

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО

по программе ординатуры 31.08.63
«Сердечно-сосудистая хирургия»
д.м.н., профессор Сидров Р.В.

«29» 08 2023

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

Квалификация выпускника: врач-сердечно-сосудистый хирург

Форма обучения: очная

Курс: 3

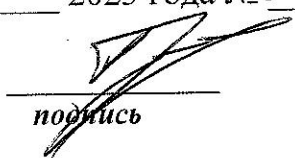
Семестр: 6

Ростов-на-Дону
2023

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия» рассмотрена на заседании кафедры хирургических болезней №2.

Протокол от «12» 05 2023 года №9

Председатель заседания


подпись

Грошин В.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1 **Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2 **Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3 **Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

✓ **профилактическая деятельность:** предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

✓ диагностика неотложных состояний;

✓ диагностика беременности;

✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

✓ оказание специализированной медицинской помощи;

✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;

✓ организация проведения медицинской экспертизы;

✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

• способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);

• способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);

• способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);

• способен выстраивать взаимодействия в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);

• способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

профилактическая деятельность:

• способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-7);

диагностическая деятельность:

• способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);

лечебная деятельность:

• способен назначать лечение пациентам при заболеваниях (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);

• способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-9);

реабилитационная деятельность:

• способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов (ОПК-6);

психолого-педагогическая деятельность:

- способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);
организационно-управленческая деятельность:
- способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);
- способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);
- способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-8).

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

- проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения (ПК-1)

диагностическая и лечебная деятельность:

- назначение и проведение лечения пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения, контроль его эффективности и безопасности (ПК-2)

реабилитационная деятельность:

- проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения (ПК-3)

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия».

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых оценочных материалов, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия» осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-сердечно-сосудистого хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями оценочных материалов.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия» проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия».

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры «Сердечно-сосудистая хирургия».

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных оценочными материалами по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия» путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	Посттромбофлебитический синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.	УК-1; УК-2; УК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ПК-1; ПК-2
2	Больной 60 лет, поступил в отделение с ПТФС правой нижней конечности, сегментарной окклюзией наружной подвздошной вены, реканализацией глубоких вен голени,	УК-1; УК-2; ОПК-4; ОПК-5, ПК-1; ПК-2

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

	расширением подкожных вен. Какие варианты операций возможны?	
--	--	--

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

I. Раздел «Общие вопросы: организация службы сердечно-сосудистой хирургии в России; диагностика хирургических заболеваний сердца и сосудов»

1. Организация службы сердечно-сосудистой хирургии в России.
2. Основные вехи развития сердечно-сосудистой хирургии.
3. Роль отечественных ученых в становлении и развитии сердечно-сосудистой хирургии.
4. Функциональные методы диагностики заболеваний сердца и сосудов.
5. Рентгенэндоваскулярная диагностика заболеваний сердца.
6. Рентгенэндоваскулярная диагностика заболеваний аорты и ее ветвей.
7. Методы исследования венозной системы (ультразвуковые методы исследования, флебография, КТ, функциональные пробы).

