	Методы инструментального обследования перечислены верно, однако нет обоснования одного из методов
P0	-	Методы инструментального обследования перечислены полностью неверно.
B	4	Методы хирургического лечения стенозов сонных артерий
Э	-	Каротидная эндартерэктомия (выполняется под общим наркозом или местной анестезией с внутривенной седацией. Хирург производит разрез на шее в проекции стенозированной сонной артерии, удаляет атеросклеротическую бляшку, сшивает сосуд, затем накладывает швы на кожу. Приток к мозгу восстанавливается. Каротидная ангиопластика и стентирование: как правило, выполняется без общей анестезии, но с использованием седации. Баллонный катетер вводится в кровеносный сосуд и под контролем ангиографа направляется в место стеноза сонной артерии, далее баллон раздувается в течение нескольких секунд, чтобы расширить артерию. При применении стентирования вместо баллона на суженном участке размещается стент, который будет постоянно поддерживать стенки артерий, просвет сосуда остается 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 перед началом приема. Отказ от курения Антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота или клопидогрел) или антикоагулянты по показаниям

		ДС БЦА через 6 месяцев
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	028
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 34 лет, предъявляет жалобы на частое повышение АД до 150/100, головные боли, головокружения, непостоянные тянущие боли в правых отделах живота.</p> <p>Из анамнеза: Считает себя больной около 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: Правая почка расположена на уровне Th12-L3 позвонков, размером 57,9x56,0x110,0 мм. Контуры четкие, ровные. Паренхима гомогенная, обычной плотности, чашечный аппарат не изменен. Лоханка не расширена. В режиме ангиографии в воротах почки в области бифуркации правой почечной артерии определяется аневризматическое расширение сосудистой стенки мешотчатой формы, размером 16,0x18,0x16,2 мм. Мочеточник прослеживается на всем протяжении, без признаков деформации. Левая почка расположена на уровне Th12-L3 позвонков, размером 56,4x56,3x105,9 мм. Контуры четкие, ровные, паренхима однородная, обычной плотности. Лоханка не расширена. Мочеточник прослеживается на всем протяжении.</p> <p>При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 74 уд/ мин. АД –130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный во всех отделах, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правом мезогастрii, в проекции почки. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии.</p> <p>Status localis: На сонных артериях и в проекции брюшного отдела аорты – без шумовой симптоматики. На магистральных сосудах</p>

		<p>пульсация определяется в полном объеме.</p> <p>В анализах: Нб-138 г/л, Эр-4,2 x 1012/л, Ле-8,2 x 109/л, Тр-226 x 109 /л, СОЭ- 14 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, , АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, , креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 81,1 мл/мин/1,73м2</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 74 в мин. Диффузные нарушения реполяризации. Нарушения внутрижелудочковой проводимости.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Аневризма правой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. Хроническая болезнь почек 2 ст.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз аневризмы правой почечной артерии.
Э	-	<p>МСКТ брюшной аорты с внутривенным контрастированием. Данный метод (неинвазивный) считается «золотым стандартом» верификации данной патологии. Позволяет визуально определить характер, локализацию и протяженность патологических изменений в почечных артериях, оценить степень их выраженности и гемодинамическую значимость.</p> <p>Аневризмы почечных артерий обычно локализуются в воротах почки с нередким вовлечением основных ее ветвей. Истинные размеры аневризматического мешка могут не соответствовать таковым на ангио-граммах из-за его тромбирования. Характерными признаками этой патологии являются замедленная эвакуация контрастного вещества из аневризмы, наличие кальцификатов в ее стенке. Эксцентрическое скопление контрастного вещества в виде "висячей капли" характерно для ложной аневризмы почечной артерии. Типичная ангиографическая картина при аневризмах почечных артерий при фибромышечной дисплазии имеет вид "нитки бус" или четок.</p>
Р2	-	Характеристика метода дана в полном объеме
Р1	-	Недостаточно отражена рентгенологическая семиотика аневризм почечных артерий
Р0	-	Данный метод не указан
В	3	Приведите классификацию аневризм почечных артерий
Э	-	<p>I. По локализации:</p> <p>— устьевые; стволые; бифуркационные; ветвей I и II порядков; внутриорганные; тотальные (распространяющиеся на ствол и ветви почечных артерий).</p> <p>II. По форме: мешковидные; веретенообразные; диффузные; расслаивающие.</p> <p>III. По распространенности и сочетании с другой патологией почечных артерий: одиночные; множественные; двусторонние;— сочетанные.</p> <p>IV. По этиологии: врожденные; дегенеративные (фиброзно-мышечная дисплазия, болезнь Эрдгейма и др.)</p>

		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 пунктов классификации
B	4	Показания и основные виды операций при данной патологии
Э	-	Наличие аневризмы почечной артерии во всех случаях является показанием к операции. 1) Аневризморрафия со швом или наложением заплаты, основным условием выполнения операции является возможность боковой пластики стенки артерии. 2) При расположении аневризмы в проксимальном отделе почечной артерии целесообразно выполнение реимплантации артерии в аорту выше или ниже естественного устья. 3) При невозможности выполнения реимплантации, предпочтение отдается аортопочечному или подвздошно-почечному шунтированию аутовенозным трансплантатом или синтетическим протезом. 4) Показаниями к нефрэктомии служат внутрпочечные аневризмы, являющиеся особенно трудными и спорными для хирургического лечения. В целом показанием к первичной нефрэктомии при АПА является нефроангиосклероз, основные признаки которого — полное отсутствие функции почки по данным радиоизотопных методов, уплотнение почечной ткани и уменьшение размеров почки менее 8 см между полюсами по данным ультразвуковых методов.
P2	-	Показания и основные виды операций указаны верно
P1	-	Не указан один из видов оперативного вмешательства
P0	-	Не указаны два и более видов оперативного вмешательства
B	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение, тромбоз протеза
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Осложнения не указаны
H	-	029
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 48 лет, поступил в стационар с жалобами на частые

		<p>головные боли, слабость, перемежающаяся хромота правой нижней конечности при ходьбе более чем на 300 метров, судороги в мышцах голени справа.</p> <p>Из анамнеза: Болен в течение последних полутора лет, когда у него было определено стойкое высокое артериальное давление. Лекарственная терапия – без эффекта. Артериальное давление достигало 200/130 мм рт.ст. Произведена аортография по Сельдингеру, обнаружено склеротическое сужение левой главной почечной артерии, калибр почечной артерии в месте сужения 3 мм. Размер левой почки 11см, правой почки 12,5 см. На нефрограмме контрастирование левой почки по времени отстает от контрастирования правой почки. По данным ангиографии и УЗДГ артерий нижних конечностей – стеноз подколенной артерии справа 50%, кровоток компенсирован.</p> <p>При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 74 уд/ мин. АД –130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии.</p> <p>Status localis: На сонных артериях и в проекции брюшного отдела аорты – без шумовой симптоматики. В проекции левой почечной артерии – систолический 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 мм/ч. Общий билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевины 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 78,3 мл/мин/1,73м²</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 76 в мин. Диффузные нарушения реполяризации. Нарушения внутрижелудочковой проводимости.</p>
В	1	Сформулируйте 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 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). Поражение среднего и дистального участков артерии наблюдается редко. Коллатеральная сеть сосудов обычно не развита. Характерной

