Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 10.11.2026 16:17:32
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
_____ / Костив Е.П. /
«25» июня 2026г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б3.О.02(Г) Сдача государственного экзамена

Специальность	31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере сердечно-сосудистой хирургии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	3 года
Институт/кафедра	хирургии

Владивосток – 2026

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия, направленности 02 Здравоохранение (в сфере 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/viy/31.08.63_Serdechno-sosudistaya_xirurgiya(1).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1.	Сдача государственного экзамена	Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Ситуационные задачи по основным разделам

Раздел 1. Организация хирургической помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Методы исследования сердца и сосудов.

Задача. Пациент А. 56 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в нижних конечностях при ходьбе, а также периодически возникающее онемение пальцев стоп. Страдает гипертонической болезнью в течение 5лет. Уставлено, что боли в икроножных мышцах, а также в верхних отделах бедер и ягодиц возникают при ходьбе через 100м. Пульсация на обеих бедренных артериях резко ослаблена; над бедренными и подвздошными артериями выслушивается систолический шум. Пульсация на подколенных артериях и артериях обеих стоп отсутствует. Язвенно-некротических поражений на нижних конечностях нет.

1.Ваш предварительный диагноз?

А - неспецифический аортоартериит; Б - диабетическая ангиопатия; В - облитерирующий атеросклероз; Г - облитерирующий тромбангиит.

2.Если вы предположили наличие синдрома Лериша, то какие нижеперечисленные жалобы должны присутствовать?

А - повышенное либидо; Б - импотенция; В - боли в правом подреберье; Г - зябкость и похолодание нижних конечностей; Д - повышенная температура стоп; Е - периодически возникающие боли преимущественно в нижних отделах живота при физических нагрузках и ходьбе; Ж - повышенное оволосение кожных покровов нижних конечностей.

3.Для подтверждения диагноза какие нижеперечисленные методы исследования необходимо провести в условия поликлиники?

А - флебография нижних конечностей; Б - ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и допплерография; В - колоноскопия; Г- ФЭГДС;

4. Какая степень ишемии нижних конечностей у данного пациента согласно классификации Фонтена - Покровского?

А- 1; Б - 2А; В - 2Б; Г- 3; Д - 4.

5.Ваши дальнейшие действия?
А - назначить пациенту консервативную терапию; Б - направить на санаторно-курортное лечение;
В - направить на лечение к сосудистым хирургам; Г – амбулаторное лечение и наблюдение в динамики.

Задача. Пациент К. 45 лет поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли в икроножной мышце правой нижней конечности, возникающие при ходьбе через 30м. 2 года назад впервые возникли жалобы на зябкость и чувство онемение правой стопы. Затем присоединились боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние до 1000м. Постепенно дистанция безболевой ходьбы стала сокращаться. Очевидное ухудшение отмечает за последний месяц, когда появились отечность стопы, язва ногтевой фаланги первого пальца и боли в покое. Также страдает ИБС (1,5 года назад перенес инфаркт миокарда) и артериальной гипертензией. При осмотре отмечается бледность и отечность правой стопы и нижней трети голени. Первый палец правой стопы гиперемирован, а на его ногтевой фаланге имеется язва диаметром 8мм. Стопа и голень бледные, пальпаторно холодные на ощупь. Пульсация на правой нижней конечности определяется только в паховой складке, а ниже отсутствует. Пульсация на левой нижней конечности определяется на всех уровнях.

1.Какое заболевание, по вашему мнению, вызвало хроническую ишемию нижних конечностей?
А - облитерирующий тромбангиит;
Б - облитерирующий атеросклероз;
В -неспецифический аортроартериит;
Г - ангиодисплазии.
2.Какой артериальный сегмент поражен у данного пациента?
А - терминальный отдел аорты и подвздошные артерии; Б - бедренно-подколенный сегмент;
В - артерии голени;
Г – глубокая артерия бедра.
3.Степень хронической ишемии нижних конечностей по классификации Покровского – Фонтейна у данного пациента?
А - 1; Б - 2А; В - 2Б; Г - 3; Д – 4.

4.Какой неинвазивный инструментальный метод наиболее информативен для топической диагностики данного варианта заболевания?
А - реовазография голени и стопы;
Б - ангиография;
В - ультразвуковое дуплексное ангиосканирование; Г - компьютерная томография.

5.Какое давление на берцовых артериях по данным УЗДГ является критерием критической ишемии нижних конечностей?
А <100 мм. рт. ст.; Б <70 мм. рт. ст.; В <50 мм. рт. ст.; Г <20 мм. рт. ст.
Задача. Больной 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией. Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации.

Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента
4. Предрасполагающие факторы заболевания.
5. План реабилитационных мероприятий. Прогноз.

Задача. У больного 75 лет, в течение 2-х лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст. ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.
1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? 2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.
4. Предрасполагающие факторы заболевания.
5. План реабилитационных мероприятий. Прогноз.

Задача. Больной 55 лет Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 2Б тип. Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы? 3. Каковы методы коррекции дислипопротеидемии в данном случае?
4. Предрасполагающие факторы заболевания.
5. План реабилитационных мероприятий. Прогноз.
Задача. У больного59 лет, в анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке , купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза вдень (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.
1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?
3. Предрасполагающие факторы заболевания.
4. План реабилитационных мероприятий. Прогноз

Задача. У пациентки 64 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15лет, несколько дней назад возникли боли, отечность и покраснение первого пальца левой стопы. При осмотре первый палец левой стопы отечен, синюшного цвета, в области концевой фаланги имеется участок некроза до 1см в диаметре. Левая стопа умеренно отечна, прохладная на ощупь. Температура тела 37,40С. Пульсация на бедренных и подколенных артериях хорошая, а на левой нижней конечностей на тыльной поверхности стопы и на задней большеберцовой артерии отсутствует. Глюкоза крови - 18,2 ммоль/л. Глюкокозурия, ацетон в моче.
1.Для диабетической ангиопатии нижних конечностей наиболее характерно:
А - "мигрирующий" тромбофлебит;

Б - поражение магистральных артерий голени и артерий стопы;
В - окклюзия бедренно-подколенного сегмента;
Г - синдрома Лериша;
Д - сопутствующая полинейропатия и остеоартропатия пораженной конечности.