II. Раздел «Хирургия венозной и лимфатической систем»

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика.
2. Варикозное расширение вен нижних конечностей: принципы и методы консервативного лечения, показания к операции, оперативное лечение, осложнения.
3. Варикозное расширение вен нижних конечностей: принципы и виды эндовазального лечения, термальные и нетермальные методы.
4. Острый тромбоз вен нижних конечностей: причины, классификация, диагностика, тактика ведения.
5. Острый тромбоз вен нижних конечностей: возможности консервативного лечения, виды оперативных вмешательств.
6. Трофические язвы нижних конечностей венозной этиологии: причины, дифференциальная диагностика, тактика консервативного и оперативного лечения, местное лечение.
7. Посттромботический синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.
8. Посттромботический синдром: показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств, реабилитация
9. Синдром верхней полой вены: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение.
10. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика.
11. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: показания к консервативному лечению, виды применяемых лекарственных препаратов, лабораторный контроль терапии, возможные осложнения.
12. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств. Ведение пациентов в послеоперационном периоде.
13. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: Принципы и схемы тромболитической терапии. Ведение пациентов в послеоперационном периоде.
14. Болезнь Мондора: этиология, клиника, принципы лечения
15. Венозные тромбоэмболические осложнения: понятие, актуальность проблемы, роль антикоагулянтной терапии.
16. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений: шкалы, тактика, способы профилактики.
17. Тромбоз подключичной вены (синдром Педжета-Шретера). Причины, диагностика, лечение, осложнения.
18. Врожденные пороки венозных сосудов (гемангиомы, синдром Клиппеля-Треноне, синдром Паркса-Вебера-Рубашова): клиника, диагностика, принципы и методы лечения.
19. Портальная гипертензия: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операций, отдаленные результаты лечения.

20. Заболевания лимфатических сосудов конечностей. Первичная и вторичная лимфедема. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

III. Раздел « Заболевания аорты, магистральных и периферических артерий»

1. Аневризмы грудного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Аневризма брюшного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, прогноз течения заболевания.
3. Аневризма брюшного отдела аорты. Показания к оперативному лечению, открытые и эндоваскулярные виды оперативного лечения.
4. Расслаивающие аневризмы аорты: классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Аневризмы периферических артерий: этиопатогенез, клиника, диагностика, виды операций.
6. Коарктация аорты: клиника, диагностика, лечение.
7. Атеросклероз брюшной аорты и подвздошных артерий: клиника, диагностика, возможности консервативного лечения.
8. Атеросклероз брюшной аорты и подвздошных артерий: виды оперативного лечения, осложнения в ближайшем и отдаленном периоде.
9. Синдром Такаюсу : этиология, клиника, диагностика, особенности лечения.
10. Вазоренальная гипертензия: этиология, диагностика, виды оперативного лечения.
11. Заболевания периферических артерий нижних конечностей: этиология, классификация, клиника, диагностика, возможности консервативного лечения.
12. Заболевания периферических артерий нижних конечностей: показания к хирургическому лечению, виды реконструктивных операций, осложнения, реабилитация больных с ишемией нижних конечностей.
13. Критическая ишемия нижних конечностей: понятие, особенности ведения пациентов, возможности реконструктивной хирургии артерий, виды нереконструктивных вмешательств.
14. Синдром хронической абдоминальной ишемии: причины, клиника, диагностика, виды реконструктивных вмешательств.
15. Заболевания ветвей дуги аорты (сонные, позвоночные артерии): этиология, классификация хронической недостаточности мозгового кровообращения, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операций.
16. Заболевания ветвей дуги аорты (подключичные артерии): этиология, клиника, диагностика, синдром обкрадывания головного мозга, лечение.
17. Ангиотрофоневрозы. Синдром выхода из грудной клетки. Болезнь и синдром Рейно: этиология, клиника, диагностика, лечение
18. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера): этиология, клиника, принципы дифференциальной диагностики, особенности лечения.
19. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей (синдром диабетической стопы): классификация, патогенез, клиника, диагностика, особенности лечения.
20. Эндоваскулярное лечение заболеваний периферических артерий: виды, показания и противопоказания, методика проведения, осложнения метода.
21. Общие принципы ведения пациентов с атеросклеротическим поражением аорты и магистральных и периферических артерий.

IV. Раздел «Хирургическое лечение ишемической болезни сердца»

1. ИБС: этиология, клиническая картина и диагностика. Нехирургические методы лечения ИБС.
2. Оперативные вмешательства в лечении ИБС. Показания и противопоказания.
3. Аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование. Операции с использованием АИК.
4. Эндоваскулярные методы лечения ИБС: Виды, показания.
5. Хирургическое лечение острого инфаркта миокарда.
6. Постинфарктные осложнения: аневризмы сердца, митральная недостаточность, дефект межжелудочковой перегородки.
7. Хирургическое лечение сердечной недостаточности у больных ИБС.
8. Послеоперационное ведение, реабилитация после хирургического лечения ИБС.