		особенностью атеросклероза является частое сочетанное поражение почечных артерий и других сосудистых бассейнов (коронарные, брахиоцефальные артерии, аорта и артерии нижних конечностей). Изолированные поражения почечных артерий встречаются лишь у трети больных.
P2	-	Ангиографическая картина описана в полном объеме
P1	-	Недостаточно отражена рентгенологическая семиотика атеросклеротического стеноза почечной артерии
P0	-	Ангиографическая картина не описана
B	3	Опишите патогенез вазоренальной гипертензии
Э	-	До настоящего времени некоторые вопросы патогенеза вазоренальной гипертензии, включающие сложный комплекс гуморальных нейрогенных, 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 юктагломерулярный аппарат ишемизированной почки секретирует повышенное количество протеолитического фермента ренина, который и является пусковым фактором развития гипертензии. В крови ренин соединяется с гипертензиногеном, образуя прессорный амин 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 кровотоку, увеличивая работу сердца, что проявляется повышением артериального давления. Кроме того, под влиянием ангиотензина-2 на надпочечники происходит гиперсекреция минералокортикоидного гормона альдостерона, изменяющего фильтрационную функцию почек. Происходят задержка натрия в организме и повышение объема внеклеточной жидкости, изменение реакции сосудов на действие катехоламинов, отек сосудистой стенки, усиление вазоконстрикции и рост гипертензии. Одновременно снижается антигипертензивная (депрессорная) функция почек, осуществляемая посредством простагландинов и кининов. Наибольшее снижение депрессорной функции почек происходит при длительном течении болезни и паренхиматозных изменениях в почках.
P2	-	Патогенез приведен правильно
P1	-	Патогенез приведен не полностью
P0	-	Патогенез не представлен
B	4	Опишите характерные жалобы пациентов при атеросклеротическом стенозе почечной артерии
Э	-	Субъективные проявления вазоренальной гипертензии не являются специфичными 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, мелькание "мушек" перед глазами, плохой

		сон, снижение умственной работоспособности; жалобы, связанные с повышенной нагрузкой на сердце, — боли и неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, одышка; жалобы, обусловленные поражением самих почек, — тупые боли, чувство тяжести в поясничной области, при инфаркте почки — гематурия; жалобы, связанные с поражением и ишемией в других артериальных бассейнах, — боли и перемежающаяся хромота в нижних конечностях, боли и слабость в верхних конечностях, проявления каротидной и вертебробазилярной недостаточности и пр. Эта группа жалоб имеет важное значение, 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
B	5	Укажите показания и противопоказания к стентированию почечных артерий
Э	-	Показания: гемодинамически значимое сужение (стеноз) почечной артерии в сочетании со злокачественной, прогрессирующей, резистентной к консервативной терапии артериальной гипертензии, либо в случае непереносимости базисных 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 рецидивирующей сердечной недостаточностью при сохранной функции левого желудочка или внезапным (необъяснимым другими причинами) отеком легких, а также с резистентной к стандартной терапии нестабильной стенокардией. гемодинамически значимый стеноз в сочетании с внезапно наступившей тяжелой артериальной гипертензией или увеличение степени тяжести артериальной гипертензии. Противопоказания: тяжелые анафилактические реакции на рентгеноконтрастные препараты. некорректируемые коагулопатии. злокачественные новообразования; активный инфекционный процесс в области доступа; группа противопоказаний, связанных с невозможностью рентгеноконтрастных исследований.
P2	-	Перечислены основные показания и противопоказания.
P1	-	Показания и противопоказания указаны не полностью
P0	-	Показания и противопоказания не указаны
H	-	030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления

		диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
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.</p> <p>Из анамнеза: Считает себя больной в течение 9 лет, когда впервые отметила повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. Не обследовалась, не лечилась. 5 лет назад с явлениями гипертонического криза была госпитализирована, при обследовании, включая МСКТ сосудов почек, выявлено локальное сужение контрастируемого просвета правой почечной артерии и гипоплазия правой почки. При аортоартериографии, выявлено уменьшение правой почки в размерах. В среднем сегменте правой почечной артерии определяется извитость хода с сужением просвета 3 степени.</p> <p>При осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 80 уд/ мин. АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отправления в норме. Костно-мышечная система без видимой патологии.</p> <p>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.</p> <p>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 билирубин 15,4 мкмоль/л, АлТ 22,3 Ед/л; АсТ 20,6 Ед/л; мочевина 5,0 ммоль/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, СКФ – 81,1 мл/мин/1,73м²</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС – 74 в мин.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Фибромускулярная гиперплазия правой почечной артерии. Гипоплазия правой почки. Вазоренальная гипертензия, ст. декомпенсации. ХПН I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: пропущена одна из нозологий
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Опишите характерную для данной патологии ангиографическую картину
Э	-	При фибромускулярной дисплазии патологический процесс в почечной артерии чаще локализуется в средней, реже — в

		дистальной ее трети, нередко распространяясь на зону деления сосуда и его ветви. Форма стеноза может быть различной: чаще всего это мультифокальное поражение, когда множественные локальные сужения чередуются с микроаневризматическими расширениями артерии ("нитка бус"), реже встречаются тубулярные (концентрическое сужение артерии в пределах 1—2 сегментов) и монофокальные (по типу "песочных часов") стенозы почечных артерий. Коллатеральное кровообращение почки обычно хорошо развито. У больных с фибромускулярной 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	-	Ангиографическая картина не описана
B	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 эластического каркаса. Дефицит эластической ткани является пусковым моментом в развитии заболевания. В последующем наступает компенсаторная гипертрофия мышечной и пролиферация фиброзной ткани, что сопровождается диспластическими процессами с поражением одного из слоев артериальной стенки, 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.
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 циркулярным поражением почечной артерии является баллонная ангиопластика. Диаметр рабочей части дилатационного катетера подбирается в зависимости от диаметра непораженной части почечной артерии и должен превышать ее на 10 %, но не более чем на 15 % из-за опасности разрыва стенки сосуда. Главным принципом баллонной дилатации является ее многократное выполнение с постепенно нарастающей амплитудой и величиной дилатирующего усилия.
P2	-	Показания и основные принципы операции указаны верно
P1	-	Показания и основные принципы операции указаны не полностью
P0	-	Показания и основные принципы операции не указаны

В	5	Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде
Э	-	Кардиальные события, острая почечная недостаточность, кровотечение
P2	-	Перечислены основные осложнения
P1	-	Не указано одно из осложнения.
P0	-	Осложнения не указаны
Н	-	031
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент К., 57 лет жалуется на умеренную одышку при легкой физической нагрузке, на чувство дискомфорта в области сердца, отечность нижних конечностей, снижение работоспособности, общую слабость, нестабильность АД с повышением до 160/110 мм рт.ст., головные боли.</p> <p>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 последующем больной нигде не наблюдался. Ухудшение состояния, в виде появления одышки, дискомфорта в области сердца с 2016г., по поводу чего находился на лечении ЦРБ г. Заволжья. В процессе дообследования, по данным ЭхоКГ был диагностирован порок аортального клапана.</p> <p>Объективный статус: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 12 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 78 в минуту. На всей области сердца выслушивается грубый систолический шум с эпицентром над аортой с иррадиацией на сосуды шеи. АД 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Данные обследования: ЭКГ от 11.04.17г.: ритм синусовый с ЧСС 104 уд/мин, гипертрофия левого предсердия, 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 (ложная контрактура) кальциноз створок. Расширение восходящего отдела</p>

