

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт усовершенствования врачей



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Кафедра грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций

Специальность – 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
Направленность (профиль) программы - Сердечно-сосудистая хирургия
Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения - очная

Рекомендовано
учебно-методическим советом
Протокол № _____
« _____ » _____ 2022 год

МОСКВА, 2022

Составители:

Шевченко Ю.Л., д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций.

Борщев Г.Г., д.м.н., доцент, профессор кафедры грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций

Матвеев С.А., д.м.н., профессор, профессор кафедры грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций

Рецензенты:


Тюрин В.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней

Жибурт Е.Б., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой трансфузиологии проблем переливания крови

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.06.2021 г. № 563.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой

Н.А. Михашина

Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия».

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-сердечно-сосудистый хирург и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-сердечно-сосудистый хирург – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в

	фармации в профессиональном контексте	области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
Коммуникация	УК-4. Способность выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способность использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения

		<p>профессиональных задач</p> <p>ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности</p>
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ОПК-2. Способность применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан</p>
		<p>ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>
<p>Педагогическая деятельность</p>	<p>ОПК-3. Способность осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия</p>
		<p>ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся</p>
<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-4. Способность проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p>
		<p>ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования</p>
	<p>ОПК-5. Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p>
		<p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность</p>

		назначенного лечения
ОПК-6. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	
	ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	
ОПК-7. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	
	ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	
ОПК-8. Способность проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-8.1 Проводит анализ медико-статистической информации	
	ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	
ОПК-9. Способность участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного	ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов	

	медицинского вмешательства	ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
--	----------------------------	---

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способность к оказанию медицинской помощи по профилю "сердечно-сосудистая хирургия"	ПК 1.1 Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-сердечно-сосудистый хирург
		ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения, контролирует его эффективность и безопасность	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-сердечно-сосудистый хирург
		ПК 1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях	

		сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения	
		ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	
		ПК-1.5 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, контролирует качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-сердечно-сосудистый хирург

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена. Продолжительность

государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание методов диагностики в офтальмологии. В процессе ответа обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в оценке лабораторного и/или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института, так и

	на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1		Вопросы с одиночным выбором
1		В клинику для оперативного лечения поступила больная 36 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде? а) тромбоэмболия легочных артерий; б) отек легких; в) гемоперикард; г) синдром Бадда-Киари; д) эмболия сосудов большого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		а, б, г
		б, г, д
	*	б, д
2		Какие осложнения возможны при аневризме сердца: а) гипоксия мозга; б) гипоксия миокарда; в) тромбоэмболия в артериальную систему; г) сердечная недостаточность; д) цирроз печени. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, д
		б, в
	*	б, в, г
		б, г
		а, д
3		Больной 53 лет страдает стенокардией напряжения. На коронарограммах сегментарный стеноз (около 70% просвета) передней межжелудочковой артерии. Больной может работать, но 2-3 раза в день возникают боли в сердце. Ваша тактика?
		настаивать на изменении характера работы
		усилить медикаментозную терапию
		рекомендовать санаторное лечение
	*	рекомендовать незамедлительное оперативное лечение
		рекомендовать оперативное лечение после стационарного терапевтического лечения

4		Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИБС: а) возраст больного старше 70 лет; б) постоянное АД выше 180/100 мм рт. ст., в) избыточная масса тела; г) тяжелые заболевания легких, печени, почек; д) поражение дистальных отделов коронарных артерий; е) диаметр венечных артерий менее 1,5 мм. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	б, г, д, е
		а, б, в
		в, г, е
		а, в, е
		б, в
5		Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют: а) одышка и утомляемость при физической нагрузке; б) яркий румянец; в) АД с большим пульсовым колебанием за счет низкого диастолического давления; г) систоло-диастолический шум во II–III межреберье слева от грудины; д) диастолический шум в III межреберье справа от грудины. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	а, г
		б, д
		б, в, д
		а, д
6		В клинику поступила больная 69 лет, ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией, у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии, ишемия III степени (тотальная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет:
		экстренная эмболэктомия
		тромболитическая терапия
		только антикоагулянтная терапия
		только симптоматическая терапия
	*	первичная ампутация конечности
7		Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:
	*	ишемическая болезнь сердца
		атеросклероз дуги аорты
		аневризма аорты
		артерио-венозные свищи
		тромбоз вен системы нижней полой вены
8		Для проведения дифференциальной диагностики между облитерирующим тромбангиитом и ранним атеросклерозом у больного 36 лет с явлениями хронической артериальной ишемии 2б степени необходимо произвести следующие исследования: а) определить кислотно-щелочное состояние крови; б) изучить липидный обмен; в) провести ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей; г) изучить состояние иммунной системы; д) произвести контрастную аорто-артериографию. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б
		б, в, г
		г, д
		а, в, д
	*	б, в, г, д
9		При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является:
		только консервативное лечение
		поясничная симпатэктомия
		реконструктивная сосудистая операция
	*	первичная ампутация нижней конечности
		микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень
10		При отсутствии у больного с эмболией подвздошной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить: а) аневризму аорты; б) аневризму почечной артерии; в) атероматоз аорты с пристеночным тромбом; г) тромбоз воротной вены; д) добавочное шейное ребро со сдавлением подключичной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		в, г, д

		а, б, д
	*	а, в
11		При эмболии подколенной артерии, ишемии 3б степени (контрактура конечности) методом выбора является:
		экстренная эмболэктомия
		тромболитическая терапия
	*	первичная ампутация конечности
		симптоматическая терапия
		антикоагулянтная терапия
12		Для острой ишемии конечности 1б степени, развившейся на почве острого тромбоза бедренной артерии, характерны признаки: а) боли в покое; б) ограничение активных движений в суставах конечности; в) парестезии; г) чувство онемения и похолодания конечности; д) субфасциальный мышечный отек. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	а, в, г
		а, б, в
		в, г, д
		г
13		Операция эмболтромбэктомии при острой окклюзии бифуркации аорты при тяжелой ишемии конечностей показана во всех случаях, кроме:
		случая развития острого инфаркта миокарда
		случая острого ишемического инсульта
	*	случая развития тотальной контрактуры нижних конечностей
		случая абсцедирующей пневмонии
14		При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:
		нижнесрединная лапаротомия
	*	двусторонний бедренный
		односторонний бедренный
		забрюшинный по Робу
		Торакофренолапаротомия
15		При эмболии бедренной артерии и ишемии конечности 3а степени методом выбора является:
		тромболитическая терапия стрептазой
		антикоагулянтная терапия
	*	экстренная восстановительная операция в сочетании с фасциотомией
		первичная ампутация конечности
		чрескожная интраваскулярная дилатация артерии, фасциотомия
16		Как надежно предотвратить развитие эмболии легочной артерии у больного молодого возраста, не страдающего сопутствующими заболеваниями, с флотирующим тромбозом супраренального отдела нижней полой вены? а) назначить клексан; б) имплантировать кава-фильтр; в) произвести прямую парциальную окклюзию нижней полой вены; г) выполнить тромбэктомию и пликацию нижней полой вены механическим швом; д) наложить артерио-венозную фистулу. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а
		а, б, д
	*	а, г
		в, д
		а, в, д
17		Укажите основные клинические симптомы массивной тромбоемболии легочных артерий: а) боли за грудиной; б) коллапс; в) цианоз лица и верхней половины туловища; г) набухание и пульсация яремных вен; д) гидроторакс. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		а, в, г
		а, б, д
	*	а, б, в, г