V. Раздел «Основы аритмологии»

1. Хирургическое лечение брадиаритмий. Виды искусственных водителей ритма.

2. Показания к имплантации искусственных водителей ритма. Методика имплантации.
3. Основные тахиаритмии. Патогенез, консервативное и хирургическое лечение.
4. Фибрилляция предсердий. Показания и подходы к хирургическому лечению.
5. Основы ресинхронизирующей терапии при ХСН.

VI. Раздел «Хирургия врожденных и приобретенных заболеваний сердца»

1. Врожденные пороки сердца: этиологии, классификация.
2. Врожденные кардиомиопатии : классификация, подходы к оперативному лечению.
3. Приобретенные пороки митрального клапана: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика, лечение.
5. Врожденный дефект межжелудочковой перегородки. Классификация, клиника, диагностика.

Методы хирургической коррекции.

6. Врожденный порок сердца: транспозиция магистральных сосудов. Клиника, диагностика.

Паллиативные и радикальные операции.

7. Приобретенные пороки аортального клапана: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Триада Фалло. Тетрада Фалло. Пентада Фалло. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к операции
9. Применение эндоваскулярных методов в лечении врожденных пороков сердца и сосудов.
10. Перикардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Показания к пункции перикарда, техника, осложнения.
11. Опухоли сердца: классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Клапанный инфекционный эндокардит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

VII. Раздел «Неотложная хирургия острых заболеваний, травм сердца и сосудов»

1. Закрытые травмы сердца: классификация, клиника диагностика, лечение.
2. Открытые травмы сердца, инородные тела сердца: классификация, клиника диагностика, лечебная тактика.
3. Тромбоэмболия легочной артерии: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы консервативного лечения.
4. Тромбоэмболия легочной артерии: показания к оперативному вмешательству, виды оперативных вмешательств.
5. Ишемический инсульт: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы консервативного лечения, показания к оперативному лечению, современные оперативные вмешательства.
6. Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей: этиология, классификация острой ишемии, клиника, диагностика.
7. Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей: классификация острой ишемии, показания к оперативному лечению, виды операций.
8. Эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей: этиология, клиника, диагностика, лечение.
9. Ятрогенные повреждения магистральных сосудов: классификация, клиника, диагностика, лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

«Хирургия венозной и лимфатической систем»

Задача №1

У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, неделю назад появились боли и уплотнения по ходу поверхностных вен левой голени. При осмотре: состояние удовлетворительное. На внутренней поверхности по ходу варикозно-расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним до средней трети бедра. Отека и цианоза левой ноги нет. Пульсация артерий сохранена. Диагноз? Тактика?

Задача №2

У больной 23 лет, илеофemorальный флеботромбоз, беременность 39 недель. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий тромбоз общей подвздошной вены. Из-за сдавления нижней полой вены маткой имплантация кава-фильтра в инфраренальный сегмент аорты технически невыполнима. Диагноз? Тактика?

Задача №3

Вы осматриваете больную 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени. Трофических расстройств кожи нет. Проба Троянова-Тренделенбурга положительная. При УЗДИ вен н/к установлена несостоятельность перфоративных вен в средней и нижней третях голени. Что нужно этой больной рекомендовать?

Ответ: ликвидация перфорантных вен.

Задача №4

Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени. Выше указанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек и цианоз левой нижней конечности. При УЗДИ и контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная реканализированы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфоративный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены. Диагноз? Тактика?

Задача № 5

Больной 60 лет, поступил в отделение с ПТФС правой нижней конечности, сегментарной окклюзией наружной подвздошной вены, частичной реканализацией глубоких вен голени, расширением подкожных вен. Какие варианты операций возможны?