		аорты, аорта до 62 мм, на уровне сино-тубулярного гребня – 46 мм. Митральный клапан: плохая визуализация, пролабирование задней створки, регургитация II степени. Трикуспидальный клапан: регургитация I степени. СКГ от 12.04.17: тип кровотока – правый. Левая коронарная артерия без гемодинамически значимых сужений. Правая коронарная артерия – без гемодинамически значимых сужений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ВПС. Двустворчатый аортальный клапан. Комбинированный аортальный порок. Аневризма восходящего отдела аорты. Недостаточность митрального клапана II ст. Недостаточность трикуспидального клапана I ст. НК ПА (НУНА II)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень недостаточности митрального, трикуспидального клапанов, неверно оценена стадия нарушения кровообращения.
P0	-	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 топике поражения, для выявления анатомии коронарных артерий, протяженности аневризматического процесса.
P2	-	Метод определен верно и обоснован
P1	-	Метод определен, но неполностью обоснован
P0	-	Метод не назван
В	3	Классификация аневризм аорты
Э	-	по локализации: а) грудного отдела: синуса Вальсальвы (А), восходящей части (В), дуги (С), нисходящей части (О), грудной и брюшной частей (Е), комбинированные аневризмы; б) брюшного отдела: супраренальные — аневризмы верхнего отдела брюшной аорты с вовлечением отходящих от нее ветвей (I тип), инфраренальные — без вовлечения бифуркации аорты (II тип), инфраренальные — с поражением бифуркации аорты и подвздошных артерий (III тип), тотальные аневризмы (IV тип); по этиологии: а) приобретенные: невоспалительные (атеросклеротические, травматические); воспалительные (сифилитические, микотические) идиопатические; б) врожденные; по форме: а) мешотчатые – представляют собой локальное выпячивание стенки, занимающее не более половины диаметра аорты. Мешотчатые аневризмы брюшного отдела аорты подразделяются на боковые, распространяющиеся на подвздошные артерии (мешотчатые аортоподвздошные аневризмы) и аневризмы, спускающиеся в малый таз (аневризмы типа лягушки); б) веретенообразные — образуются вследствие равномерного расширения стенки аорты по всей или большей части окружности ее определенного сегмента;

		по строению аневризматического мешка: а) истинные аневризмы имеют строение, идентичное строению стенки аорты; б) ложные — стенка аневризмы образована рубцовой тканью; по характеру клинического течения: бессимптомные, типичные, неосложненные, осложненные (разрывом, расслоением, тромбозом, обызвествлением)
P2	-	Дана полная классификация аневризм аорты.
P1	-	Классификация дана неполностью
P0	-	Не названы основные пункты классификации
B	4	Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения аневризмы аорты
Э	-	разрывы (прорыв в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы – обильное, угрожающее жизни кровотечение и образование сгустков (гематом); тромбозы аневризматического мешочка – образование в нем одного или нескольких (иногда слившихся в один) сгустков из-за накапливающейся крови; тромбоэмболии артерий на периферии из-за отрыва тромбов, «родившихся» в аневризматическом выпячивании; инфицирование полости аневризмы, как следствие – абсцедирование (гноеобразование).
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 Бенталла Де Боно, пластика митрального и трикуспидального клапанов
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Предложены менее радикальные коррекции: отдельное протезирование аортального клапана и восходящей аорты (редуцирующая аортопластика)
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	032
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент П., 44 года поступил в отделение экстренно с жалобами на острую боль за грудиной, одышку, головокружение, сердцебиение. Болен около 8 часов, когда после подъема тяжести (поднимал диван на 4 этаж) резко возникла острая боль за грудиной, одышка, головокружение, потемнение в глазах,

		<p>слабость. Вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в ЦРБ, где на фоне лечения достигнуто некоторое улучшение. Выполнено ЭХО-КГ: выявлено расширение восходящей аорты (с ундулирующей 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 некоронарного синуса. Объективно: кожные покровы бледные,</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается диастолический шум во 2-ом межреберье справа. АД-80/50 мм рт ст. Дыхание везикулярное, несколько ослабленное. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациент переводится в специализированное отделение</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Расслаивающая аневризма восходящей аорты, II типа по Де Бейки, острое течение. НК ПА (НУНА II)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указана стадия процесса, тип расслоение по Де Бейки, неверно оценена стадия нарушения кровообращения.
P0	-	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 топике поражения, определения проксимальной границы расслоения, топике ложного и истинного просветов, для выявления анатомии коронарных артерий, протяженности аневризматического процесса, взаимоотношения различных структур средостения
P2	-	Метод определен верно и обоснован
P1	-	Метод определен, но неполностью обоснован
P0	-	Метод не назван
В	3	Классификация расслаивающих аневризм аорты (по ДеБейки и Stanford)
Э	-	<p>Согласно классификации ДеБейки, определяют 3 типа расслоения:</p> <p>I – надрыв интимы в восходящем сегменте аорты, расслоение распространяется до грудного и брюшного отделов;</p> <p>II – место надрыва и расслоение ограничено восходящим отделом аорты,</p> <p>III – надрыв интимы в нисходящей аорте, расслоение может распространяться до дистальных отделов брюшной аорты, иногда ретроградно на дугу и восходящую часть.</p> <p>Стэнфордская классификация выделяет расслаивающиеся аневризмы аорты типа А - с проксимальным расслоением, затрагивающим ее восходящий отдел, и типа В - с дистальным расслоением дуги и нисходящей части аорты.</p>

P2	-	Дана полная классификация аневризм аорты.
P1	-	Классификация дана неполностью
P0	-	Не названы основные пункты классификации
B	4	Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения аневризмы аорты
Э	-	разрывы (прорыв в ослабленном месте) утонченной стенки аневризматического мешочка; как следствие разрыва аневризмы – обильное, угрожающее жизни кровотечение и образование сгустков (гематом); тромбозы аневризматического мешочка – образование в нем одного или нескольких (иногда слившихся в один) сгустков из-за накапливающейся крови; тромбоэмболии артерий на периферии из-за отрыва тромбов, «родившихся» в аневризматическом выпячивании; инфицирование полости аневризмы, как следствие – абсцедирование (гноеобразование).
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 Бенталла Де Боно, отдельного протезирования аортального клапана и восходящей аорты
P0	-	Хирургическая тактика пациента выбрана неверно.
H	-	033
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 49 лет жалуется на наличие расширенных вен на ногах, боль, тяжесть, усталость, отечность ног. Болеет длительное время, когда после вторых родов стала отмечать указанные симптомы. По данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей отмечается несостоятельность остиального клапана с обеих сторон, ретроградный кровоток по стволу большой подкожной вены, варикозно расширенные притоки, несостоятельность перфорантов в нижней трети голени. Локально: на нижних конечностях отмечаются варикозно расширенные вены в бассейне большой и малой подкожных вен, трофических изменений нет. Пульсация артерий сохранена на всех уровнях.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Варикозная болезнь нижних конечностей, стадия декомпенсации. ХВН II ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не отражена степень венозной недостаточности
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация ХВН
Э	-	ХВН 0 – асимптомное течение ХВН 1 – синдром «тяжелых» ног, 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 сафено-фemorального/сафено-поплитеального соустья), ликвидирование горизонтального рефлюкса (перевязка основных перфорантов)
P2	-	Основные принципы указаны полностью
P1	-	Принципы указаны не полностью
P0	-	Основные принципы не отражены в ответе
В	4	Хирургическая тактика у данной пациентки
Э	-	Пациентке рекомендовано оперативное вмешательство: венэктомия по Троянову-Тренделенбургу-Бэбкокку-Нарату
P2	-	Тактика определена верно
P1	-	Предложен менее радикальный вид операции
P0	-	Предложен другой вид операции
В	5	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), некроз кожи (при трофических изменениях)
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Не указаны 1-2 осложнения
P0	-	Не указаны 3 и более осложнений
Н	-	034
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 69 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на наличие болезненного плотного образования в правой паховой области, перемежающаяся хромота правой нижней конечности при ходьбе более чем на 100 метров. Два года назад проводилась аортография по Сельдингеру. После выписки отмечает медленный рост образования в области послеоперационной раны. За медицинской помощью по этому поводу пациент не обращался. Причиной данного обращения пациента явилось появление болевого синдрома.</p> <p>Лабораторные данные при поступлении: Hb — 127 г/л, Eг — 3,09 x 10¹²/л, L — 6,7 x 10⁹/л, общий белок — 64г/л; креатинин — 64 μmol/l; калий — 0,6 mmol/l; натрий — 137 mmol/l, АСТ — 26 U/l, АЛТ — 2-2 U/l, ПТИ — 73%; АЧТВ — 32,5 с.</p> <p>При осмотре: правая нижняя конечность бледная, при пальпации прохладная, вены опустошены. В паховой области по передней поверхности бедра, в проекции бедренной артерии определяется плотное, болезненное, слабо пульсирующее образование диаметром 5 см, 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 до уровня стопы.</p> <p>Выполнена дистальная ангиография, по данным которой, справа, визуализируется полость 6 см в диаметре, ниже бифуркации общей бедренной артерии.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз
Э	-	Ложная аневризма бедренной артерии справа, I тип. Хроническая артериальная недостаточность правой нижней конечности IIб степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан тип аневризмы или степень хронической артериальной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	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 сканирование не позволяет визуализировать аневризму. При ангиографическом исследовании не всегда возможно оценить размеры аневризмы, так как контрастное вещество заполняет только свободный просвет. Эти два метода не исключают, а дополняют друг друга. В настоящее