2.Какое инструментальное исследование может решить диагностические проблемы у данной пациентки?
А - компьютерная томография;
Б - артериография;
В - ультразвуковая допплерография артерий нижних конечностей; Г - флебография нижних конечностей.
3. При дальнейшем обследовании установлено, что магистральные артерии на бедре и голени не изменены, а на левой стопе проходимость артерий нарушена. Рентгенологически отмечается выраженная остеоартропатия левой стопы. Какой диагноз можно поставить в данном случае?
А - остеомиелит;
Б - диабетическая макроангиопатия;
В - неспецифический аортроартриит;
Г - облитерирущий тромбангиит.
4. Что прежде всего необходимо предпринять в данном конкретном случае?

А - ампутировать нижнюю конечность;

Б - выполнить реконструктивную операцию;

В - нормализовать содержание сахара в крови, провести стартовое консервативное лечение;

Г - выполнить поясничную симпатэктомию.
5.Какое оперативное вмешательство показано в будущем этой пациентке?
А - бедренно-подколенное шунтирование;
Б - поясничная симпатэктомия;
В - бедренно-берцовое шунтирование;
Г - чрескожное эндоваскулярное вмешательство (ангиопластика и стентирование).

Раздел 2. Хирургия венозной системы

Задача. Больная, 18 лет, в послеродовом периоде перенесла острый левосторонний илеофеморальный флеботромбоз. За помощью обратилась через год. Специального лечения в течение года не проводила. Предъявляет жалобы на резкое увеличение в объеме левой нижней конечности и боли в ней. Отечность конечности за время ночного отдыха практически не проходит. Разница диаметров нижних конечностей на бедре - 8 см, на голени - 6 см. К вечеру появляются боли распирающего характера в левой нижней конечности. Какие причины привели к развитию данного состояния? Какой клинический диагноз у больной?

Задача. Больной, 31 года, предъявляет жалобы на наличие отека правой верхней конечности, расширение подкожных венозных сосудов на передней поверхности грудной клетки и на шее. Из анамнеза известно, что 21 год пациент страдает тяжелой формой инсулинзависимого сахарного диабета. 6 месяцев назад был госпитализирован в реанимационный стационар в кетоацидотической коме. Пациенту выполнялась пункция подключичной вены справа с последующей длительной катетерной инфузией. После удаления катетера развился отек всей правой верхней конечности, который был купирован возвышенным положением руки в течение 3-ех дней. Клиническая картина какого заболевания имеет место в данном случае? Какие неинвазивные способы инструментальной диагностики необходимо произвести для его подтверждения?

Задача. У больного, 68 лет, перенесшего год назад острый тромбофлебит глубоких вен левой голени, за 3 дня до поступления в клинику появились боли в левой нижней конечности, увеличение в объеме последней. При осмотре правая нижняя конечность

пастозна. Отмечается значительный отек левой нижней конечности вплоть до паховой складки. Кожные покровы конечности цианотичны. На бедре усилен венозный рисунок. Пальпация левой паховой области и проекции сосудисто-нервного пучка на бедре болезненна. Положительный симптом Хоманса. При ретроградной илиокаваграфии получено изображение нижней полой вены. Левая подвздошная вена не контрастируется. В инфраренальном отделе нижней полой вены имеется центрально расположенный деффект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены. Какое заболевание развилось у больного? На что указывают данные флебографии. Почему необходимо оперировать больного? Какое оперативное вмешательство должно быть выполнено?

Задача. На поликлинический прием к хирургу обратилась больная, 47 лет, у которой после гинекологической операции на органах малого таза развился острый илеофеморальный тромбоз слева. Стационарное лечение в послеоперационном периоде привело практически к полной ликвидации 33 клинических проявлений заболевания. Однако, спустя 3 месяца у больной вновь появилась отечность левой голени. Возникли распирающие боли в конечности к вечеру. Чем обусловлены подобные жалобы? Каковы должны быть рекомендации хирурга, ведущего прием?

Задача. У пациента, 44 лет, в области гиперпигментации по медиальной поверхности левой голени сформировалась трофическая язва, толерантная к консервативному лечению. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад у пациента был перелом обеих костей левой голени. Иммобилизация конечности в течение 2 месяцев, после снятия гипса сопровождалась развитием отечности голени, сильными болевыми ощущениями в области левой голени, болезненностью при ее пальпации. Возникший симптомокомплекс был купирован консервативными мероприятиями. Какие методы исследования следует применить для уточнения характера заболевания? Каков механизм развития трофической язвы?

Задача.Пациентка, 58 лет, предъявляет жалобы на увеличение в объеме правой верхней конечности. Отечность конечности увеличивается к вечеру и при физической нагрузке. Одновременно к вечеру появляются не резко выраженные боли в верхней конечности распирающего характера. Из анамнеза известно, что год назад больной была выполнена расширенная радикальная мастэктомия правой молочной железы по поводу злокачественной опухоли. Правая верхняя конечность увеличена в объеме: разность диаметров на плече - 5 см, на предплечье - 3 см. Двигательная активность в суставах руки сохранена. Чем обусловлено развитие данного состояния? Каковы лечебные мероприятия?