18	Какими способами можно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен нижней конечности? а) положением Тренделенбурга; б) введением зонда Блэкмора; в) сдавлением бедренной вены; г) чрескожным лигированием вен по Шеде-Кохеру; д) тугим эластическим бинтованием. Выберите правильную комбинацию ответов:
	а, б
	а, в
	в, г
*	г, д
	а, в, г, д
19	Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки: а) боли в икрожных мышцах, появляющиеся при ходьбе; б) постоянный отек всей конечности; в) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; г) отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; д) судороги икрожных мышц голени в покое. Выберите правильную комбинацию ответов:
	б, в, д
	а, б, д
*	в, г, д
	а, в, д
20	С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей? а) окклюзия артерий голени; б) недостаточность перфорантных вен; в) недостаточность клапанов ствола большой подкожной вены; г) острый тромбоз глубоких вен голени; д) дерматит и лимфостаз. Выберите правильную комбинацию ответов:
*	б, в
	б, д
	в, г
	а, б, в
	а, в, д
21	Критический уровень обсемененности ткани раны составляет (микробных тел на 1 г ткани):
	102-103
	104-105
	107-108
*	105-106
	108-109
22	При полном парентеральном питании общий объем инфузии составляет не менее:
	500–1000 мл
	1500–2000 мл
*	2500–3000 мл
	3500 мл
	более 3500 мл
23	Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
	умбиликация
	лимонная корка
	втяжение соска
*	гиперпигментация соска и ареолы
	изъязвление
24	Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?
	зондирования правых отделов сердца
	зондирования левых отделов сердца
*	рентгеноконтрастной левой вентрикулографии
	рентгенографии сердца
	грудной аортографии
25	При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность? а) рентгенографии сердца; б) эхокардиографии; в) электрокардиографии; г) фонокардиографии; д) сцинтиграфии миокарда. Выберите правильную комбинацию ответов:

		а, в, д
		б, в, г
		б, д
	*	а, б
26		Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к проводниковой анестезии? а) фуллярная анестезия; б) анестезия по Оберсту-Лукашевичу; в) паранефральная блокада; г) блокады нервных сплетений и стволов; д) перидуральная анестезия; е) анестезия по Брауну; ж) терминальная анестезия. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	б, г, д
		а, б, в
		б, г, ж
		в, г, д
		б, е, ж
27		Причинами вторичного позднего кровотечения являются: а) повышение артериального давления; б) гнойное расплавление тромба; в) ликвидация спазма сосуда; г) аррозия стенки сосуда; д) ранение сосуда; е) соскальзывание лигатуры. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б
		в, г, е
		б, в, д
	*	б, г
		а, г, е
28		Исследование сердца обычно начинают:
		из правой парастеральной области
	*	из левой парастеральной области
		из верхушечной области
		из надгрудинной области
29		При диффузном мышечном поражении сердца имеет место:
	*	снижение общей сократительной способности (снижение EF)
		гипертрофия ЛЖ
		стеноз МК
30		Основным ориентиром при УЗИ органов малого таза является:
	*	наполненный мочевой пузырь.
		кости и мышцы малого таза
		матка яичники и влагалище
		сосуды малого таза
31		Длина тела матки с генитальным инфантилизмом меньше:
	*	50 мм
		100 мм
		85 мм
		75 мм
32		УЗ картина неизменной аорты
	*	округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении
		округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с дыхательными сокращениями и прослеживается на всем протяжении,
		округлое, анэхогенное образование, просвет умеренно неоднороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении,
		округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, в нем визуализируются дополнительные включения, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении
33		Дифференциальный диагноз с бронхиальной астмой строится на
		Анамнезе курения
		Функциональных тестах
	*	Совокупности анамнеза, клинических данных и функциональных и лабораторных исследований
		Возрасте

		Профессии
34		Развитие панлобулярной эмфиземы в молодом возрасте заставляет проводить дифференциальный диагноз с
		Муковисцидозом
	*	Дефицитом альфа-1-антитрипсина
		Туберозным склерозом
		Хроническим бронхитом
		Бронхиальной астмой
35		Лечение саркоидоза
		Проводится во всех случаях выявления любых изменений
		При внутригрудной лимфаденопатии
		В случае выраженных клинических и функциональных изменений
	*	В случае поражения жизненно важных органов
36		Редкие заболевания легких встречаются
		В Европе
		В Африке
		В Азии
		Австралии
	*	По всему миру
37		В России редкие заболевания легких
		Не встречаются
		Встречаются на Дальнем Востоке
	*	Встречаются повсеместно
		Встречаются в сельской местности
		Встречаются в крупных городах
38		Распространённость редких заболеваний колеблется
		От 100 до 200 на 100000 населения
		От 300 до 400 на 100000 населения
		От 500 до 1000 на 100000 населения
	*	От 10 на 10000000 до 50 на 100000
39		В молодом возрасте чаще встречается
		Саркоидоз и ИЛФ
	*	Саркоидоз и гистиоцитоз
		ИЛФ и гистиоцитоз
		ИЛФ
		Саркоидоз, ИЛФ и гистиоцитоз
40		Этиология саркоидоза
		Хламидия
		Туберкулезная палочка
		Алюминиевая пыль
		Патология кишечника
	*	Этиология неизвестна
41		Саркоидоз характеризуется
	*	Формированием неказефицирующих гранулем
		Распадом эритроцитов
		Формированием казеозного некроза
		Облитерацией артериол
		Бронхоспазмом
42		Характерным изменением начальных форм саркоидоза в легких является
		Симптом матового стекла
		Очаговая тень в правом легком
		Очаговая тень в левом легком
		Полость в легком
	*	Увеличение внутригрудных лимфоузлов

43	Увеличение внутригрудных лимфоузлов в легких
	Достаточно для диагноза саркоидоза
	Достаточно для диагноза лимфомы
	Достаточно для диагноза рака легкого
	Достаточно для диагноза туберкулеза
*	Является поводом для морфологического уточнения диагноза
44	Синдром Лефгрена сопровождается
*	Узловой эритемой
	Язвами кожи
	Колитом
	Болями в эпигастрии
	Перебоями в сердце
45	Синдром Лефгрена
	Требует лечения ГКС
*	Не требует лечения ГКС
	Требует лечения цитостатиками
	Требует лечения антибиотиками
	Требует лечения моноклональными антителами
46	Какие рекомендации не должны быть даны лицам с низким уровнем ЛВП, чтобы повысить его уровень:
	Повысить уровень физической активности
	Ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
	Ограничить потребление углеводов с пищей
	Прекратить курение
*	Увеличить массу тела
47	Целью терапии больных с очень высоким риском является снижение уровня ЛНП до значения ниже следующих:
*	1,8 ммоль/л
	2,2 ммоль/л
	2,8 ммоль/л
	3,0 ммоль/л
	3,5 ммоль/л
48	Рекомендации по питанию для снижения риска развития атеросклероза включают всё перечисленное, кроме одного.:
	Уменьшение насыщенных жирных кислот до уровня менее 10% в рационе питания
	Фрукты не менее 200 г/с
	Овощи не менее 200 г/с
	Поваренная соль менее 5 г/с
*	Поваренная моль более 5 г/с
49	Общие рекомендации по изменению образа жизни для снижения риска развития атеросклероза составляют все перечисленные положения, кроме одного:
	Средние и высокие аэробные нагрузки продолжительностью не менее 30 мин в день не менее 3 раз в недел
	Прекращение курения
	Снижение массы тела
	Уменьшение окружности талия у мужчин менее 94 см и у женщин - менее 80 см
*	Потребление алкоголя более 20 г/сутки
50	Какие рекомендации не должны быть даны лицам с низким уровнем ЛВП, чтобы повысить его уровень:
	Повысить уровень физической активности
	Ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
	Ограничить потребление углеводов с пищей
	Прекратить курение
*	Увеличить массу тела