		время в диагностике заболеваний периферических 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
B	3	Приведите классификацию ложных аневризм бедренной и подколенной артерии.
Э	-	Выделяют два типа аневризм бедренной артерии. При типе I аневризматическое расширение находится дистальнее бифуркации общей бедренной артерии, при типе II в процесс вовлечена глубокая артерия бедра. Аневризмы подколенной артерии в зависимости от их локализации делят на три типа: проксимальные, средние, дистальные. Для первого типа характерны большие размеры и локализация позади мышечков бедренной кости, для второго типа — распространение более проксимально и дистально от уровня суставной щели коленного сустава; 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 классификации
B	4	Назовите основные виды операций при данной патологии
Э	-	Существует пять основных принципов хирургического лечения аневризм бедренно-подколенной локализации: полное иссечение с последующим замещением сосудистого дефекта протезированием. Данный метод применим к аневризмам малого диаметра; перевязка приносящего и исходящего из аневризмы сегментов артерии с последующим обходным шунтированием; частичная резекция аневризматического мешка с внутримешковым протезированием; операция Матаса — облитерация просвета аневризматического мешка без восстановления магистрального кровотока по этому сегменту. Данный метод в настоящее время широкого применения не имеет; и его использование целесообразно только при поражении не магистральных артерий, а ветвей подколенной или бедренной артерии; поясничная симпатэктомия, выполняемая для улучшения коллатерального кровообращения. Применяется только при состоявшемся тромбозе аневризматического мешка. В последнее время стали широко использовать методы эндоваскулярного лечения аневризм подколенной артерии, заключающиеся в постановке стента внутри аневризматического мешка. Одним из вариантов подобного вмешательства является тромбирование аневризмы с последующим стентированием и проведением регионарного тромболиза.

P2	-	Основные виды операций указаны верно
P1	-	Не указан один из видов оперативного вмешательства
P0	-	Не указаны два и более видов оперативного вмешательства
B	5	Основные осложнения ложной аневризмы периферических артерий
Э	-	Разрыв периферической аневризмы, как правило, характеризуется 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 осложнения.
P0	-	Не указано два и более осложнения
H	-	035
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 66 лет, предъявляет жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, возникающие при умеренной физической нагрузке (подъем на 2 этаж), купирующиеся в покое, на приступы сердцебиения, на снижение толерантности к физической нагрузке.</p> <p>Гипертонический анамнез более 30 лет. Со слов больного 8 лет назад во время планового обследования по данным ЭКГ диагностирован признаки перенесенного ИМ. АД адаптирован к уровню АД135-140/80 мм рт ст. Ухудшение состояния в виде появления одышки, учащение загрудинных болей, дискомфорта в области сердца при физической нагрузке с августа 2012г. В январе 2015 пароксизм фибрилляции предсердий, ритм восстановлен ЭДС. В сентябре 2016г обследован в стационаре, включая СКГ</p> <p>При осмотре: состояние в покое удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гиперстеник. Питание повышенное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 72 в минуту. Аускультативно шумов в области сердца нет. АД 140/80 мм рт.ст. (на фоне терапии). Живот мягкий, безболезненный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по</p>

		<p>поясничной области отрицательный. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В анализах: Hb 140г/л; эритроц. 5,22x10¹²/л; СОЭ 20мм/ч; лейкоц. 8,0x10⁹/л. Тр-280 x 109 /л, СОЭ- 10 мм/ч. Cholest B -165 мг/дл; АЛАТ-15,7 Ед/л; АсАТ-24.1 Ед/л; билирубин общий -0,8 мг/дл; мочевины-29. мг/дл; глюкоза-84.4 мг/дл; общий белок-8,2 г/дл; креатинин 1,0 мг/дл.</p> <p>ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 60 в мин. А-В блокада 1 ст. Блокада ПНПГ. Q рубец по нижней стенке.</p> <p>ЭХО-КГ: ЛП 41/46мм; ПП 35/42мм; ЛЖ: КДР/КСР 69/35мм; ФВ 60%; КДО/КСО 134/70мл. МЖП 18мм; ЗСЛЖ 21мм; Восходящая аорта 36мм. Сократимость по контурам равномерная</p> <p>СКГ: ПТКК. ЛКА без патологии. ПКА: стеноз 2 степени проксимального сегмента. ЗБВ стеноз 3 ст. от устья с заполнением дистального сегмента через коллатерали от ЛКА. Заключение: ангиографические признаки двухсосудистого атеросклеротического поражения). Сбалансированный тип коронарного кровотока.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: ПИКС. Стенокардия напряжения 2 КФК. НК ПА II ФК. Переходящая фибрилляция предсердий. Артериальная гипертензия III, ст. III, риск 4.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены функциональный класс ИБС, и/или недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите не инвазивные методы обследования.
Э	-	Необходимо выполнение ЭКГ, Суточный мониторинг ЭКГ и АД. Ультразвуковое исследование сердца, селективная коронарография. УЗДГ с ДС брахиоцефальных артерий. УЗИ органов брюшной полости.
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью 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 пунктируется лучевая или бедренная артерия. Ретроградно катетеризируется восходящая аорта.