Задача. Больная, 48 лет, около 25 лет страдает варикозной болезнью левой нижней конечности. 8 лет назад перенесла острый тромбофлебит глубоких вен левой голени. В настоящее время предъявляет жалобы на выраженный варикоз в системе большойподкожной вены на бедре и голени. На голени по ее медиальной поверхности в нижней трети определяется обширный 34 участок индурации с очагами дерматита. При допплерографическом исследовании и флебографии выявляются множественные несостоятельные коммуникантные вены в нижней и средней трети левой голени. Какое лечение должно быть проведено данной больной?

Задача. Больная, 30 лет, с рождения отмечает увеличение в размерах и объеме обеих нижних конечностей. Родилась полноценным семимесячным ребенком. Вертикальная нагрузка сопровождалась прогрессирующим увеличением отечности конечности. Обследование в сосудистых центрах показало не измененное состояние глубокой и

поверхностной венозной сети. Однако было выявлено практически полное отсутствие магистрального лимфатического русла. В возрасте 14 лет больной предлагалось оперативное лечение, от которого она и родители отказались. В настоящее время нижние конечности не пропорционально увеличены в объеме. Диаметр ног на уровне средней трети обоих бедер - 48-49 см, а голеней - 37-38 см. Отмечаются множественные участки фибродемы по передне-медиальной поверхности голени и на тыле стопы. Активные движения в суставах стопы затруднены. С помощью какого метода исследования можно доказать отсутствие магистральных лимфатических сосудов на нижних конечностях? Какой вид оперативного вмешательства следует предложить больной?

Задача. Больная, 48 лет, 3 года назад перенесла острый тромбофлебит глубоких вен левой голени. В результате лечения полной компенсации флебогемодинамики ненаступило. Сохранился отек левой голени. Примерно через год от начала заболевания отмечено появление пигментных пятен, в начале на медиальной поверхности голени. Затем вся нижняя треть голени практически циркулярно, за исключением задней поверхности, выполнилась пигментно-коричневым индуратом. Более того, в течение последнего года на задне-латеральной поверхности голени в ее нижней трети появилась не поддающаяся консервативному лечению язва размером 4х3 см. Голень стала похожа на «перевернутую бутылку». Какое заболевание у больной? Какие методы исследования необходимо применить для его подтверждения? Какое лечение показано?

Задача. Пациент, 31 год, предъявляет жалобы на выраженную отечность правой нижней конечности. Заболевание началось полгода назад, когда больной перенес рожистоевоспаление правого бедра в верхней трети. Консервативное лечение в течение этого периода времени оказалось не эффективным. Диаметр правого бедра на 8 см больше левого. На голени разница диаметров составляет 6 см. При допплерографии венозного русла патологические изменения не отмечаются. Лимфография выявила магистральный тип строения лимфатических сосудов на левой нижней конечности и локальный окклюзионный процесс в лимфатическом русле в верхней трети бедра в зоне перенесенного рожистоговоспаления. Какое лечение следует назначить больному?

Задача. Больная, 38 лет, госпитализирована в отделении реанимации в тяжелом состоянии с жалобами на одышку в покое, кровохарканье, повышение температуры до 38оС, увеличение в объеме правой нижней конечности, гиперемию последней, болезненное тыльное сгибание в голеностопном суставе. Из анамнеза известно, что 5 лет назад пациентка перенесла острый илеофеморальный тромбоз справа. Проведенное консервативное лечение привело к значительному улучшению ее состояния. Последующаяконсервативная терапия позволили добиться компенсированной стадии хронической лимфовенозной недостаточности правой нижней конечности (разница диаметров конечностей на бедре составила 1 см, на голени - 0,5-1 см). Ухудшение состояния, в видезначительного отека нижней конечности и появления болевых ощущений, отметила 3 дня назад.. Накануне, среди относительного стабильного общего состояния, появились жгучие боли в правой половине грудной клетки, сердцебиение. Затем повысилась температуратела, стал беспокоить кашель с отделением мокроты с прожилками крови. Какому заболеванию соответствует клиническая картина имеющаяся у больной? Какие методы диагностики следует предпринять? В чем заключается тактика и методы лечения пациентки?

Раздел 3. Хирургия аорты и магистральных артерий

Задача. Пациент Е. 48 лет поступил в клинику с трофической язвой первого пальца левой стопы. Курит с 20 лет. В течение последних 5 лет беспокоят боли, чувство покалывания и онемение в пальцах левой стопы. Также отмечают появление воспаленных узелков вдоль вен левой голени, которые со временем исчезали, оставляя участки гиперпигментации в

данной зоне. За последний год появилась трофическая язва на дистальной фаланге первого пальца. Лечился амбулаторно – без эффекта. При осмотре отмечено, что на I пальце левой стопы имеется язвенный дефект диаметром до 0,6 см,
покрытый влажной корочкой, а также перифокальная гиперемия тканей,
распространяющаяся до основания пальца. Отмечаются уплотнения в проекции подкожных вен левой голени с гиперпигментацией. Движения и чувствительность в полном объеме. Пульсация на бедренных и подколенной артериях слева отчетливая, а на берцовых артериях отсутствует. На коже правой голени - участки гиперпигментации, однако на артериях стопы имеется отчетливая пульсация. На верхних конечностях пульсация симметричная и сохранена на всем протяжении. Над сонными артериями при аускультации шумы не определяются.
1.Какое заболевание можно предполагать у данного пациента?
А - облитерирующий атеросклероз;
Б - болезнь Бюргера;
В - диабетическая макроангиопатия;
Г - острый тромбофлебит поверхностных вен.
2.Какие факторы предрасполагают к развитию этого заболевания?
А - длительные сроки курения;
Б - алкоголизм;
В - переохлаждение;
Г - гиперлипидемия;
Д - несоблюдение диеты.
3.Какие дополнительные инструментальные методы исследования можно
применить для подтверждения диагноза?
А - флебография;
Б - ангиография;
В - ультразвуковое дуплексное сканирование;
Г - тетраполярная грудная реография;
Д – радиоизотопное исследование.