51		Вероятность развития нежелательных явлений на фоне приёма статинов увеличивается у лиц, перечисленных во всех приведенных пунктах, кроме одного::
		Пожилого возраста с небольшой массой тела
		При наличии выраженных нарушений функции почек и печени
		В послеоперационном периоде
		С гипотиреозом
		Получающих высокие дозы статинов
	*	Молодого возраста
52		Какой из приведенных представителей класса статинов обладает наибольшим эффектом в снижении ЛНП
		Правастатин
		Симвастатин
	*	Розувастатин
		Аторвастатин
		Флувастатин
53		Пациентам с субклиническим атеросклерозом показано назначение:
		Аспирин
	*	Статинов
		Клопидогреля
		Фибратов
		Никотиновой кислоты в дозе превышающей 1,5 г/сутки
54		Для профилактики атеросклероза рекомендовано снизить количество насыщенных жирных кислот в пище до величины менее:
		80%
		70%
		50%
		40%
	*	10%
55		Для профилактики атеросклероза рекомендовано женщинам снизить потребление алкоголя до величины менее:
		50 г/сутки
		40 г/сутки
		30 г/сутки
		20 г/сутки
	*	10 г/сутки
56		Для профилактики атеросклероза рекомендовано мужчинам снизить потребление алкоголя до величины менее:
		50 г/сутки
		40 г/сутки
		30 г/сутки
	*	20 г/сутки
		10 г/сутки
57		Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы рыба присутствовала в пище не реже:
		7 дней в неделю
		6 дней в неделю
		4 дня в неделю
		3 дня в неделю
	*	2 дня в неделю
58		Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы поваренная соль была в пище не более:
		30 г/сутки
		20 г/сутки
		10 г/сутки
	*	5 г/сутки
		2 г/сутки
60		Коэффициент смертности (количество лиц на 100 000) населения РФ от болезней системы кровообращения в настоящее время составляет

		Более 1000
		Более 900
	*	Более 700
		Более 500
		Более 400
61		В участках коронарных артерий с гемодинамически значимыми стенозами (более 75% просвета) частота острого атеротромбоза в среднем составляет:
		90%
	*	15%
		40%
		50%
		70%
62		В участках коронарных артерий с гемодинамически незначимыми стенозами (менее 50% просвета) частота острого атеротромбоза в среднем составляет:
		25%
		40%
		50%
	*	70%
		90%
63		При профилактическом обследовании определение профиля липидов в крови необходимо проводить лицам мужского пола достигшим возраста:
		30 лет
	*	40 лет
		50 лет
		60 лет
		70 лет
64		При профилактическом обследовании определение профиля липидов в крови необходимо проводить лицам женского пола достигшим возраста:
		30 лет
		40 лет
	*	50 лет
		60 лет
		70 лет
65		При стратификации риска у больных артериальной гипертензией следует учитывать все факторы, кроме:
		Степень повышения артериального давления (1-3 степень)
		Курение
	*	Женщины в менопаузе
		Мужчины – старше 55 лет, женщины – старше 65 лет
		Избыточная масса тела
66		Риск сердечно-сосудистых осложнений у больного артериальной гипертензией расценивается как высокий при:
		1-3 степень артериальной гипертензии + есть другие факторы риска + ассоциированные заболевания + сахарный диабет
		1 степень артериальной гипертензии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
		1-2 степень артериальной гипертензии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
		1-3 степень артериальной гипертензии + 1 и более факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
	*	1-3 степень артериальной гипертензии + есть другие факторы риска + есть поражение органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
67		Механизмами повышения АД могут быть:
		Повышение общего периферического сосудистого сопротивления
		Увеличение массы циркулирующей крови
		Увеличение минутного объема сердца
		Повышение концентрации ренина плазмы крови

	*	Повышение общего периферического сосудистого сопротивления, увеличение массы циркулирующей крови, увеличение минутного объема сердца, повышение концентрации ренина плазмы крови
68		Укажите патогенетические механизмы, лежащие в основе формирования артериальной гипертензии: Наследственность Повышение тонуса симпатической нервной системы Увеличение выработки ренина Снижение уровня простагландинов с вазодилатирующим действием
	*	Наследственность, повышение тонуса симпатической нервной системы, увеличение выработки ренина, снижение уровня простагландинов с вазодилатирующим действием
69		Укажите депрессорную систему, участвующую в регуляции уровня АД: Симптоадреналовая система (САС) Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС)
	*	Калликреин-кининовая система Система антидиуретического гормона Простагландины F2 и тромбоксан A2
70		Укажите почечный эффект ангиотензина II: Повышение общего периферического сопротивления сосудов
	*	Усиление реабсорбции натрия Увеличение объема циркулирующей крови Понижение порога чувствительности барорецепторов
71		Микроальбуминурия (МАУ) - это: (выберите наиболее полное определение)
	*	является наиболее ранним маркером поражения почек; генерализованное нарушение проницаемости эндотелия; повышает риск развития ССО у больных с АГ, СД; является независимым фактором риска развития ССЗ. является наиболее ранним маркером поражения почек является независимым фактором риска развития ССЗ генерализованное нарушение проницаемости эндотелия; является независимым фактором риска развития ССЗ является наиболее ранним маркером поражения почек; повышает риск развития ССО у больных с АГ, СД
72		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3а соответствует уровню СКФ равному: 60-80 мл/мин/1,73м2
	*	45-59 мл/мин/1,73м2 30 -44 мл/мин/1,73м2 60 -89 мл/мин/1,73м2 15 -29 мл/мин/1,73м2
73		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С2 соответствует уровню СКФ равному: 60-80 мл/мин/1,73м2 45-59 мл/мин/1,73м2 30 -44 мл/мин/1,73м2
	*	60 -89 мл/мин/1,73м2 15 -29 мл/мин/1,73м2
74		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3б соответствует уровню СКФ равному: 60-80 мл/мин/1,73м2 45-59 мл/мин/1,73м2
	*	30 -44 мл/мин/1,73м2 60 -89 мл/мин/1,73м2 15 -29 мл/мин/1,73м2
75		Начало антигипертензивной терапии рекомендовано во всех случаях, кроме: 2-3 степень артериальной гипертензии с любым уровнем СС риска 1 степень артериальной гипертензии с низким и средним СС риском, при неэффективности коррекции образа жизни

		1 степень артериальной гипертензии с высоким СС риском
	*	Пожилым пациентам, старше 80 лет, когда САД >140 мм рт. ст.
		Пожилым пациентам младше 80 лет, когда уровень САД 140-159 мм рт.ст.
76		Причиной инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является
		Снижение систолического артериального давления
		Повышение систолического артериального давления
		Увеличение ЧСС
	*	Полное закрытие просвета коронарной артерии
		Урежение ЧСС
77		Разрыв и образование тромба чаще возникает в атеросклеротических бляшках, суживающих просвет артерии:
		Более, чем на 90 %
		Более, чем на 75 %
		Более, чем на 50 %
	*	Менее, чем на 50 %
		Независимо от степени сужения
78		Акинезия миокарда по данным эхокардиографии может возникнуть в результате всех перечисленных факторов, кроме одного:
		Инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST
		Инфаркта миокарда с депрессией сегмента ST
		Перенесенного ранее инфаркта миокарда
		Гибернации миокарда
	*	Увеличения перфузии миокарда
79		Восстановление коронарного кровотока у больных со стойким подъемом сегмента ST или полной блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ необходимо проводить, если от начала ангинозного приступа прошло не более:
		3 часов
		6 часов
	*	12 часов
		18 часов
		24 часа
80		Проведение тромболитической терапии у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST противопоказано в случае наличия всех перечисленных заболеваний, кроме одного:
		Злокачественной опухоли
		Перенесенного ишемического инсульта в сроки до 6 месяцев
		Желудочно-кишечного кровотечения в сроки до одного месяца
		Расслаивающей аневризмы аорты
	*	Инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в первые 3 часа от начала приступа
81		Восстановление коронарного кровотока у больных со стойким подъемом сегмента ST или полной блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ сопровождается наилучшими клиническими результатами, если оно проведено в период, когда от начала ангинозного приступа прошло не более:
	*	3 часов
		6 часов
		12 часов
		18 часов
		24 часа
82		Аспирин нельзя назначать если у больного имеется всё перечисленное, кроме одного:
		Гиперчувствительность к препарату
		Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение
		Тяжелое заболевание печени
		Нарушение свёртываемости крови
	*	Стенокардия напряжения II функционального класса
83		Фибринолитическим препаратом, который можно вводить однократно в виде болюса, является:
		Стрептокиназа
		Ретеплаза
	*	Тенектеплаза