		Выполняется селективная коронарография по Джадкинсу. Коронарный проводник проводится через область сужения ПКА и ЗБВ. Проводятся баллонные катетеры. Выполняется баллонная дилатация участка сужения ЗБВ под давлением 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 стенозов коронарной артерии.
P2	-	Основные этапы указаны верно
P1	-	Неверно указано методы катетеризации артерий, последовательность стентирования ПКА и ЗБВ.
P0	-	Ответ неверный: указан другой доступ, вид анестезии.
B	5	Возможные специфические ранние послеоперационные осложнения
Э	-	Возможные осложнения в виде диссекции коронарных артерий, разрывы и возможно тампонада сердца, тромбоз стента, нарушения ритма сердца.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	036
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Б., 74 года, жалуется на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца.</p> <p>В анамнезе длительное время страдает артериальной гипертензией. За полгода до обращения начали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, общая слабость, головокружение, неоднократные эпизоды потери сознания, которые сопровождалась получением небольших травм (ссадины и ушибы). Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Тип конституции - гиперстеник. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 34 в минуту, ритм неправильный, АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий,</p>

		безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги. На ЭКГ: Полное разобщение предсердного и желудочкового ритма. Интервалы P-P и R-R постоянны, но R-R больше чем P-P. ЧСЖ – 38 в мин. Отклонение ЭОС влево.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Антриовентикулярная 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.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	ЭКГ, суточное ЭКГ мониторингирование.
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или не верно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод обоснован или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Имплантация искусственного водителя ритма.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложена консервативная терапия
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Классификация АВ-блокад с ЭКГ признаками
Э	-	<p>I степень – атриовентрикулярная проводимость через АВ-узел замедлена, однако все импульсы из предсердий достигают желудочков. Клинически не распознается; на ЭКГ интервал P-Q удлиннен > 0,20 секунд.</p> <p>II степень – неполная атриовентрикулярная блокада; не все предсердные импульсы достигают желудочков. На ЭКГ - периодическое выпадение желудочковых комплексов. Выделяют три типа АВ-блокады II степени по Мобитц:</p> <p>Тип I Мобитц – задержка каждого последующего импульса в АВ-узле приводит к полной задержке одного из них и выпадению желудочкового комплекса (период Самойлова – Венкебаха).</p> <p>Тип II Мобитц – критическая задержка импульса развивается внезапно, без предшествующего удлинения периода задержки. При этом отмечается отсутствие проведения каждого второго (2:1) или третьего (3:1) импульса.</p> <p>III степень - (полная атриовентрикулярная блокада) – полное прекращение прохождения импульсов от предсердий к желудочкам. Предсердия сокращаются под влиянием синусового узла, желудочки - в собственном ритме, реже 40 раз в мин., что недостаточно для обеспечения адекватного кровообращения.</p>
P2	-	Перечислены все степени АВ-блокад и их ЭКГ признаки

P1	-	Степени АВ-блокад и их ЭКГ-признаки перечислены неполностью.
P0	-	Ответ неверный: предложены неверная классификация
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Дислокация эндокардиальных электродов, повышение порога стимуляции, гематома в ложе ЭКС, пневмоторакс, перфорация миокарда правого желудочка.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	037
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М., 39 лет, с жалобами на одышку и дискомфорт жгущего и сжимающего характера, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 200 м, подъем на 2 этажа, поднятии тяжестей), купирующиеся покоем и приемом нитратов.</p> <p>Анамнез заболевания: Без предварительного коронарного анамнеза, впервые перенес острый передний 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, прогрессирование одышки и появление дискомфорта за грудиной. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции нормостеник, рост 164 см вес 65 кг. Пастозность голеней. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при пальпации. Отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 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%, 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: неполная блокада правой ножки пучка Гиса (увеличение времени внутреннего отклонения в отведении V1). Зубцы QS с невысоким подъемом сегмента ST в отведениях I, V2 – V6, патологический</p>

		зубец Q в отведении aVL, инверсия зубца T во всех этих отведениях, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: увеличены конечно-систолический и конечно-диастолический объемы левого желудочка – 173 и 220 мл, снижена фракция выброса до 38%, мешковидное выпячивание левого желудочка с пристеночным образованием и рыхлой консистенцией размера 23x38 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, тромбированная постинфарктная аневризма левого желудочка, стабильная стенокардия напряжения III КФК. НК ПА. Дислипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не установлен ПИКС или тромб в левом желудочке, не дана оценка степени стенокардии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
Э	-	Показана тромбэктомия из левого желудочка и его пластика собственными тканями по Кули или с применением заплат из синтетического или ксенобиологического материала и восстановлением геометрии ЛЖ. Дополнительно необходимо аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование ПМЖВ.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	3	К каким последствиям может привести отсутствие своевременного хирургического лечения.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся тромбоэмболические осложнения фрагментированными тромботическими массами из полости аневризмы, возможный разрыв аневризмы и тампонада полости перикарда.
P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые осложнения.
P0	-	Ответ неверный.
В	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 гистологического строения с коронарными артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшими показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.
P2	-	Выбор кондуита обоснован.
P1	-	Не приведено убедительных данных в пользу использования артериальных кондуитов.

P0	-	Ответ неверный.
B	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт, жизнеугрожающие аритмии.
P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые осложнения.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	038
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка О., 70 лет, обратилась к участковому терапевту поликлиники с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянно принимает бисопролол (10 мг/сут), Тромб АСС (100 мг/сут), Розувастатин (10 мг/сут), Престариум (5 мг/сут). При возникновении приступа стенокардии использует нитроминт. Аналогичный приступ возник около 5 часов утра, который купировался 2 дозами нитроминта через 20 мин. Через 3 часа приступ повторился и поэтому по поводу обратилась за медицинской помощью.</p> <p>В анамнезе - в течение 20 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца 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. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе 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.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,8 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 88 в минуту, отклонение ЭОС влево, депрессия сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V2-V5 до 4 мм. Гипертрофия левого желудочка.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Артериальная гипертензия III ст, 3 ст., риск 4. Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз не уточнен: состояние пациента расценено как инфаркт миокарда.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда – сердечные тропонины, креатининфосфокиназа МВ. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	-	Методы обоснованы полностью
P1	-	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.
P0	-	Методы обоснованы неверно.
В	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Строгий постельный режим, назначение ингаляции кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой синдром следует купировать введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат). 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 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 медикаментозной стимуляции атропином.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента.
Э	-	Тромболитическая терапия, селективная коронарография с тромбаспирацией и стентированием инфаркт-зависимой артерии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечислены все возможные варианты лечения.
P0	-	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 через 1,5 часа после тромболитизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	-	Перечислены основные препараты и критерии эффективности при проведении тромболитической терапии.
P1	-	Ответ указан неполностью.
P0	-	Ответ отсутствует.
Н	-	039
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка В., 67 лет, госпитализирована по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних пяти лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянно принимает атилол (50 мг/сут), аспирин (100 мг/сут), при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психоэмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила четыре ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 часов утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и женщина вызвала скорую помощь.</p> <p>В анамнезе - в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 84 в минуту. АД - 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. 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 - 10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,8 мг/дл.</p>

		На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 78 в минуту, отклонение ЭОС влево, выявляются изменения в виде глубоких отрицательных симметричных зубцов Т в отведениях V2-V5, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. Артериальная гипертония III ст, 3 ст., риск 4. Алиментарное ожирение. Дислипидемия. НК 2А
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз не уточнен: состояние пациента расценено как инфаркт миокарда.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда – креатининфосфокиназа, сердечные тропонины. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	-	Методы обоснованы полностью
P1	-	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.
P0	-	Методы обоснованы неверно.
В	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Строгий постельный режим, назначение ингаляции кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой синдром следует купировать введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат). 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 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 медикаментозной стимуляции атропином.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Какие варианты лечения возможны помимо консервативной тактики ведения данного пациента.
Э	-	Тромболитическая терапия, селективная коронарография с тромбаспирацией и стентированием инфаркт-зависимой артерии.
P2	-	Ответ верный.