Задача № 6

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет. 1) Предположите наиболее вероятный диагноз. 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3) План дополнительного обследования. 4) План лечения. 5) Дифференцировать

Задача №7

Больную 35 лет беспокоит чувство тяжести в левой нижней конечности, наличие варикозно расширенных вен. Варикоз появился около 10 лет назад, начался с бедра и верхней трети голени, чувство тяжести появилось около года назад. При объективном исследовании обнаружен магистральный тип варикозного расширения большой подкожной вены. По данным УЗДГ - патологический вено-венозный рефлюкс в области устья большой подкожной вены. Диагноз?

Лечебная тактика? Рекомендации?

Задача №8

Больную 30 лет беспокоят выраженные боли, тяжесть в левой нижней конечности, особенно при вертикальном положении, проходящий отек. Около 3 месяцев назад появились варикозно расширенные вены на внутренней поверхности голени. При УЗДГ обнаружена несостоятельность клапанов большой подкожной вены и перфорантных вен на голени. Диагноз?

Лечебная тактика? Рекомендации?

Задача №9

Девушка, 17 лет, обратилась с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие расширенных подкожных вен на бедре и голени. Со слов родителей с детства обратили внимание на разницу в длине и объеме нижних конечностей (левая больше правой). Был установлен диагноз: Врожденные артериовенозные свищи левой нижней конечности. В возрасте 12 лет выполнялась операция перевязка АВ свищей в бассейне бедренной артерии. с 15 лет отмечает нарастание асимметрии за счет отека, прогрессирование варикозного синдрома.

Какова причина прогрессирования заболевания? Тактика обследования и лечения?

Задача №10

У больной 47 лет на 6-той день после резекции желудка по поводу опухоли появились боли в правой голени, стопе. При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Пульс 88 ударов в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Дыхание проводится во все отделы легких. ЧДД 18 в мин. Температура 36,4. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий и безболезненный по ходу операционной раны. Кожные покровы правой нижней конечности обычной окраски, за исключением стопы - бледной, холодной на ощупь. Отмечается отек голени (+3 см), отек бедра (+5 см). Пальпация передне-внутренней поверхности бедра болезненна. Икроножные мышцы плотные, болезненные при пальпации. При тыльном сгибании правой стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах. Артериальная пульсация на левой нижней конечности на периферических артериях отчетливая. На правой нижней конечности пульс на артериях стопы не определяется. Движения в суставах пальцев правой стопы ограничены, поверхностная чувствительность снижена. Сформулируйте предварительный диагноз. Перечислите наиболее вероятные причины возникновения выбранного Вами заболевания. Перечислите необходимые инструментальные и лабораторные методы дообследования. Укажите показания для оперативного лечения при данной патологии. Какие хирургические вмешательства применяются. Укажите необходимое консервативное лечение.

Задача №11

Больной 56 лет обратился с жалобами на внезапно возникший отек обеих верхних конечностей, верхней половины туловища, лица. Подобное состояние развилось менее суток назад. Отмечает головокружение, однократно обильное носовое кровотечение. Заболевание развилось, по словам больного, на фоне респираторной инфекции. В анамнезе гастрит, другой патологией не страдал. Изменения аппетита, веса не отмечает. Последняя Р-графия грудной клетки 3 года назад, без патологии. Больной нормостенического телосложения. Тоны сердца приглушены. АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 84 в мин. Температура 37,6 С. Дыхание проводится во все отделы легких. Притупление перкуторного звука в нижних отделах левого легкого. Незначительная осиплость голоса. Отек, цианоз верхней половины туловища, шеи, лица, верхних конечностей. Вены шеи наполнены. Пульс на периферических артериях отчетливый. Систолического шума над проекцией магистральных артерий не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Предварительный диагноз. Этиология. Диагностика. Лечебная тактика.