		Алтеплаза
		Пууролаза
84		Риск геморрагических осложнений при проведении фибринолитической терапии повышается у больных при наличии всего перечисленного, кроме одного:
		Пожилого возраста
		С низкой массой тела
		Женского пола
		С систолической артериальной гипертонией
	*	Атриовентрикулярной блокады 2-ой степени
85		Признаком ишемии миокарда на эхокардиограмме является
		Усиление сократимости миокарда
	*	Преходящий участок акинезии миокарда
		Нормальная сократимость миокарда
		Обструкция выходного отдела левого желудочка
		Пролапс митрального клапана
86		Для какого заболевания не характерен синдром стенокардии?
		Гипертрофическая кардиомиопатия
		Стеноз устья аорты
		Атеросклеротическое сужение коронарной артерии на 90%
	*	Дилатационная кардиомиопатия
		Инфаркт миокарда
87		Какой фактор способствует разрыву атеросклеротической бляшки?
		Высокое содержание в крови ЛПНП
		Сниженный уровень ЛПВП
	*	Истончение фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки
		Снижение уровня калия в крови
		Повышенный уровень глюкозы в крови
88		Каким больным показано проведение тромболитической терапии?
		Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST
	*	Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в период до 12 часов от начала ангинозного приступа
		Нестабильная стенокардия
		Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в период превышающий 12 часов от начала ангинозного приступа
		Инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком
89		В каком случае использование тромболитической терапии сопряжено повышенным риском геморрагического осложнения?
		При назначении стрептокиназы
		При применении активаторов плазминогена
	*	У лиц старше 75 лет
		У лиц моложе 60 лет
		При использовании тенектоплазы
90		Что характерно для стенокардии напряжения IV функционального класса?
		Нагрузка на велоэргометре 75 Вт вызывает приступ стенокардии
		Ходьба на расстояние 150-200 метров по ровному месту вызывает приступ стенокардии
	*	Минимальная физическая нагрузка сопровождается ангинозными приступами
		Подъем на 3 этаж вызывает приступ стенокардии
		Нагрузка на велоэргометре 450 кгхм вызывает приступ стенокардии
91		Укажите, что не является абсолютным противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой?
		Нестабильная стенокардия
	*	Атриовентрикулярная блокада первой степени
		Застойная сердечная недостаточность
		Острая стадия инфаркта миокарда
		Тяжелый аортальный стеноз
92		Какие мероприятия у больных стенокардией не увеличивают продолжительность жизни?

		Отказ от курения
		Уменьшение массы тела до 21-25 кг/м ²
		Снижение уровня гликированного гемоглобина до 6 мг%
	*	Заместительная гормональная терапия женщин в менопаузе
		Динамические нагрузки в течение 30 мин 3-5 раз в неделю
93		Каким больным можно рекомендовать лечение дипиридамолом?
		Стенокардией напряжения II и III функциональным классом
		Больным со всеми формами ишемической болезнью сердца
	*	Никаким, поскольку эффективность лечения не доказана
		Больным с ангиоспастической стенокардией
		Больным с микрососудистой стенокардией
94		Какой метод выявления ишемии миокарда обладает наибольшей чувствительностью и специфичностью:
		ЭКГ с нагрузкой
		Сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
	*	Чрезпищеводная эхокардиография с добутамином
		Эхокардиография с вазодилататором
		Сцинтиграфия миокарда с вазодилататором
95		Эхокардиографическое исследование у больных стенокардией необходимо проводить при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного:
		Признаков, указывающих на наличие клапанного порока сердца
		Признаков сердечной недостаточности
		Перенесенного инфаркта миокарда
		Блокады ножек пучка Гиса, зубцов Q, других патологических изменений ЭКГ
	*	При отсутствии изменений на эхокардиограмме, выполненной 2 недели назад
96		Суточное мониторирование ЭКГ у больных стенокардией необходимо проводить при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного:
		Нарушений ритма
		Сахарного диабета
		Подозрения на ангиоспастическую стенокардию
		Неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
	*	Острого инфаркта миокарда
97		Проведение коронарной ангиографии у больных стабильной стенокардией показано при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного:
		Клинических признаков стабильной стенокардии III - IV функциональных классов
		Появлении клинических признаков стенокардии после проведения реваскуляризации миокарда (ТБА или АКШ)
		Сохранение приступов стенокардии на фоне антиангинальной терапии
		Неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
	*	При наличии признаков желудочно-кишечного кровотечения
98		Клиническими признаками, предполагающими наличие ангиоспастической стенокардии являются все перечисленные признаки, кроме одного:
		Вариабельность порога переносимости физической нагрузки
		Приступы стенокардии покоя при отсутствии стенокардии при физической нагрузке
		Приступы стенокардии в ранние утренние часы
		Приступы стенокардии покоя при высокой толерантности к нагрузке
	*	Низкая толерантность к физической нагрузке
99		Какие комбинации лекарственных препаратов необходимо избегать при лечении больных стенокардией, кроме одного из перечисленных:
		Пролонгированные нитраты и ингибиторы фосфодиэстеразы (Виагра, Сиалис и подобные)
		Бета-адреноблокаторы и верапамил
		Никорандил и ингибиторы фосфодиэстеразы (Виагра, Сиалис и подобные)
		Ибупрофен и аспирин
	*	Бета-адреноблокаторы и ивабрадин
100		Какой из перечисленных факторов не является фактором высокого риска инфекционного эндокардита?

		искусственный клапан сердца
		перенесенный ранее инфекционный эндокардит
	*	вторичный дефект межпредсердной перегородки
		тетрада Фалло
		тяжелый врожденный порок сердца
101		В 70% случаев инфекционного эндокардита у внутривенных наркоманов в посевах крови выявляют энтерококк
		стрептококк
	*	стафилококк
		грибы
		риккетсии
102		Инфекционный эндокардит это
	*	тяжелое инфекционное системное заболевание, протекающее с разрушением клапанов сердца
		заболевание, возникающее во время эпидемии гриппа
		тяжелое заболевание, поражающее весь эндокард левого желудочка сердца
		заболевание, часто протекающее без поражения клапанов
		болезнь, поражающая эндокард левого желудочка сердца, что приводит к внутрисердечным тромбозам.
103		Правильным термином является
		бактериальный эндокардит
		септический эндокардит
	*	инфекционный эндокардит
		сепсис лент
		болезнь Черногоубова
104		При инфекционном эндокардите
		всегда первично поражается только эндокард
	*	инфекция может первично поражать экстракардиальные структуры, где нет эндокарда (например, открытый артериальный проток)
		выздоровление часто наступает спонтанно
		характерны тромбозы вен печени
		селезенка большая и плотная
105		Септическая легочная эмболия возникает при инфекционном эндокардите
		ослабленных больных
		больных митральным стенозом с высокой легочной гипертензией
		на фоне стеноза легочной артерии
	*	у героиновых наркоманов
		на фоне врожденного порока со сбросом крови слева направо.
106		Эндокардит Либмана-Сакса это
	*	асептический эндокардит больных системной красной волчанкой
		тромбэндокардит при инфаркте миокарда
		марантический эндокардит при тяжелой сердечной недостаточности
		паранеопластический эндокардит у больных раком легкого
		инфекционный эндокардит у больных системной красной волчанкой
107		При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, доза пенициллина
		30 млн / сутки, в/м в 6 введений
	*	12-18 млн ЕД/сутки, в/в, в 6 введений
		10 млн x 3 p/ сутки
		4 млн x 6 p/ сутки
		2 млн x 3 p/ сутки
108		При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, альтернативой пенициллину может стать
		амоксиклав 3 г/сут в/в в 2 введения
		рифампицин 1 г x 2 p/сутки в/в
	*	цефтриаксон 2 г/сут в/в или в/м, в 1 введение