P1	-	Не перечислены все возможные варианты лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные препараты и их дозировку при применении тромболитической терапии, а также 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 тромболитического и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	-	Перечислены основные препараты и критерии эффективности при проведении тромболитической терапии.
P1	-	Ответ указан неполностью.
P0	-	Ответ отсутствует.
H	-	040
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР - 3 часа.</p> <p>Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В последние 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать больного умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ - 31,9 кг/м². Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст.</p>

		<p>Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 15,2 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 35%, лейкоциты - 11,1 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 130 мг/дл, креатинин - 1,2 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл.</p> <p>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	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. Гипергликемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не уточнена локализация инфаркта миокарда, трансмуральность повреждения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Определение кардиоспецифических маркеров повреждения миокарда – креатининфосфокиназа, сердечные тропонины. Контроль гликемии для исключения нарушений углеводного обмена. Проведение селективной коронарографии для определения инфаркт-зависимой коронарной артерии.
P2	-	Методы обоснованы полностью
P1	-	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.
P0	-	Методы обоснованы неверно.
В	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Строгий постельный режим, назначение ингаляции кислорода и отказ от курения, прием аспирина (300 мг сублингвально). Болевой синдром следует купировать введением наркотических анальгетиков (морфина сульфат). Применение нитратов и бета-адренергических блокаторов 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 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 медикаментозной стимуляции атропином.
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 стентированием инфаркт-зависимой артерии.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не перечислены все возможные варианты лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные препараты и их дозировку при применении тромболитической терапии, а также 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 тромболитизиса и появлению реперфузионных нарушений ритма.
P2	-	Перечислены основные препараты и критерии эффективности при проведении тромболитической терапии.
P1	-	Ответ указан неполностью.
P0	-	Ответ отсутствует.
H	-	041
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент О., 53 лет, с жалобами на боли, дискомфорт давящего и сжимающего характера, возникающие при обычной физической нагрузке (ходьба более 150-300 м, подъем на 1,5-2 этажа, подъем в гору), а так же при эмоциональных нагрузках, купирующиеся приемом нитратов. На протяжении 5 лет отмечает повышение АД до 180/90 мм рт.ст. стал отмечать давящие и сжимающие загрудинные боли при нагрузках, эмоциональном стрессе. Перенес задний инфаркт миокарда 2 года назад. Ухудшение состояния в течение последнего года в виде прогрессирования вышеуказанных жалоб. За месяц до обращения госпитализирован с ОКС в первичный сосудистый центр, где выполнена СКГ – субтотальный стеноз передней межжелудочковой ветви в проксимальной трети ЛКА, стеноз 75% просвета огибающей артерии в среднем сегменте, окклюзия правой коронарной артерии на уровне средней трети, признаки трехсосудистого атеросклеротического поражения коронарных артерий.</p> <p>Также известно, что у пациента на протяжении 5 лет имеется сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации, требующий</p>

		<p>применения препаратов инсулина.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции гиперстеник, рост 168 см вес 92 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, сухие, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Периферических отеков нет. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при пальпации. Перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких. Аускультативно дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью легких, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Пульсация на a.dors.pedis. удовлетворительная d=s. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во 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.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин – 134 г/л, эритроциты -6,2 млн, гематокрит - 42%, 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 билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -300 мг/дл, триглицериды - 423 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 72 в минуту, отклонение ЭОС влево, рубцовые изменения миокарда в области задней стенки, гипертрофия миокарда левого желудочка.</p> <p>На Эхо-КГ: имеются признаки нарушения сегментарной сократимости миокарда - гипокинез передней стенки левого желудочка, ФВ 47%.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Постинфарктный кардиосклероз. НК 2А. Артериальная гипертензия III ст, 2 ст., риск 4. Сахарный диабет 2 типа, инсулинпотребный. Дислипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	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% просвета огибающей артерии в среднем сегменте, окклюзия правой коронарной артерии на уровне средней трети, признаки трехсосудистого атеросклеротического поражения коронарных артерий, пациенту

		показано выполнение аортокоронарного шунтирования.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	3	Выбор какого кондуита для выполнения реваскуляризации предпочтительнее.
Э	-	Наиболее лучшие отдаленные результаты коронарного шунтирования достигаются при использовании хотя бы одного артериального кондуита. Это связано со схожестью их гистологического строения с коронарными артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшими показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.
P2	-	Выбор кондуита обоснован.
P1	-	Не приведено убедительных данных в пользу использования артериальных кондуитов.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Перечислите основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная стенокардия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохранном дистальном русле, многососудистое поражение, безуспешные попытки эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	-	Основные показания перечислены верно.
P1	-	Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение ствола ЛКА.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт, жизнеугрожающие аритмии.
P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые осложнения.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	042
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ

РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Пациент П., 62 лет, Длительный гипертонический анамнез. Коронарный анамнез на протяжении 10 лет, когда впервые стал отмечать давящие и сжимающие загрудинные боли при нагрузках, эмоциональном стрессе. По этому поводу обратился в ГКБ по м/ж, где впервые установлен диагноз ИБС, назначена терапия. Ухудшение состояния в течение нескольких месяцев в виде прогрессирования частоты и продолжительности ангиальных 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 изменения, госпитализирован по м/ж, выполнена СКГ – выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви ЛКА, окклюзия ОА в проксимальном сегменте, стеноз ПКА в ср/3 30-40 %.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Тип конституции гиперстеник, рост 184 см вес 108 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, сухие, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Периферических отеков нет. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при пальпации. Перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких. Аускультативно 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 наполнения. Пульсация на a.dors.pedis. удовлетворительная d=s. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во 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.</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 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 Эхо-КГ: гипокинез передней и акинез боковой стенки левого желудочка, ФВ 45%.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия III ст, 2 ст., риск 4. Дислипидемия. НК 2А. ХОБЛ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какова тактика хирургического лечения.
Э	-	Учитывая значимое поражение коронарного русла – окклюзия огибающей и ПМЖВ ЛКА пациенту показано выполнение аортокоронарного шунтирования.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	3	Выбор какого кондуита для выполнения реваскуляризации предпочтительнее.
Э	-	Наиболее лучшие отдаленные результаты коронарного шунтирования достигаются при использовании хотя бы одного артериального кондуита. Это связано со схожестью их гистологического строения с коронарными артериями, эластичностью, меньшей вероятностью тромбоза, лучшими показателями ЛСК по сравнению с венозными шунтами. Наиболее оптимальной для шунтирования ПМЖВ является левая внутренняя грудная артерия.
P2	-	Выбор кондуита обоснован.
P1	-	Не приведено убедительных данных в пользу использования артериальных кондуитов.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Перечислите основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная стенокардия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохранном дистальном русле, многососудистое поражение, безуспешные попытки эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	-	Основные показания перечислены верно.
P1	-	Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение ствола ЛКА.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся периперационный 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.