Задача: Пациент поступил с жалобами на сильные боли в обеих нижних конечностях, чувство онемение, похолодания в них, обездвиженность в пальцах, а также резкие боли в поясничной области справа. Болен в течение последних 6 часов. Страдает комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, мерцательная аритмия в течение последних 3 лет. При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Число дыхательных движений 26 в 1 минуту, пульс 90 ударов в минуту, АД 180/100 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах. Кожные покровы обеих нижних конечностях с выраженным "мраморным рисунком" - до нижней трети бедер. Пульсация магистральных артерий не определяется на всем протяжении обеих ног. Все виды чувствительности на стопах отсутствуют.
1.В какие артерии произошла тромбоэмболия в данной клинической ситуации?
А - бедренно-подколенный сегмент;
Б - артерии голени;
В - бифуркация аорты;
Г - почечные артерии;
Д - мезентеральные артерии.
2.Какие существуют причины острой артериальной окклюзии в данной конкретной ситуации?
А - синдром Лериша;
Б - эмболия из аневризмы брюшного отдела аорты; В - расслоение грудной аорты II типа;
Г - расслоение грудной аорты III типа;
Д - эмболия из левых камер сердца.

3.Чем обусловлен субфасциальный отек при острой ишемии нижней конечности: А - венозный застой;
Б - некробиоз мышц;
В - лимфостаз конечности;
Г - патологическое артериовенозное венозное шунтирование;
Д – повышение регионарного АД пораженной конечности.
4.Что является противопоказанием для выполнения эмболотромбэктомии при острой ишемии нижней конечности?
А - стадии IА;
Б - стадия IIIА;
В - стадия IIIБ;
Г – стадия IIIВ;
Д – стадия IIА.
5.Какую операция необходимо выполнить данному пациенту?
А - бифуркационное аорто-бедренное протезирование; Б - эмболотромбэктомия из бифуркации аорты;
В - поясничная симпатэктомия;
Г - эмболотромбэктомия из почечных артерий;
Д – баллонная ангиопластика.

Задача: Пациент Ф. 30лет поступил в клинику с жалобами на боли, онемение, парестезии в левой стопе и наличие язвы на пятом пальце там же. Курит в течение последних 16лет. Семь лет назад впервые стало беспокоить похолодание в левой стопе. За 2года до настоящего поступления в клинику была выполнена поясничная симпатэктомия, эффект которой был кратковременный. Язва на пятом пальце левой стопы появилась три месяца назад. Работает лесником. При осмотре стопы несколько бледноватые, при пальпации теплые. На 5-м пальце левой стопы имеется язвенный дефект до 6 мм в диаметре, дно которого покрыто фибрином. Пульсация на левой бедренной и подколенной артерии отчетливая, на задней большеберцовой артерии ослаблена, на передней большеберцовой артерии не определяется. На правой нижней конечности артериальная пульсация на всем протяжении.
1.Каким заболеванием страдает пациент?
А - облитерирующий атеросклероз;
Б - алкогольная полинейропатия;
В - неспецифический аортоартериит;
Г - облитерирующий тромбангиит;
Д - болезнь Рейно.
2.Какие этиологические факторы могли привести к развитию заболевания у этого пациента?
А - частые переохлаждения;
Б - курение;
В - прием алкоголя;
Г - перелом костей голени;
Д - врожденная патология магистральных вен и артерий.
3.Какая степень региональной хронической ишемии конечности по классификации Покровского - Фонтейна имеет место в данной ситуации?
А - функциональная компенсация;
Б - декомпенсация при физической нагрузки;
В - декомпенсация покоя;
Г - некротическая;
Д – подострая.
4.Какое оперативное лечение предпочтительно выполнить в данном случае?
А - поясничная симпатэктомия с другой стороны;

Б - бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование; В - подколенно-берцовое аутовенозное шунтирование; Г - ампутация бедра;
Д - пересадка большого сальника на сосудистой ножке.