		ципрофлоксацин 2000 мг / сут в/в в 2 введения
		гентамицин 320 мг / сут в/м
109		При непереносимости бета-лактамаз больным инфекционным эндокардитом, вызванным стафилококком, применяют следующие схемы:
		эритромицин в сочетании линкомицином
	*	ванкомицин в сочетании с гентамицином
		левофлоксацин в сочетании с амикацином
		доксциклин в сочетании с гентамицином
		ципрофлоксацин в сочетании с эритромицином
110		Какой порок клапана чаще всего развивается при инфекционном эндокардите?
		стеноз клапана
		пролапс клапана
		гипоплазия клапана
	*	недостаточность клапана
		«парусящий» клапан
111		Над сердцем выслушивается длинный протодиастолический шум. Какой клапан поражен?
		митральный
		легочной артерии
		евстахиев
	*	аортальный
		трехстворчатый
112		Грубый пансистолический шум на верхушке. Какой клапан поражен инфекционным эндокардитом?
		легочной артерии
		евстахиев
	*	митральный
		аортальный
		трехстворчатый
113		Пятна Джейнуэя
		пятна на сетчатке глаза
		кровоизлияния на слизистых
	*	папулезные эритематозные пятна диаметром 1 – 5 мм на ладонях и подошвах
		кровоподтеки на коже
		кожные пигментации
114		Узелки Ослера
		узелки по ходу сосудов
		красноватые болезненные при надавливании узелки до 1.5 см на ладонях, пальцах
	*	узелки на суставах пальцев
		узелки по ходу крупных нервных стволов
		сосудистые аневризмы
115		Симптом Лукина-Либмана
		кровоизлияния на нижней поверхности языка
		симптом «щипка»
	*	петехии с белым пятном на переходной складке нижнего века
		симптом «жгута»
		усиление шума регургитации на вдохе
116		Увеличение селезенки (спленомегалия)
		характерно для инфекционного эндокардита
	*	теперь встречается редко
		наблюдается при ее тромбозе
		может приводить к ее разрыву
		не бывает
117		Лихорадка при инфекционном эндокардите
		является большим критерием диагноза
	*	является малым критерием диагноза

		не является критерием диагноза
		всегда гектическая
		всегда субфебрильная
118		К эхокардиографическим признакам инфекционного поражения эндокарда не относится
		новая регургитация на клапане
		перфорации клапана

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Опишите методику сбора анамнеза, сердечно-сосудистого осмотра, диагностики и дифференциальной диагностики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
2. Опишите методику интерпретации физиологических (доплерографического исследования магистральных сосудов, эхокардиографии, электрокардиографии), рентгенологических (ангиографии, КТ, МРТ), лабораторных исследований у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
3. Опишите методологию дифференциальной диагностики при постановке диагноза в соответствии МКБ-10;
4. Составьте план и выработайте тактику ведения больного; определите показания к госпитализации и организуйте ее;
5. Назовите основы фармакотерапии кардиологических заболеваний; назначьте необходимые лекарственные средства и определите другие лечебные мероприятия;
6. Опишите методику оценки состояний, угрожающих жизни; алгоритм проведения медицинской сортировки, способы оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций;
7. Опишите алгоритм постановки предварительного диагноза с последующими лечебно-эвакуационными мероприятиями; способы применения антидотов и радиопротекторов в объеме оказания врачебной помощи;
8. Опишите алгоритм выполнения основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях:
 - первичная хирургическая обработка ран;
 - экстренная торакотомия, стернотомия и лапаротомия;
 - ушивание открытого пневмоторакса;
 - ушивание ран сердца и лёгкого;
 - доступ к брюшной аорте;
 - выделение магистрального и периферического сосуда и наложение сосудистого шва при ранении или лигирование периферического сосуда;
 - тромбэктомия с последующим наложением сосудистого шва;
 - реанимационные мероприятия при внезапной остановке сердца;
 - пункция плевральной полости, перикарда, брюшной полости;
 - катетеризация магистральных и периферических артерий и вен;
 - симпатэктомия;
 - паранефральная, вагосимпатическая и региональная блокада;
 - определение группы крови; – искусственное дыхание; трахеотомия;
 - постановка внутреннего катетера;
 - закрытая митральная комиссуротомия;

- постановка временного и постоянного искусственного водителя ритма;
- боковая трахеотомия и срединная стернотомия, правильное послойное ушивание ран;
- подключение больного к аппарату искусственного кровообращения;
- постановка внутриаортального баллона для контрпульсации;
- кардиоверсия;
- перевязка открытого артериального протока;
- субтотальная перикардэктомия.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Легочная гипертензия. Классификация. Диагностика. Лечение.
2. Ангиопластика. Показания и противопоказания. Осложнения.
3. Хирургическое лечение ИБС. Хирургическая анатомия сердца и сосудов. Показания и противопоказания. Осложнения.
4. Сердечно-сосудистая система. Хирургическая анатомия грудной клетки.
5. Инвазивное лечение инфаркта миокарда. Показания и противопоказания. Осложнения.
6. Клапаны сердца (трехстворчатый, митральный, аортальный, легочный), топография клапанов. Специальные (инструментальные) методы диагностики патологии клапанов.
7. Постинфарктный разрыв свободной стенки сердца и постинфарктная недостаточность митрального клапана. Хирургическое лечение.
8. Осложнения раннего и позднего послеоперационного периода.
9. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия. Лечение.
10. Кровоснабжение сердца: венечные сосуды сердца (артерии, вены); вариантная анатомия сосудов сердца.
11. Кардиомиопатии. Хирургическое лечение кардиомиопатии. Показания и противопоказания. Осложнения.
12. Многоклапанные пороки. Классификация. Диагностики. Лечение.
13. Искусственное кровообращение и гипотермия. Современные показания к переливанию крови и ее компонентов. Группы крови. Методика определения групп крови и совместимости.
14. Катетеризация полостей сердца и ангиокардиография.
15. Коарктация аорты. Диагностика. Лечение.
16. Обследование пациента с ИБС.
17. Врожденные пороки сердца. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.
18. Эндоваскулярные методы лечения ишемической болезни сердца. Показания и противопоказания. Результаты. Осложнения.
19. Хроническая сердечная недостаточность. Хирургические методы лечения.
20. Тахикардии. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Ишемическая болезнь сердца (клиника, диагностика, лечение).
22. Патогенез, клиника, диагностика и тактика лечения нестабильной стенокардии и острого инфаркта миокарда

23. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца.
24. Современное состояние эндоваскулярного лечения больных ишемической болезнью сердца.
25. Использование методов неинвазивной электрофизиологии для диагностики сложных нарушений ритма сердца.
26. Основы электрофизиологической диагностики и катетерной аблации тахикардии.
27. Клиника, диагностика, лечение тахиаритмий.
28. Хроническая ишемия нижних конечностей (клиника, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение).
29. Хирургия висцеральных ветвей брюшной аорты (хроническая ишемия органов пищеварения).
30. Хирургическое лечение окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий
31. Трансплантация сердца.
32. Анестезия в сердечно-сосудистой хирургии.
33. Хирургические методы лечения ИБС.
34. Достижения в хирургии сердца.
35. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения.
36. Миокардиальные мостики.
37. Эндоваскулярная коррекция коронарного атеросклероза.
38. Современные аспекты диагностики и лечения трофических язв венозной этиологии.
39. Современные медицинские информационные системы.
40. Интеллектуальное обеспечение диагностики и лечения нарушений кровообращения.
41. Применение полимеров в сердечно-сосудистой хирургии.
42. Эхокардиографические исследования в кардиохирургической клинике.
43. Современная лучевая диагностика заболеваний сердца и сосудов.
44. Защита миокарда при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения.
45. Общие принципы реанимации и интенсивной терапии в кардиохирургической клинике.
46. Реабилитация в кардиохирургии.
47. Асептика и антисептика. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в кардиохирургии.
48. Открытый артериальный проток.
49. Дефект аорто-легочной перегородки.
50. Проблема легочной гипертензии при врожденных пороках сердца с возросшим легочным кровотоком.
51. Тотальный аномальный дренаж легочных вен.
52. Общий атриовентрикулярный канал.
53. Атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки.
54. Атрезия правого атриовентрикулярного отверстия.
55. Транспозиция магистральных артерий: морфология, диагностика порока и лечение больных.
56. Интенсивная терапия после кардиохирургических вмешательств у новорожденных и младенцев.
57. Современные возможности эндоваскулярной хирургии при лечении врожденных пороков сердца.
58. Приобретенные пороки сердца.

59. Изолированные пороки митрального и аортального клапанов.