Н	-	043
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта и давящих болей в левой половине грудной клетки, чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (ходьба более 150 метров, подъем на 1 этаж). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки и приеме нитроглицерина. Появление таких ощущений пациент 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 предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, 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 пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 16,4 г/л, эритроциты -5,3 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты-28%, эозинофилы-2%, моноциты-5%, СОЭ-12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 109 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -288 мг/дл, триглицериды - 456 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.</p>
В	1	Предположите 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.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Необходимо выполнение суточного мониторирования ЭКГ, АД, 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 целесообразно выполнение селективной коронарографии (СКГ) с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна. С целью дифференциальной диагностики и дообследования целесообразно выполнение ФГДС, ФВД.
P2	-	Методы обоснованы полностью
P1	-	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или не верно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Методы обоснованы или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Общие мероприятия заключаются в соблюдении гипохолестериновой диеты, снижении веса. Крайне важно контролировать АД. Пациенту показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина, ингибиторов АПФ, статинов. Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы. При наличии коронарного поражения целесообразно выполнить реваскуляризацию миокарда – стентирование коронарных артерий, при тяжелом коронарном поражении шунтирование коронарных артерий.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	4	Перечислите основные показания для коронарного шунтирования.
Э	-	Стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, нестабильная стенокардия, поражение ствола левой коронарной артерии более 50%, сужение просвета коронарных артерий более 75% при сохранном дистальном русле, многососудистое поражение, безуспешные попытки эндоваскулярного лечения, острый коронарный синдром.
P2	-	Основные показания перечислены верно.
P1	-	Основные показания перечислены не полностью или неточно, не указана степень и объем поражения коронарных артерий или поражение ствола ЛКА.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Перечислите основные показания для стентирования коронарных

		артерий.
Э	-	Острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, стабильная стенокардия напряжения III-IV КФК, рестенозирование ранее стентированного участка коронарной артерии, рецидив стенокардии после коронарного шунтирования, невозможность выполнения коронарного шунтирования.
P2	-	Основные показания перечислены верно.
P1	-	Показания перечислены неполностью.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	044
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент З., 74 лет, 15 лет назад выполнено аортокоронарное шунтирование 3-х артерий. В настоящий момент обратился с жалобами на одышку, давящие и сжимающие боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 200 м, подъем в гору), купирующиеся в покое, отечность нижних конечностей. Отмечает схожесть своего состояния с таковым до выполненного коронарного шунтирования.</p> <p>Длительный гипертонический анамнез, с максимальным подъемом АД до 175 мм. рт. ст., постоянно принимает валсартан 80 мг 1 раз в день. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции нормостеник, рост 169 см вес 77 кг. Пастозность голеней. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при 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%, эозинофилы-2%, моноциты-4%, СОЭ-8 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,1 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -265 мг/дл, триглицериды - 310 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 68 в мин, нарушение процессов реполяризации, гипертрофия левого желудочка.</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 дообследование которое 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 целесообразно выполнение селективной коронарографии и шунтографии (СКГ-ШГ) с целью подтверждения или исключения структурных нарушений анастомозов с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем диагностических исследований.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	3	Определите предпочтительный вид хирургического лечения для данного пациента в случае, если по данным селективной коронарографии – шунтографии будут выявлено значимое поражение коронарных шунтов.
Э	-	Наиболее оптимальным для данного пациента является эндоваскулярное вмешательство – стентирование нативных коронарных артерий или коронарных шунтов. В случае невозможности проведения эндоваскулярного лечения (хронические окклюзии, значимое почечное поражение, нестабильная гемодинамика) показано повторное коронарное шунтирование.
P2	-	Ответ дан в полном объеме.
P1	-	Ответ дан не полностью, не указан один из видов хирургического лечения.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Какая медикаментозная подготовка необходима перед выполнением стентирования коронарных артерий.
Э	-	За четверо суток до операции необходимо назначить пациентке дезагрегантную терапию – Клопидогрель в суточной дозе 75 мг. При выполнении вмешательства в экстренном порядке 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 указана неверно.
B	5	Назовите причины высокого операционного риска повторных операций на сердце.

Э	-	Высокий риск травмы сердца при кардиолизе, длительное искусственное кровообращение и ассоциированные с ним осложнения.
P2	-	Наиболее значимые причины перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые причины.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	045
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка П., 54 года, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли за грудиной локализации с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на четыре лестничных пролета), сопровождающихся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет. На протяжении последних 15 лет 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 анамнезе - пять лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повышенного 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 увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты -4,2 млн, гематокрит - 42%, лейкоциты - 6,2 тыс. (п/я - 2%, с/я -72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ -10 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,0 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -274 мг/дл, триглицериды - 336 мг/дл.</p> <p>На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 78 в минуту, нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, стабильная стенокардия напряжения II КФК. Артериальная гипертензия 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 гипертензии, не учтено наличие недостаточности кровообращения, алиментарного ожирения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Необходимо выполнение суточного мониторирования ЭКГ, АД, 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 целесообразно выполнение селективной коронарографии (СКГ) с целью уточнения локализации пораженного сосудистого бассейна.
P2	-	Методы обоснованы полностью
P1	-	Методы обоснованы не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики и/или неверно определены показания к инвазивному исследованию.
P0	-	Методы обоснованы неверно.
В	3	Какова тактика лечения.
Э	-	Общие мероприятия заключаются в соблюдении гипохолестериновой диеты, снижении веса. Крайне важно контролировать АД. Пациентке показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина, ингибиторов АПФ, статинов. Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы. При наличии значимого коронарного поражения целесообразно выполнить реваскуляризацию миокарда – стентирование коронарных артерий.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Каким должно быть поражение коронарных сосудов для выбора инвазивного вмешательства.
Э	-	Поражение одного или двух коронарных сосудов со стенозом просвета более 50%.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Объем и степень поражения коронарных сосудов указаны неточно.
P0	-	Ответ отсутствует.

В	5	Какая медикаментозная подготовка необходима перед выполнением стентирования коронарных артерий.
Э	-	За четверо суток до операции необходимо назначить пациентке дезагрегантную терапию – Клопидогрель в суточной дозе 75 мг. При выполнении вмешательства в экстренном порядке 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 указана неверно.
Н	-	046
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент З., 62 лет, с жалобами на одышку, боли, дискомфорт давящего и сжимающего характера, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 100 м, подъем в гору), купирующиеся покоем и приемом нитратов, отечность нижних конечностей.</p> <p>Длительный гипертонический анамнез, с максимальным подъемом АД до 170 мм. Рт. ст., постоянно принимает периндоприл 10 мг. Без предварительного коронарного год назад перенес переднебоковой 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 ЛКА в проксимальном сегменте, стеноз 75% ветви тупого края ОА в среднем сегменте, окклюзия правой коронарной артерии от устья. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции гиперстеник, рост 178 см вес 93 кг. Пастозность голеней. Костно-суставной аппарат: без 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 обычной формы, 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 билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -298 мг/дл, триглицериды - 323 мг/дл.</p>

		На ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, Q – рубец по передней стенке, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: правое предсердие 36x42мм, левое предсердие 49x55мм, диаметр кольца митрального клапана 32мм, регургитация на митральном клапане II ст. (струя регургитации центральная), фракция выброса 50%.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Недостаточность митрального клапана ишемического генеза. НК II Б. Дислипидемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не установлен ПИКС или недостаточность митрального клапана, не дана оценка клинико-функционального класса стенокардии, не учтено наличие недостаточности кровообращения и ее степень.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
Э	-	Учитывая значимое трехсосудистое поражение коронарного русла, показано выполнение аортокоронарного шунтирования. Также у пациента имеется недостаточность митрального клапана ишемического генеза, показана пластика или протезирование митрального клапана механическим или биологическим протезом.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Указан неполный объем возможного лечения.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	3	Какими преимуществами обладает пластическая клапанная коррекция против протезирования.
Э	-	Непродолжительный прием антикоагулянтной терапии и осложнений связанных с ее применением, отсутствие биодеградации клапана, низкий риск тромботических осложнений.
P2	-	Наиболее значимые преимущества перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все преимущества пластической клапанной коррекции.
P0	-	Ответ неверный.
В	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 интраоперационном или послеоперационном периодах.
P0	-	Ответ неверный.