Задача №12

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отеки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над легочной артерией. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

Задача № 13

Больная С, страдающая около 5 лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов, возникшего после ушиба голени. При осмотре отмечается дефект кожных покровов 4 на 5 см, с подрытыми краями, грязно - серого цвета с гнойным отделяемым.

Задача

№14

Больная В., 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5С. Болеет в течение 3-х дней. Вначале появились судорожные сокращения икроножных мышц, боли возникли на второй день, а еще через день - отек. При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Питания повышенного, температура тела - 38,8°C, кожные покровы обычной окраски, периферические л/узлы не увеличены. Пульс 92 в минуту, ритмичный, АД - 140/90 мм рт. ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Нарушений стула и мочеиспускания нет. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения в правой нижней конечности возможны, но крайне болезненны. Пальпаторно определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Левая нижняя конечность не изменена.

Задача №15

Больной К., 42 года в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. При осмотре – заметная венозная сеть на животе. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги и плотный край печени у реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: эритроцитов $2,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31. Поставьте предварительный диагноз больному. Определите степень кровопотери. Определите лечебную тактику и назначьте лечение. Какая радикальная операция показана больному, и при каких условиях её можно выполнять?

Задача №16

У мужчины 50 лет после длительного 6-часового перелета, через несколько часов после приземления внезапно среди хорошего самочувствия появился кашель, одышка, учащенное сердцебиение, боль за грудиной. В анамнезе: страдает варикозной болезнью нижних конечностей около 10 лет, компрессионное белье не использовал. Какая наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния? Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.

Задача №17

Больная 42 лет обратилась к сосудистому хирургу с жалобами на сосудистые звездочки левой голени. Отеков не отмечает. По результатам УЗДИ вен нижних конечностей данных о поражении клапанного аппарата вен н/конечностей не выявлено. Какая тактика оптимальная для данной пациентки?

Задача №18

У больного, находившего в реанимационном отделении около 2 недель, на 10-ый день после установки подключичного катетера справа наблюдается отечность правой верхней конечности, боли в правой в/конечности. Диагноз, лечебная тактика.

Задача №19

Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до $38,5^{\circ}C$. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Какая тактика ведения данного пациента наиболее оптимальна? Что рекомендовано после выписки для данного пациента?

Задача №20

Больной 40 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел 3 дня назад, когда появились распирающие боли в правой нижней конечности, развился отек всей конечности, повысилась температура тела до $38^{\circ}C$. В течение последних суток состояние больного ухудшилось: температура $38,9^{\circ}C$, боли в конечности усилились, появилась общая слабость. Объективно: пульс 105 в мин. удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь, в дистальных отделах кожа напряжена. Цианоз кожных покровов распространяется на правую ягодичную область. Пульсация подколенной и задней берцовой артерии справа не определяется. На коже стопы кожная чувствительность снижена. Отмечается боль в правой голени при тыльном сгибании стопы. При пальпации - распространение боли по внутренней поверхности правого бедра и голени. Диагноз, методы исследования, тактика лечения.

Задача №21

Больная В., 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до $38,5^{\circ}C$. Болеет в течение 3-х дней. Вначале появились судорожные сокращения икроножных мышц, боли возникли на второй день, а еще через день – отек. При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Питания повышенного, температура тела - $38,8^{\circ}C$, кожные покровы обычной окраски, периферические л/узлы не увеличены. Пульс 92 в минуту, ритмичный, АД - 140/90 мм рт. ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Нарушений стула и мочеиспускания нет. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения в правой нижней конечности возможны, но крайне болезненны. Пальпаторно определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Левая нижняя конечность не изменена. Диагноз. Доп. Методы диагностики. Лечебная тактика.

Задача №22

Больная С, страдающая около 5 лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней

трети правой голени дефекта кожных покровов, возникшего после ушиба голени. При осмотре отмечается дефект кожных покровов 4 на 5 см, с подрытыми краями, грязно - серого цвета с гнойным отделяемым. Диагноз. Консервативное и оперативное лечение.