60. Диагностика и хирургическое лечение больных с многоклапанными пороками сердца.

Ситуационные задачи

Задача 1.

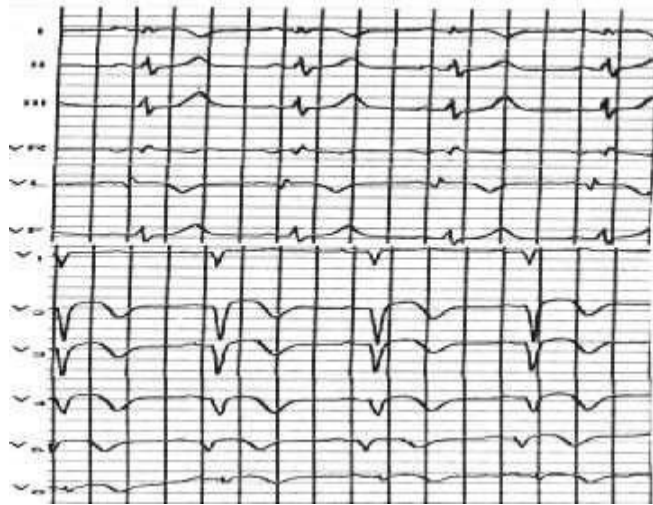
Больной Д., 34 лет, слесарь. При поступлении предъявлял жалобы на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, сердцебиение. Из анамнеза известно, что в течение трёх недель он амбулаторно лечился по поводу бронхита, два дня назад во время физической нагрузки возникли давящие боли за грудиной продолжительностью около 60 минут. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания. Пульс

100 уд / мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны; в прекардиальной области преходящий шум трения перикарда; на верхушке: I тон ослаблен, короткий систолический шум. Границы сердца в пределах максимальной нормы. В лёгких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отёков нет. Лейкоциты $9,5 \cdot 10^9$ / л, СОЭ 20 мм/час. Записана ЭКГ (рисунок 1).

Задание:

- Назовите ведущий синдром.
- Поставьте предварительный диагноз.
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- Назначьте дополнительные исследования.
- Дайте заключение по ЭКГ.
- Обоснуйте лечение, методы вторичной профилактики.

Рисунок №1 к задаче №1.



Задача 2.

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 года с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более двух часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Иногда отмечалось повышение АД до 200/120 мм рт.ст., постоянное АД - 160/100 мм рт. ст.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание частое (26 в минуту). Перкуторно над всеми полями грудной клетки лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт ст.

Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аускультативно тоны сердца глухие. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Задание:

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте необходимые информативные методы исследования.

Ваша лечебная тактика.

Задача 3.

Больную А. В течение 3 лет беспокоили кратковременные боли в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в шею. Накануне возникли очень интенсивные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, живот, продолжительностью 30 минут. Поднялась температура до 37⁰ С. Тоны

сердца ослаблены. Лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л. АСТ - 40 U/L (норма до 31), КФК – 150 U/L (норма до 170). На ЭКГ зубец Т в отведениях III и avF отрицательный, остроконечный. Через 3 дня ЭКГ нормализовалась.

Задание:

Ваш диагноз?

Назначьте необходимые дополнительные исследования при поступлении больного в стационар и при выписке.

Задача 4.

Больной 65 лет поступил с жалобами на боли за грудиной при подъеме на 1 этаж, одышку. Подобные жалобы в течении года. В покое болей и одышки нет, отеков на ногах, вынужденного положения нет. При обследовании: АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 82 в 1 минуту, в

легких изменений нет. Верхушечный толчок несколько смещен и отклонен влево и незначительно усилен, ритм галопа. При аускультации выслушивается справа от грудины мягкий систолический шум, иррадиирующий на сонные артерии и к верхушке сердца.

Задание:

- Опишите эхокардиограммы
- Необходимые методы обследования больного
- Возможный диагноз
- Варианты лечения

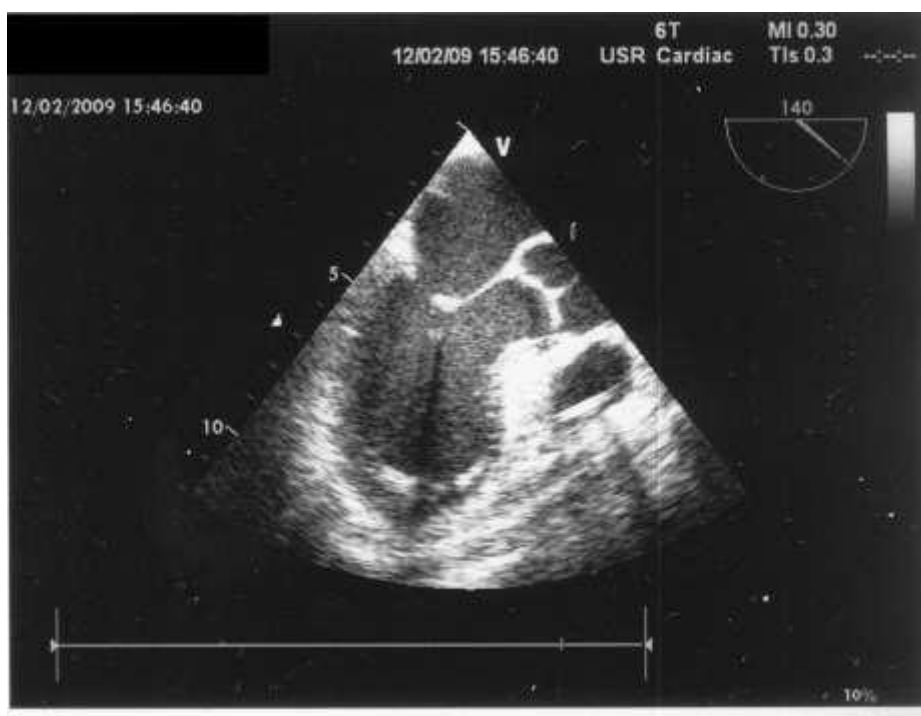


Задача 5.

У больной 48 лет при амбулаторном обследовании выявлено образование в левом предсердии. Сделана ЭхоКГ .

Задание:

- Поставьте предварительный диагноз
- Предложите необходимые дополнительные методы обследования
- Предложите варианты лечения



Задача 7.

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД– 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.

Задание:

- Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей.
- Методы обследования и тактика лечения.



задача 8.

Больной 37 лет поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке с жалобами на пульсирующее опухолевидное образование в правой подколенной области. В анамнезе тупая травма правой подколенной области около 2-х лет назад, после чего появилось пульсирующее опухолевидное образование в подколенной ямке, которое постепенно увеличивалось в размерах.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧДД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 130/90 мм рт.ст.. Гемоглобин – 140 г/л.

Status localis: правая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной

артерии отчетливая, в подколенной ямке определяется пульсирующее опухолевидное образование 4x5 см, кожа над ним не изменена, пульсация на артериях стопы несколько ослабленная. Левая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на всем протяжении отчетливая.

Задание:

- Установите диагноз. Методы обследования и тактика лечения.

Задача 9.

Больной 65 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу «перемежающей хромоты» в икроножных мышцах левой голени при ходьбе на расстояние до 10-20м, боли в покое в пальцах левой стопы. Болен в течение 5-ти лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД– 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140\90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий определяется на всем протяжении справа, слева только на общей бедренной артерии.

Задание:

- Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей.
- Методы обследования и тактика лечения.





Задача 10.