Задача: Пациент Я. 62лет поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 50-100метров и исчезающие после кратковременного отдыха. Не курит, со стороны внутренних органов и систем без особенностей, лабораторные показатели крови в пределах нормы. Заболел 2года назад, когда впервые стал отмечать боли в левой голени при длительной ходьбе. В последующем количество метров, которое мог пройти пациент без отдыха, прогрессивно уменьшалось. За лечебной помощью не обращался. Объективно: левая голень и стопа бледной окраски, кожная температура снижена. Волосы на голени отсутствуют. Ногти на пальцах ног потускневшие, ломкие. Пульсация магистральных артерий на правой нижней конечности определяется во всех типичных местах, на левой – лишь на бедренной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Самуэльса, Гольдфлама.
1.Каков предварительный диагноз?
А - облитерирующий атеросклероз;
Б - облитерирующий тромбангиит;
В - диабетическая макроангиопатия;
Г - неспецифический аортоартериит;
Д - диабетическая микроангиопатия.
2.Причина отсутствия пульсации на левой подколенной артерии?
А - окклюзия бедренно-подколенного сегмента слева; Б - левосторонний илеофеморальный тромбоз;
В - тромбоз наружной подвздошной артерии слева; Г - окклюзия терминального отдела брюшной аорты; Д - аневризма подвздошной артерии.
3.Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
Выберите правильную комбинацию ответов: А - если верно 1,2,3; Б - если верно 1,3; В - если верно 2,4; Г - если верно 4; Д - все верно.
1.Реовазография
2.Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование 3.Рентгеноконтрастная ангиография
4.Компьютерная томография
5.Плетизмография и функциональные пробы.
4.Возможная лечебная тактика у данного пациента: А - бедренно-подколенное шунтирование;
Б поясничная симпатэктомия;
В - бедренно-тибиальное шунтирование;
Г -аорто-бедренное шунтирование, дополненное бедренно-подколенным шунтированием;
Д - консервативная терапия с целью улучшения микроциркуляции и метаболических процессов в тканях и стимуляции развития коллатералей.
Задача: Пациент А. 46 лет поступил с жалобами на импотенцию и боли в икроножных мышцах, ягодицах и пояснице, возникающие при прохождении 20-30м. Считает себя больным в течение 9 месяцев. Два гола назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Объективно: состояние пациента удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 в 1 минуту, правильного ритма. Кожные покровы нижних конечностей цвета "слоновой кости". Волосяной покров на голенях отсутствует. Пульс на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные симптомы Самуэльса, Гольдфлама, Панченко.
1.Предварительный диагноз:
А - синдром Лериша;
Б - неспецифический аортоартериит;

В - атеросклеротическая окклюзия правой и левой поверхностных бедренных артерий;

Г - облитерирующий тромбангиит;

Д - болезнь Рейно.

2.Какова причина отсутствия пульса на артериях ног?

А - окклюзия подвздошных артерий;

Б. - атероматоз аорты с пристеночным тромбом;

В - атеросклеротическое поражение терминального отдела брюшной аорты и окклюзия подвздошных артерий;

Г - "синдром мезентериального обкрадывания";

Д - постинфарктная аневризма сердца, осложненная сердечной недостаточностью (фракция выброса менее 40%)

3.Укажите наиболее оптимальные исследования, которые следует выполнить для установки диагноза (выберите правильную комбинацию ответов: А - если верно 1,2,3; Б - если верно 1,3; В - если верно 2,4; Г - если верно 4; Д - все верно).

1.Компьютерная томография органов малого таза

2.Ультразвуковая допплерография и дуплексное ангиосканирование

3.Рентгеноконтрастная ангиография нижних конечностей по Сельдингеру

4.Транслюмбальная рентгеноконтрастная аортоартериография

5.Реовазография

4.Возможная лечебная тактика у данного пациента:

А - баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий;

Б - резекция бифуркации аорты с протезированием;

В - поясничная симпатэктомия;

Г - эндартерэктомия из подвздошных артерий;

Д – двустороннее аорто-бедренное шунтирование бифуркационным протезом;

Задача: Больной 22 лет поступил в клинику с жалобами на упорные головные боли, периодически появляющиеся онемение пальцев рук и ухудшение зрения. Считает себя больным около 12 лет. Живет в хороших условиях, соль употребляет умеренно, не курит. При объективном обследовании обнаружено расширение границ сердца влево, акцент II тона на аорте. Пульс - 100 в мин., АД 190/100 мм рт. ст. На ФКГ определяется систолический шум над пупком. На ангиограмме выявлено сужение почечных артерий, при офтальмоскопии - мелкое кровоизлияние на глазном дне. В анализе мочи - небольшая протеинурия и гематурия.

1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра?

2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача. После проведения рентгеноконтрастной ангиографии установлено, что у пациента Е. 55 лет имеется критический стеноз обеих подвздошных артерий, умеренно выраженный стеноз обеих бедренных артерий, окклюзия правой подколенной артерии и выраженный стеноз левой подколенной артерии. Тибиальные артерии обеих нижних конечностей проходимы. Какой вид операции показан в данной ситуации?

А - аортобедренное бифуркационное аллопротезирование;

Б - аортобедренное билатеральное шунтирование и бедренно-подколенное шунтирование справа;

В - аортобедренное бифморальное шунтирование;

Г - эндоваскулярная дилатация и стентирование.

Д – баллонная ангиопластика подвздошных артерий, дополненное бедренно-подколенное шунтирование справа

Раздел 4. Неотложная хирургия острых заболеваний и травм сердца и сосудов

Задача. Больной, 56 лет, предъявлял жалобы на боли в икроножных мышцах при ходьбе и судороги ягодичных мышц. Дистанция без болевой ходьбы у пациента составляет 20-30 м. При объективном осмотре выявлена бледность и прохладность кожных покрововнижних конечностей. Пульсация на общих бедренных артерий отсутствует. Какой инвазивной диагностической методикой следует воспользоваться для установления точного топического поражения сосудистого русла?

Задача. У больного, 64 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастрии слева от срединной линии размером 10 х 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее. Какое заболевание следует заподозрить? Какова тактика лечения больного?

Задача. У больного, 63 лет, 10 час назад внезапно появились резкие боли в животе с иррадиацией в спину, слабость, головокружение. Общее состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрытые холодным липким потом. Пульс -120 уд. в мин,ритмичный. АД – 90/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 15 х 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее. Симптомов раздражения брюшины нет. В общем клиническом анализе крови: гемоглобин 72 г/л, эритроциты 2,2х10 12/л. Какой Вы поставите диагноз? Как его можно подтвердить. Как лечить больного?