Задача №23

Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Какая тактика ведения данного пациента наиболее оптимальна? Что рекомендовано после выписки для данного пациента?

Задача №24

Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени. Выше указанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек и цианоз левой нижней конечности. При УЗДИ и контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная реканализированы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфоративный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены. Диагноз? Тактика?

« Заболевания аорты, магистральных и периферических артерий»

Задача №1

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

План дополнительного обследования. План лечения.

Задача №2

Больного 63 лет, беспокоят боли в икроножных мышцах левой ноги. Спит со спущенной на пол ногой. Через 100 метров маршевой нагрузки наступают судороги в левой голени. На ногтевой фаланге участок сухого некроза до 1,5 см в диаметре. Пульсация на артериях стопы и в подколенной ямке не определяется, на бедренной артерии пульсация ослаблена, аускультативно прослушивается систолический шум. Предполагаемый диагноз. Диагностические мероприятия. Тактика.

Задача №3

Больной П., 66 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в н\к, возникающие при ходьбе на расстояние до 150 м, появление трофической язвы на 1 пальце левой стопы, похолодание пальцев стоп н\к, онемение стоп, нарушение чувствительности стоп. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 10 лет. Данные симптомы отмечает в течение последних двух лет. Болезнь прогрессировала, интенсивность симптомов нарастала. Около 2 недель возникла трофическая язва на 1 пальце левой стопы. При клиническом осмотре: состояние больного удовлетворительное. По органам и системам без явной патологической симптоматики. Местно: Пульсация на ОБА сохранена с 2-х сторон, ослаблена; Пульсация на ПКА сохранена с 2-х сторон ослаблена, дистальнее не определяется. В области 1 пальца левой стопы отсутствует ноготь, отмечается трофическая язва 1x1 см. При дуплексном сканировании: отмечается диффузное атеросклеротическое поражение артерий н\к. Стеноз ОБА 50 % справа, 55 % слева. Окклюзия ПББА, ЗББА слева.

Сформулируйте диагноз. Какая степень хронической ишемии н\к у больного. Основные направления профилактики у пациента. Какова тактика ведения больного?

Задача №4

На обследование поступил пациент 75 лет. В настоящее время пациента ничего не беспокоит, обращение связано с рекомендованным ежегодным наблюдением по поводу расширения брюшного отдела аорты. Шесть месяцев назад диаметр брюшного отдела аорты составлял 35 мм. При дообследовании максимальный диаметр аорты в брюшном отделе составляет 46 мм.

Какая тактика ведения данного пациента наиболее оптимальна? Что рекомендовано после выписки для данного

пациента?

Задача № 5

У больного 45 лет в течение 7 лет отмечаются боли в левой нижней конечности при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 60—70 м. Стаж курения 27 лет. При осмотре Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Слева: пульсация ОБА под паховой складкой отчетливая, дистальнее - не определяется. Левая нижняя конечность прохладная, неотечная, бледная, правая – теплая. Результаты обследования: При ангиографии : слева – ОПА, НПА, ВПА, ОБА, ГБА, ПКА, МБА проходимы без гемодинамически значимых стенозов; окклюзия ПБА в средней трети, дистальнее слабо заполняется по коллатералям, диффузное поражение средней и дистальной трети ЗББА со стенозами до 50%; ПББА проходимы, с неровными контурами. Справа – ОПА, НПА, ВПА, ОБА, ГБА, ПБА, ПКА, ПББА, МБА проходимы без гемодинамически значимых стенозов; диффузное поражение средней трети ЗББА со стенозами до 50%.

Поставьте диагноз; Какой объём операции показан больному? Основные направления профилактики у пациента. Какая необходима медикаментозная терапия?