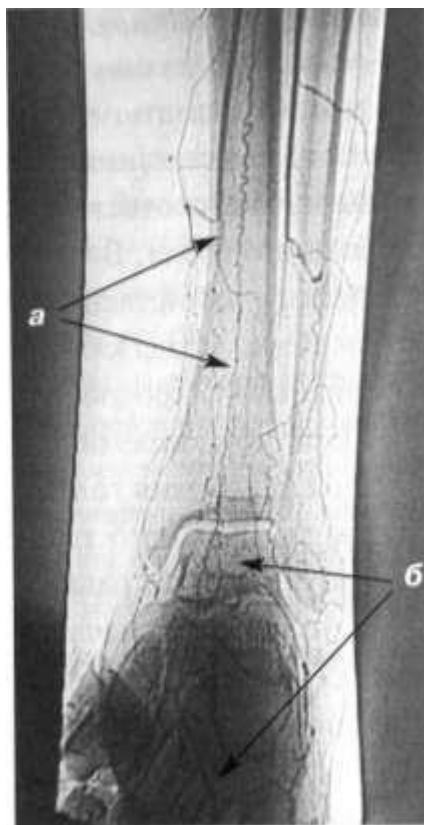
Больной 30 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли в левой стопе, некроз ногтевой фаланги V пальца. Болен в течение 1-го года, когда после эпизода сильного переохлаждения стоп появились явления мигрирующего флебита подкожных вен н\к, после чего стал отмечать боли в левой стопе при ходьбе. Проходимая дистанция постепенно сокращалась, последнее время беспокоят боли в покое, появился некроз ногтевой фаланги V пальца. Курит длительное время.

Status localis: Левая нижняя конечность – обычной окраски, бедро теплое, голень и стопа прохладные на ощупь, отмечается снижение волосяного покрова на голени, движения и глубокая чувствительность в полном объеме, поверхностная чувствительность пальцев стопы снижена, имеется некроз дистальной фаланги V пальца стопы. Пульсация на бедренной и подколенной артериях отчетливая, на артериях стопы не определяется.

Правая нижняя конечность – теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной и подколенной артерии отчетливая, на артериях стопы несколько ослабленная.

Задание:

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Какая стадия артериальной недостаточности у больного.
- Методы верификации и лечения заболевания.



Задача 12.

Пострадавшему с ножевым ранением подмышечной области в ЦРБ была выполнена перевязка подмышечной артерии с использованием лигатурной иглы Дешана. Больной отправлен в г. С. санавиацией. При осмотре сосудистым хирургом определяется пульсация лучевой артерии в

точке Пирогова, верхняя конечность теплая на ощупь, несколько отечна, расширены латеральная и медиальная подкожные вены.

Задание:

1. Дайте топографо-анатомическое обоснование подобного состояния.
2. В чем причина расширения подкожных вен?

Задача 13.

В хирургическом отделении во время обхода у больного Ж., прооперированного накануне по поводу правосторонней бедренной грыжи, выявлены отечность правой нижней конечности, усиление рельефа подкожных вен.

Задание:

1. С чем связано увеличение в объеме правой нижней конечности?
2. Какой способ пластики, скорее всего, был использован у этого больного? Обоснуйте.

Задача 14.

В межобластной центр микрохирургии из города У. доставлен больной С. травматической ампутацией верхней конечности на уровне нижней трети предплечья. Края раны ровные, после травмы прошло 4 часа. Отсеченная часть конечности находится в емкости с 0,25%-ным раствором формалина.

Задание:

1. Какая операция будет выполнена данному больному?
2. Перечислите условия, при соблюдении которых может быть произведена реплантация отсеченной конечности.

Задача 15.

В хирургическое отделение поступил больной с ножевым ранением грудной клетки. При обследовании выявлено раневое отверстие 2,5x1,0 см в IV межреберье слева по парастернальной линии. Больной жалуется на сжимающие боли за грудиной, несколько заторможен, бледный, пульс 115 в минуту, АД – 85/60 мм рт. ст., дыхание - 42 в минуту. Аускультативно справа – везикулярное дыхание, слева – дыхание не прослушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичны. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие слои грудной клетки прошел ранящий предмет? Ситуационная задача

№ 5. Больной К., 56 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, чувство нехватки воздуха, возникающие при физической нагрузке (ходьба

до 200 м, при подъёме по лестнице до 2 этажа), купирующиеся приёмом нитроглицерина через 1-2 минуты. Из анамнеза известно, что в течение 25 лет стало повышаться АД до 190/110 мм рт.ст. при рабочем 130/80 мм рт.ст. Лечился эналаприлом. В течение 3 лет стали беспокоить вышеописанные жалобы. Факторы риска: курение, мужской пол, возраст старше 55 лет, отягощённая наследственность по ССЗ (мать страдала ИБС), абдоминальное ожирение. Объективно: состояние средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост 170 см. Вес 100 кг. ИМТ 34. Объём талии 120 см. расширение левой границы сердца, PS= 58 в мин., ЧСС

= 58 в мин., АД 140/90 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы ниже лопатки справа. ЧД 20 в мин.; отёков нет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 16

Больной С., 58 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке (ходьба не более 200 м, подъёме по лестнице не выше 2 этажа), купирующиеся приёмом «Нитроспрея» через 1-2 минуты. Из анамнеза: считает себя больным с мая 2009 г., когда после падения с высоты 3 метров у больного развился инфаркт миокарда, после которого стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. С этого же времени стало повышаться АД до 160/90 мм рт.ст. при рабочем 120/80 мм рт.ст. В ОКХЦ проведена коронарография: Тип кровоснабжения левосторонний. Ствол ЛКА- не изменён. ПМЖВ-стеноз в среднем сегменте 50-60%. ОВ-стеноз в среднем сегменте 40%. ПКА-неровности контуров, стеноз в среднем сегменте 80%. Факторы риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, абдоминальное ожирение. Объективно: состояние средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост: 174 см. Вес: 108 кг. ИМТ: 36. Объём талии: 122 см. расширение левой границы сердца, PS= 68 в мин., ЧСС = 68 в мин., АД 120/80 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, ЧД 17 в мин.; отёков нет.

Вопрос:

Ваш диагноз и тактика ведения больного?

Задача 17

У больного 26 лет, перенесшего 3 дня назад эмболэктомию из правой плечевой артерии с хорошим восстановлением кровотока, внезапно повторно возникли ишемия правой руки, ишемия 1Б степени. Анамнестических и клинических признаков заболеваний сердца не выявлено.

Вопросы:

1. Что могло послужить причиной повторной артериальной эмболии?
2. Какие исследования нужно провести для выявления эмбологенного заболевания?

Задача 18

Больной 50 лет, перенесший год назад инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкую боль в левой ноге, появившуюся внезапно за сутки до поступления. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной артерии и артериях стопы – отсутствует. Вопрос: Какой метод дополнительного обследования целесообразно использовать? Ответ: Дуплексное сканирование сосудов. Ситуационная задача №5 Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в животе, поясничной области, слабость, головокружение. Заболел остро за 10 часов до поступления, когда внезапно появились резкие боли в животе, слабость, головокружение. Боль носила постоянный характер, иррадиировала в спину, бедро. Тошноты и рвоты не было. Длительное время страдает гипертонической болезнью. Общее состояние тяжёлое, кожный покров бледный, покрыт холодным потом. Одышка - 32 в минуту. В лёгких рассеянные сухие и влажные хрипы. Пульс 120 в минуту, ритмичный. АД 90 и 40 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 18 x 12 x 10 см, плотное, пульсирующее, неподвижное. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Нижние конечности тёплые. Пульсация артерий определяется на всём протяжении.

Вопрос:

Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 19

Мужчина, 28 лет, жалуется на одышку, быструю утомляемость при ходьбе. Считает себя больным с рождения, когда была установленная врожденная недостаточность аортального клапана. Физически развит удовлетворительно, кожные покровы бледные, слабый цианоз губ. Левая

граница сердца расширена. ЧСС - 78 уд/мин, АД - 110/80 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Какой вид сердечной недостаточности по патогенезу у больного?
2. Раскройте механизмы интракардиальной адаптации.