Задача. У больного, 56 лет, стали появляться боли в правой икроножной мышце при прохождении 50 м. Ноги стали мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительной ходьбы. Пациент отмечает снижение потенции. При осмотре стопы бледные, холодные. Выраженная кожная капиллярная сеть. Пульс на общих бедренных артериях отсутствует. Положительные симптомы Самуэльса, Бурденко, Оппеля. При реовазографии голеней реографический индекс не определяется. Какой диагноз у больного? Какие исследования необходимо произвести для уточнения точного топического поражения сосудистого русла? Какое лечение следует назначить?

Задача. Пациентка, 26 лет, переселенка из Средней Азии (где вся ее трудоваядеятельность на протяжении более 9 лет была связана с выращиванием хлопка) предъявляет жалобы на головокружение, слабость, быструю утомляемость левой руки. В течение последних 3 лет отмечала периодическое наличие немотивированного субфебрилитета вовремя чего имело место возникновение тянущих болей в области шеи и под ключицей слева. При допплерографии сосудов дуги аорты выявлен коллатеральный кровоток по II и III порциям подключичной артерии, а также наличие турбулентности и ускорение кровотока по общей сонной артерии. О какой этиологической причине сосудистых изменений следует думать?

Задача. Больная, 36 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии и в около пупочной области через 10-15 мин после приема пищи. Частый, в среднем до 5 раз в сутки,жидкий стул; прогрессирующее похудание на протяжении последнего года. Около 8 лет лечилась по поводу хронического гастрита. Допплерографическое исследование брюшной аорты оказалось не информативным из-за наличия повышенного количества газов в толстой кишке. О какой патологии следует думать в данном случае? С помощью какого 30 исследования можно подтвердить или отвергнуть гемоциркуляторную патологию.

Задача. У больного, 49 лет, в течение 6 лет отмечается высокая перемежающая хромота, боли в мезогастрии, усиливающиеся после еды, высокие цифры АД. По поводу болей в животе обследован в стационаре, но проведенные исследования (рентгенография, холеграфия, УЗИ органов брюшной полости, гастродуоденоскопия и лапароскопия) патологии не выявили. Гипотензивная терапия эффекта не дала. АД держалось на цифрах 260/160 мм. рт. ст. При объективном осмотре живот мягкий, болезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные,

прохладные на ощуть. Активные движения в суставах нижних конечностей в полном объеме. Пульсация магистральных артерий на нижних конечностях не определяется. Каков предварительный диагноз заболевания? Чем, вероятнее всего, обусловлены боли в животе
и гипертензия? Необходимы ли какие-либо дополнительные исследования? Каковоптимальный метод лечения?

Задача. У пациента, 50 лет, длительно страдающего гипертонической болезнью, с нерегулярным приемом гипотензивных препаратов, внезапно появились боли в левой около позвоночной области. Боли носят жгучий, режущий характер. В течение 3 час болевой синдром достиг поясничной области, больше слева. Боль не купируется анальгетиками. АД 150/100 мм. рт. ст. На ЭКГ данных за острый инфаркт миокарда не получено. Имеются явления умеренно выраженной анемии. Диурез за последние часы около 50 мл. Через 7 часот момента заболевания наступила смерть больного. Какое заболевание явилось непосредственной причиной смерти больного?

Раздел 5. Хирургия приобретенных пороков сердца (ППС)

Задача. У больной 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудщилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе. Объективно: кожа и слизистые оболочки цианотичны, границы б сердца равномерно расширены. Пульс 100 в мин., АД 120/60 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 24 в мин. Венозное давление 200 мм вод. ст. В легких выслушиваются влажные хрипы. Печень увеличена, болезненна при пальпации, стопы и голени отечны. Содержание в крови эритроцитов - 5,5х1012/л. При рентгенологическом исследовании выявлено усиление сосудистого рисунка легких.

1. Какие симптомы право- или левожелудочковой недостаточности имеются у больного? Какое заболевание является основным, какое - осложнением?
2. О чем свидетельствует появление у больной хрипов и изменения дыхания?
3. Какая одышка характерна для данной больной?
4. Почему у больной возник цианоз кожных и слизистых покровов?
5. Диагностическая и лечебная тактика больной.

Задача. У больного 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудщилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе. Объективно: кожа и слизистые оболочки цианотичны, границы б сердца равномерно расширены. Пульс 100 в мин., АД 120/60 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 24 в мин. Венозное давление 200 мм вод. ст. В легких выслушиваются влажные хрипы. Печень увеличена, болезненна при пальпации, стопы и голени отечны. Содержание в крови эритроцитов - 5,5х1012/л. При рентгенологическом исследовании выявлено усиление сосудистого рисунка легких.

1. Какие симптомы право- или левожелудочковой недостаточности имеются у больного? Какое заболевание является основным, какое - осложнением?
2. О чем свидетельствует появление у больной хрипов и изменения дыхания?
3. Какая одышка характерна для данной больной?
4. Почему у больной возник цианоз кожных и слизистых покровов?
5. Диагностическая и лечебная тактика больной.

Задача. Девочка 5 лет, температура тела 37,6о С, жалобы на мигрирующие боли в крупных суставах. Мама считает, что заболевание началось около 3х недель назад, но из-за

постоянно меняющихся жалоб она не спешила обращаться к врачу, принимая их за капризы ребенка. Зимой и весной девочка перенесла 3 ангины и несколько раз болела ОРЗ, практически не посещала детский сад. В настоящее время беспокоят боли в правом коленном и левом голеностопном суставах, кожа над ними слегка гиперемирована, отечна, температура ее повышена, движения в суставах болезненны. На коже грудной
клетки неяркие розовые пятна с просветлениями в центре. Вы говорите маме, что скорее всего это:

1. Инфекционно-аллергический полиартрит.
2. Ревматический артрит.
3. Болезнь Лайма.
4. Ревматоидный артрит.
5. Склеродермия.