В	5	Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.
Э	-	К наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, п/о кровотечение, п/о инсульт, жизнеугрожающие аритмии.
P2	-	Наиболее значимые осложнения перечислены полностью.
P1	-	Перечислены не все значимые осложнения.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	047
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Г., 70 лет, предъявляет жалобы на головокружение, эпизоды потери сознания, отеки нижних конечностей, выраженную слабость, головные боли.</p> <p>Из анамнеза: Более 20 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальными подъемами 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 нагрузке, ухудшения общего состояния, появились кратковременные синкопальные состояния.</p> <p>При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести. В сознании, контактен. Кожные покровы бледные. ЧД 20 в минуту. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧСС – 38 ударов в минуту, Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 140/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.</p> <p>По данным ЭКГ: синусовая брадикардия 38-42 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.</p> <p>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	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром слабости синусового узла: синусовая брадикардия, приступы Морганьи-Адамса-Стокса (МАС). НК ПА. Артериальная гипертензия 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 мониторингирование.
P2	-	Метод обоснован полностью
P1	-	Метод обоснован не полностью: Не отмечены все принципиально значимые параметры дополнительных методов диагностики.
P0	-	Метод обоснован или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Имплантация искусственного водителя ритма.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложено консервативное лечение.
P0	-	Ответ отсутствует.
B	4	Основные этиологические факторы развития данного заболевания
Э	-	ИБС, приобретенные пороки сердца, миокардиты, гипотиреоз
P2	-	Перечислены все этиологические факторы
P1	-	Возможные этиологические факторы СССУ перечислены неполностью.
P0	-	Ответ неверный: предложен другие этиологические факторы
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Дислокация эндокардиальных электродов, повышение порога стимуляции, гематома в ложе ЭКС, пневмоторакс, перфорация правого желудочка и тампонада полости перикарда.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	048
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка М., 52 года, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения до 140 в минуту, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчиваются спонтанно (также внезапно). Подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Медикаментозную терапию не получала.

		<p>Последний приступ возник 9 суток назад, сопровождается выраженной общей слабостью, головной болью, головокружением. В связи с ухудшением состояния и невозможностью самостоятельно купировать приступ обратилась к кардиологу поликлиники.</p> <p>При осмотре состояние средней степени тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена. Отеков нет. ЧД - 20 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 150 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 150/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги. ЭХО КГ: без патологии ЭКГ: частые (200/мин), регулярные, предсердные волны F с пилообразной формой, с проведением ритма на желудочки 3:1, комплексы QRS не изменены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Персистирующая форма трепетания предсердий, тахисистолический вариант. Артериальная гипертония II ст., 2 ст., риск 2. НК II А.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена форма трепетания предсердий, степень артериальной гипертонии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные методы обследования.
Э	-	ЭКГ, суточное ЭКГ мониторинг, 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 диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Проведение ЧПЭхоКГ (при отсутствии тромба в полости левого предсердия показана ранняя кардиоверсия, при наличии тромба – антикоагулянтная терапия в течение 3 недель, с последующим повтором ЧПЭхоКГ). После восстановления синусового ритма назначение антиаритмической терапии и контрольное ЭКГ мониторинг.
P2	-	Тактика указана верно.
P1	-	Предложена операция.
P0	-	Ответ отсутствует.
В	4	Какие варианты хирургического лечения возможны в случае

		неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновении 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.
P0	-	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.
Н	-	049
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 52 лет, долгое время страдающая артериальной гипертензией, с ожирением 2 ст. Жалуется на приступы учащенного аритмичного 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 выслушиваются. Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 120 в минуту, Ps – 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 Р, 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, пароксизма неизвестной давности.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена степень артериальной гипертензии, не учтено 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 и/или не верно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод обоснован или диагноз 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.
B	4	Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновении частых пароксизмов ФП.
Э	-	Возможно выполнение эндоваскулярной радиочастотной абляции (РЧА). Первым этапом выполняется радиочастотная изоляция правых отделов сердца – зоны правого перешейка. В случае неэффективности первого этапа выполняется радиочастотная изоляция устьев легочных вен, т.е. левых отделов сердца. В послеоперационном периоде назначается поддерживающая доза антиаритмических препаратов III класса.
P2	-	Перечислены все варианты хирургического лечения.
P1	-	Возможные варианты хирургического лечения ФП перечислены неполностью. Не указаны последующие варианты РЧА при неэффективности изоляции правых отделов.
P0	-	Ответ неверный: предложен другие виды хирургического вмешательства.
B	5	Перечислите основные послеоперационные осложнения.
Э	-	Тампонада полости перикарда, повреждение АВ – соединения с развитием преходящей или постоянной поперечной блокады, жизнеугрожающие желудочковые тахикардии.
P2	-	Перечислены все осложнения
P1	-	Осложнения перечислены не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно.
H	-	050
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент У. 60 лет, госпитализирован СМП с жалобами на неритмичное сердцебиение, одышку, тошноту, слабость, которые возникли после интенсивной физической нагрузки (быстрый подъем на 4 этаж).</p> <p>В анамнезе больной периодически отмечал подобные внезапно возникающие кратковременные приступы неритмичного сердцебиения при физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили самостоятельно. Длительность текущего приступа около 10 суток. В связи с нарастанием вышеперечисленных жалоб, вызвал бригаду СМП. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы гиперемированные. ЧД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 140 в минуту, Рс – 130/минуту, АД - 160/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. По данным ЭКГ: отсутствие во всех отведениях зубца Р, беспорядочные низкоамплитудные волны f, различной формы, нерегулярный ритм желудочков, комплекс QRS не изменен.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. НК II А. Артериальная гипертония II ст., 2 ст, риск 2.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена или неверно оценена форма фибрилляции предсердий, степень артериальной гипертонии, не учтено наличие недостаточности кровообращения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Приведите дополнительные 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 диагностики и/или неверно определены показания к оперативному лечению.
P0	-	Метод или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова тактика лечения в данном случае.
Э	-	Проведение ЧПЭхоКГ (при отсутствии тромба в полости левого предсердия показана ранняя кардиоверсия, при наличии тромба – антикоагулянтная терапия в течение 3 недель, с последующим повтором ЧПЭхоКГ). 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 частых рецидивов ФП.
Э	-	При рецидивах ФП, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют РЧА путей циркуляции в предсердии или деструкцию АВ-соединения с имплантацией ЭКС.
P2	-	Перечислены все варианты хирургического лечения.
P1	-	Возможные варианты хирургического лечения ФП перечислены не полностью.
P0	-	Ответ неверный: предложены другие виды хирургического вмешательства.
B	5	Какое диагностическое исследование необходимо осуществить до выполнения кардиоверсии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.
Э	-	Необходимо выполнить ЧПЭхоКГ, с целью исключения тромбоза ушек левого и правого предсердий, а также тромботических масс в самих предсердиях. После кардиоверсии или РЧА с последующим восстановлением синусового ритма и сократительной способности предсердий возможны эмболические осложнения, в случае наличия тромботических масс.
P2	-	Ответ дан в полном объеме.
P1	-	Нет развернутого ответа, раскрывающего значимость данного исследования.
P0	-	Ответ дан неверно.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-9	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1 ПК-1 ПК-5	Глубокое усвоение	Твердые знания программного	Знание основного	Незнание значительной

ПК-9	программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий
------	--	--	--	---

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.