Задача 20

Больная И., 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, отеки нижних конечностей. Анамнез: Около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последние ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Стали возникать боли в области сердца, давящего характера, возникающие при небольшой физической нагрузке. Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется выраженный систолический шум на основании сердца. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. ЭХО-КГ: Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок. Резкий аортальный стеноз с G118 мм рт.ст. Умеренная аортальная регургитация 2-3 степени. Врожденный двустворчатый клапан аорты: три комиссуры, сращены правая и некоронарная створки. Фиброз и кальциноз 3 степени аортального клапана. Умеренное расширение восходящей аорты. Небольшое расширение левого предсердия. Значительная гипертрофия стенок левого желудочка (до степени гипертрофической кардиомиопатии). Диастолическая функция левого желудочка: нарушена по псевдонормальному типу. Легочная гипертензия 1 степени. Давление в ПЖ 36 мм.рт.ст. Сократимость левого желудочка в пределах нормы. Фракция выброса левого желудочка: 74%. Рентгенография Легочный рисунок не изменен. Корни легких: структурные, нормальных размеров. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце: Поперечник увеличен влево. Увеличена восходящая аорта. В проекции аортального клапана очаги средних размеров обызвествления. Гипертрофирован левый желудочек.

Вопросы:

Ваш клинический диагноз; основное направление терапии у данного пациента;

Тактика хирургического лечения.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной

ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 800 с., 978-5-9704-4810-6
2. Неотложная кардиология / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. : ил., 978-5-9704-3648-6.
3. Поздняков Практическая кардиология
4. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. — 9-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 352 с. : ил. — (Серия «Библиотека врача-специалиста»), 978-5-9704-4820-5
5. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях (формулировка, классификации) / С. Г. Горохова. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 304 с. , 978-5-9704-4455-9
6. Актуальные вопросы кардиологии : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.36 "Кардиология" / авт.: Н. Н. Никулина, Е. А. Смирнова, Е. В. Филиппов и др.. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. — 495 с., [8] л. цв. ил.
7. Практические аспекты ведения пациентов с дислипидемиями : учебно-методическое пособие для врачей-кардиологов, терапевтов, неврологов, клинических фармакологов, врачей общей практики / Зафираки Виталий Константинович, Космачева Елена Дмитриевна, Компаниец Ольга Геннадьевна. — Краснодар : Новация, 2021 г. — 149 с. : ил.
8. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : учебное пособие для системы последиplomной подготовки врачей по специальностям "Терапия" и "Кардиология" / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 7-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 903 с., [4] л. цв. ил.
9. Кардиомиопатии в практике кардиолога и терапевта : учебное пособие / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Кафедра общей терапии, Факультет дополнительного профессионального образования. — Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021 г. — 71 с.
10. Клиническая фармакология сердечно-сосудистых средств / под ред. С. К. Зырянова, Е. А. Ушкаловой. — Москва : Медицинское информационное агентство, 2021 г. — 427, [1] с., [2] л. цв. ил.
11. Врожденные пороки сердца у взрослых : учебное пособие для студентов, клинических ординаторов, врачей / Н. Н. Шихвердиев, Д. Д. Купатадзе, Р. Б. Бадуров [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2021 г. — 35 с. : ил.

12. Основы фармакотерапии гипертонической болезни : учебное пособие для врачей-кардиологов, терапевтов, клинических фармакологов / Космачева Е. Д. — Краснодар : КубГМУ, 2021 г. — 159 с. : ил.
13. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Терапия и реабилитация : учебное пособие / И. Г. Кузнецова, С. М. Безроднова, Т. Г. Дрепа [и др.]. — Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2021 г. — 101 с. : ил.
14. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца : учебное пособие / А. В. Сыров, А. В. Тарасов. — Москва : Российский университет дружбы народов, 2021 г. — 100, [1] с. : ил.
15. Врожденные и приобретенные пороки сердца : учебное пособие : в 2 частях / П. В. Корой, Л. В. Бородина, А. В. Ягода ; Ставропольский государственный медицинский университет. — Ставрополь : Издательство Ставропольского государственного медицинского университета. Ч. 2. — 2021 г. — 223 с.
16. Гипертензивные кризы : учебное пособие / Н. В. Иванова, Ю. Н. Гришкин. — Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021 г. — 70 с. : ил.
17. Неотложная кардиология : учебное пособие / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. — 262 с. : ил.
18. Введение в практическую электрокардиографию : учебное пособие для врачей функциональной диагностики, кардиологов, терапевтов, врачей общей практики, студентов медицинских вузов / С. В. Гусев, Г. Я. Хайт, Н. Н. Попова, Т. П. Магазинюк. — Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020 г. — 133 с. : ил.
19. Сердечная недостаточность: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики с позиций доказательной медицины : междисциплинарное учебное пособие / Ларина В. Н., Барт Б. Я., Шостак Н. А. [и др.]. — Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020 г. — 289 с. : ил.
20. Коронарная ангиография: показания, противопоказания, методика, осложнения и подготовка пациентов : учебное пособие для врачей, студентов медицинских вузов / Боломатов Н. В., Борщёв Г. Г.. — Москва : РАЕН, 2020 г. — 19 с.
21. Медикаментозная терапия и профилактика хронической сердечной недостаточности : учебно-методическое пособие / Ростовский государственный медицинский университет, Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии). — Ростов-на-Дону : Фонд науки и образования, 2020 г. — 86 с. : табл.
22. Кардиомиопатии : учебное пособие / Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова. — Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020 г. — 246 с. : ил.

23. Ишемическая болезнь сердца при сахарном диабете: стандарты диагностики и лечения : учебное пособие / В. В. Климонтов, Е. А. Королева, Г. И. Лифшиц, Г. С. Солдатова. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2020 г. — 49 с.
24. Острый коронарный синдром в сочетании с фибрилляцией предсердий : учебно-методическое пособие для врачей-кардиологов, терапевтов, неврологов, хирургов, врачей общей практики, клинических фармакологов, врачей скорой помощи / Кубанский государственный медицинский университет, кафедра терапии № 1 ФПК и ППС. — Краснодар : Экоинвест, 2020 г. — 219 с.
25. Синдром резистентной артериальной гипертензии и его лечение : учебно-методическое пособие / Н. Р. Палеев, Б. В. Гордиенко. — Москва : МОНИКИ, 2019 г. — 75 с. : ил.
26. Актуальные вопросы кардиологии : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.36 "Кардиология" / авт.: Н. Н. Никулина, Е. А. Смирнова, Е. В. Филиппов и др.. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. — 495 с., [8] л. цв. ил.
27. Дифференциальная диагностика шумов в сердце. Все, что необходимо знать практикующему врачу : учебное пособие / Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, кафедра госпитальной терапии №2 лечебного факультета. — Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019 г. — 202, [1] с. : ил.
28. Диагностика и дифференциальная диагностика пациентов с первичной и вторичной легочной гипертензией : учебно-методическое пособие / С. А. Терпигорев, Т. Г. Кабанова, Г. Г. Шехян. — Москва : МОНИКИ, 2019 г. — 27 с.
29. Диагностика, лечение и профилактика тромбоэмболических осложнений у онкологических и онкогематологических больных : учебное пособие / Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. — Москва : ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2018 г. — 81, [1] с.
30. Оценка степени тяжести гемореологических нарушений у больных кардиологического профиля : учебно-методическое пособие / Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал ФГБНУ "Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук" [и др.]. — Новосибирск : Офсет-ТМ, 2018 г. — 169 с. : ил.

31. Неотложная помощь пациентам с фибрилляцией предсердий : учебно-методическое пособие / [Ж. С. Филипповская и др.]. — Москва : МОНКИ, 2018 г. — 26 с. : табл.
32. Гипертонические кризы в клинической практике : учебное пособие / Н. Н. Боровков, В. П. Носов, Н. В. Аминова. — 5-е изд. — Нижний Новгород : Издательство НижГМА - ПИМУ, 2018 г. — 58 с. : ил.
33. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология : учебное пособие для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы дополнительного образования по специальности 31.08.37 "Клиническая фармакология" / Т. Е. Морозова, О. А. Вартанова, М. А. Чукина. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018 г. — 245 с. : ил.
34. Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторной практике : учебное пособие для врачей, ординаторов / Н. В. Стуров, А. В. Сыров, Г. Н. Кобыляну. — Москва : ИД Академиздат, 2018 г. — 75 с.
35. Неотложные состояния при нарушениях ритма сердца : учебно-методическое пособие / Нижегородская государственная медицинская академия. — 4-е изд., испр. и доп. — Нижний Новгород : Изд-во НижГМА, 2018 г. — 108 с. : ил.