Задача. Больную 26 лет, страдающую ангиной, стали беспокоить общая слабость, одышка при ходьбе и сердцебиения при умеренной физической нагрузке. В ночное время возникают приступы удушья, сопровождающиеся кашлем, клокочущим дыханием и выделением пенистой мокроты с прожилками крови. Ранее была оперирована по поводу эмболии правой бедренной артерии. При осмотре - кожные покровы бледные, акроцианоз. Периферических отеков нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см. Область сердца не изменена. Границы сердца: левая - среднеключичная линия, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - второе межреберье. При аускультации на верхушке сердца определяется усиление первого тона и раздвоение II тона, здесь же выслушивается мезодиастолический и пресистолический шум. Акцент II тона во II межреберье у левого края грудины. При рентгеноскопии грудной клетки в прямой проекции определяется западение третьей дуги левого контура сердца, а в боковой проекции - отклонение контрастированного пищевода по дуге радиусом 5 см. Укажите диагноз и стадию заболевания? Какое лечение показано больной?

Задача. Больная 22 лет, страдающая митральным пороком сердца стадии II, имеет беременность 32 недели. Беременность протекала гладко, но в последнее время усилилась одышка, появились кашель, кровохарканье, увеличилась печень, количество мочи уменьшилось. При биохимических исследованиях крови - ЦРБ (+++), фибриноген 0,7. Ваш диагноз? Тактика лечения?

Задача. Больной 44 лет страдает ревматизмом и жалуется на головокружение, обмороки, сжимающие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке, одышку, приступы сердечной астмы. Отеков нет, печень не увеличена. При осмотре - бледен, верхушечный толчок ограничен, во II межреберье справа от грудины - систолическое дрожание, левая граница сердца смещена влево, ослаблен II тон и систолический шум в точке Боткина, и во II межреберье справа, который проводится в яремную и подключичную ямки, по ходу сонных артерий. Ваш диагноз, как его можно подтвердить? Какова лечебная тактика?

Задача. У больного 56 лет после перенесенного инфаркта миокарда имеется аневризма стенки левого желудочка размерами 4Х3 см с сохранением сократительной функции миокарда. Трижды отмечались резкие боли в икроножных мышцах правой, а затем левой голени с побледнением стоп и исчезновением пульсации на передней и задней большеберцовых артериях. Постоянно держится субфебрильная температура. Стенокардия напряжения (2-4 таблетки нитроглицерина в день). При проведении коронарографии обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии более чем на 50%. Ваш диагноз и лечебная тактика? Методы хирургического лечения?

Задача. У больного 18 лет развился сепсис в результате фурункулеза левой голени. В течение двух дней беспокоят боли в области сердца, температура гектическая, одышка,

ознобы, слабость. При осмотре бледен, цианоз губ, пульс 136 в мин. малого наполнения, артериальное давление снижено, печень увеличена и болезненна, венозное давление 300 мм водного столба. Верхушечный толчок ослаблен. Тоны сердца глухие. Пальпация области сердца болезненна, здесь определяется отек. На ЭКГ - значительные дистрофические изменения миокарда, снижение вольтажа сердечных сокращений. В анализе крови - лейкоцитов 26 тыс., нейтрофильный сдвиг, СОЭ 56 мм/час. При рентгеноскопии имеется локализованная выпуклость сердечного контура по нижнему отделу правой поверхности сердца. Какое осложнение возникло у больного? Какие лечебные мероприятия можно рекомендовать?

Задача.Больная 35 лет поступила с жалобами на одышку при ходьбе шагом, при подъеме на лестнице на 2ой этаж, кашель, кровохарканье, приступы сердечной астмы. В детстве болела ангиной. 3 года назад во время профилактического осмотра обнаружены признаки порока сердца. Указанные жалобы появились 6 месяцев назад. Прогрессируют. При осмотре - бледность кожных покровов. Пальпация - дрожание в области верхушечного толчка. Печень не увеличена. Мочегонные препараты не принимала. При выслушивании - диастолический шум в области верхушечного толчка

Задание:

1. Сформируйте диагноз.
2. Определите стадию заболевания.
3. Какие необходимо выполнить дополнительные исследования, с какой целью.
4. Какова причина кашля, кровохарканья, приступов удушья.
5. Какие способы хирургического лечения возможны при данном заболевании.
6. В какой стадии заболевания необходимо устанавливать показания к операции.
7. Зависят ли результаты хирургического лечения от стадии заболевания.
8. Какие факторы еще определяют эффективность хирургического лечения.
9. Какое лечение необходимо проводить в отдаленном послеоперационном периоде. 10. Возможен ли рецидив заболевания.

Задача. Больной 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м2. Температура тела - 38,9 °С. При аускультации в лѐгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на a. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край печени гладкий. Отѐки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - 15,8×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м2 , СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен S. aureus, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней

створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача. В отделение ППС госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отёки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад. Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 4,0×109 /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?
Задача. Больной 49 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37 °С, вечерами до 38,5 °С), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4 раз в день. Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулёзом не болел. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии. Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лёгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – 3,8×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - 11,2×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера,

лейкоциты – небольшое количество. Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечѐткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лѐгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику ведения пациента.

Раздел 6. Хирургия врожденных пороков сердца (ВПС)

Задача. У больного с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД 150/100. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5-7-го ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах.

1.Предположительный диагноз

2.План уточнения диагноза

У ребенка 3-х лет постоянный цианоз, одышка в покое. Ребенок во время игры, любой физической нагрузки часто присаживается на корточки, чувствует при этом облегчение. При обследовании: кожа цианотична, "барабанные палочки". Выбухание грудной клетки в области грудины.На грудине области II-III межреберья выслушивается грубый систолический шум. На легочной артерии II тон ослаблен. В крови значительно увеличено число эритроцитов, содержание гемоглобина и гематокрит, СОЭ - 2 мм/час. При рентгенографии: выявляется гипертрофия и преобладание правых отделов сердца.

1.Наличие какого клинического признака позволяет заподозрить тетраду Фалло?
2.Какую патологию сердечно-сосудистой системы включает в себя тетрада Фалло? 3.Чем обусловлен цианоз?
4.Как объяснить изменения со стороны анализа крови?

Задача. У больного 55 лет, доставленного в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке (ходьба на 15 м), ортопноэ и периферические отеки. При обследовании: АД 90/60 мм рт. ст., пульс ритмичный, 100 в минуту; набухание шейных вен при центральном венозном давлении 12 см вод. ст.; систолический шум, который проводится на сосуды шеи, заметная задержка пульсации сонных артерий и отеки на ногах. 1. Предварительный диагноз?
2. Назначьте лечение?
2. Какой шум выслушивается при незаросшем артериальном протоке?

1. систолический;
2. диастолический;
3. систоло-диастолический.

Задача. Мужчина 56-ти лет предъявляет жалобы на слабость, одышку при физической нагрузке, сердцебиение. С детства выслушивается сердечный шум. Объективно: расширение правой границы сердца, расщепление II тона, систолический шум во II-III межреберье слева от края грудины и короткий систолический шум над мечевидным отростком. На рентгенограмме: увеличение правого желудочка и дуги легочной артерии. На ЭКГ: фибрилляция предсердий и блокада правой ножки пучка Гиса. Какой наиболее вероятный диагноз?

A. Дефект межпредсердной перегородки
B. Дефект межжелудочковой перегородки
C. Тетрада Фалло
D. Открытый артериальный проток

E. Коарктация аорты

Задача. У больного 15 лет при прохождения медицинской комиссии зафиксировано АД -170 /85 мм рт. ст. Жалоб нет. Объективно: мышцы нижних конечностей плохо развиты, пульсация на артериях ступнях ослаблена. Границы сердца расширены влево, при аускультации - акцент второго тона над аортой, систолический шум. В крови - без изменений. В моче: лейкоциты. - 2-4 в п / з, эр. - 0-1 в п / з, кристаллы мочевой кислоты. Какой диагноз?
A. Коарктация аорты
B. Вазоренальная гипертензия
C. Вегетососудистая дистония
D. Ессенциальная гипертензия

Задача. В отделение кардиологии попал больной А. , 18 лет по направлению районного военкомата для уточнения диагноза с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, головную боль, головокружение, мелькание " мушек " перед глазами, быструю утомляемость нижних конечностей. В анамнезе - повышение артериального давления с детства. Объективно: АД на верхних конечностях - 150 и 100 мм. рт. ст. , на нижних конечностях - 90 и 60 мм. рт. ст. , визуально выражена пульсация аорты в области яремной вырезки, аускультативно акцент II тона во II межреберье справа от грудины. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. Ваш предварительный диагноз? Какое дополнительное исследование позволит его верифицировать?

Задача. 18 лет, предъявляет жалобы на резкую общую слабость, головокружение, сердцебиение, выраженную одышку и цианоз, усиливающиеся после физической нагрузки. В анамнезе - болеет с рождения, часто отмечал приступы одышки, сопровождающиеся цианозом при небольших физических нагрузках, отставал от сверстников в физическом развитии. Объективно: инфантильный, пониженного питания, диффузный цианоз, пальцы на руках и ногах в форме "барабанных палочек", в предсердечной области "сердечный горб". Пальпаторно: предсердное систолическое дрожание. Границы сердца расширены справа на 3 см, слева - на 2 см. Аускультативно: в II - III межреберье слева грубый пансистолический шум, ослабление II тона на легочной артерии. На ЭКГ - ритм синусовый, отклонение ЭОС вправо, признаки гипертрофии правого желудочка. Рентгенологически: сердце в форме "деревянного башмачка", при этом легочный рисунок обеднен.
Ваш диагноз. Принципы лечения. Прогноз.

Раздел 7. Хирургия ИБС и ее осложнений
Задача. У больного 70 лет с жалобами на одышку и боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, выявлена аортальный стеноз, выраженный кальциноз клапана, критические стенозы передней нисходяшей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.
1. Можно ли оперировать больных в таком возрасте на сердце?
2. Какая операция на аортальном клапане показана пациенту?
3. Нужно ли одновременно вмешиваться на коронарных артериях? Если да, то какая операция на коронарных сосудах может быть выполнена?

Задача. Больной 53 лет, водитель такси, в понедельник вечером при интенсивном движении с автостоянки домой, отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у

пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2 . Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отѐков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м 2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии?

Задача. Больной 50 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приѐма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т; сегмент ST в отведениях I, а VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

Задача. Больной К. 45 лет, программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приѐмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отѐков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области

отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Раздел 8. Хирургия острых и хронических заболеваний сердца

Задача. Больной 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесѐнные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лѐгочный, границы лѐгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жѐсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f» , частота желудочков 110-150 в минуту.

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному?
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного

Задача. Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение

последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лѐгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объѐм медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Задача. Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась баллонная ангиопластика со стентированием ПКА стентом с лекарственным покрытием. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст. Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и предполагаемого хирургического лечения.

4. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных

ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.