Задача №6

Больной 28 лет жалуется на головокружение, головную боль в теменно-затылочной области. А/Д - 200/120 мм.рт.ст., гипотензивная терапия неэффективна. Болен уже 4 года. По параректальной линии живота слева выслушивается систолический шум. Диагноз? Инструментальные методы исследования? Консервативная терапия? Хирургическая тактика? Прогноз?

Задача №7

Больной С. 33 лет находится на лечении в отделении сосудистой хирургии. Поступил с жалобами на боли в покое в левой нижней конечности, повышенную утомляемость, похолодание правой верхней конечности. Отметил появление болей при ходьбе 2 года назад. Дистанция безболевого ходьбы уменьшалась. В последний год по месту жительства дважды был диагностирован тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. Около 3 недель назад обратился к хирургу по месту жительства в связи появлением болей в левой нижней конечности ночью. В ЦРБ проводилась инфузионная терапия, эффект незначителен. Курит, стаж курения 20 лет.

При осмотре – левая голень прохладная на ощупь, икроножные мышцы мягкие безболезненные. Цианоз пальцев левой стопы. Движения, чувствительность сохранены. Пульс на левой нижней конечности на подколенной артерии, ниже не определяется. На правой нижней конечности пульс на обеих артериях стопы. На правой верхней конечности пульс на плечевой артерии, ниже не определяется, на левой верхней конечности пульс на артериях предплечья. Систолический шум в проекции магистральных артерий не выслушивается. АД S=120\80, D=90\60 мм рт. ст. Поверхностные вены нижних конечностей мягкие, безболезненные. Диагноз. Тактика лечения.

Задача №8

70 летний больной жалуется на схваткообразные боли в левой половине живота, вокруг пупка, которые иррадиируют в спину. Страдает артериальной гипертензией. Похудел на 2-3 кг. При осмотре в горизонтальном положении на уровне пупка слева определяется плотнoэластической консистенции округлое образование. Образование малоболезненное, пульсирует, малоподвижное. При аускультации выслушивается систолический шум над образованием. Ваш предварительный диагноз. Какие инструментальные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза. С какими заболеваниями необходимо провести дифф. Диагностику.

Задача №9

Больной 82 лет жалуется на боли в левой голени и стопе, в покое. При осмотре пальцы стопы с элементами некроза, пульс общей бедренной, подколенной артериях и дистальнее не определяется. Справа пульс на общей бедренной и подколенной артериях определяется, ослаблен. Предварительный диагноз? Диагностическая тактика? Консервативная терапия? Хирургическая тактика? Показано ли диспансерное наблюдение?

Задача №10

Больной 57 лет, на амбулаторном приеме в поликлинике предъявляет жалобы на боли в правой голени, возникающие при ходьбе на расстоянии до 1 км. Боль быстро проходит при отдыхе.

Заболел один месяц назад, когда при ходьбе появились сильные боли в правой голени, которые при отдыхе проходят. Без боли, в среднем темпе может пройти 900 метров. Больной выкуривает одну пачку сигарет в день.

Объективно: АД 180/100 мм рт. ст. Кожные покровы правой стопы бледнее, прохладные на ощупь. Проба Оппеля справа положительна. Симптом Гольдфлама – отрицательный. Пульсация бедренной артерии в правом пахово-бедренном сгибе отчетливая, над подколенной и заднеберцовой артериях справа отсутствует. Предварительный диагноз? Диагностическая тактика? Консервативная терапия? Хирургическая тактика? Показано ли диспансерное наблюдение?

Задача №11

У больного 45 лет в течение 7 лет отмечаются боли в левой нижней конечности при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 60—70 м. Стаж курения 27 лет. При осмотре Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Слева: пульсация ОБА под паховой складкой отчетливая, дистальнее - не определяется. Левая нижняя конечность прохладная, неотечная, бледная, правая – теплая. Результаты обследования: При ангиографии : слева – ОПА, НПА, ВПА, ОБА, ГБА, ПКА, МБА проходимы без гемодинамически значимых стенозов; окклюзия ПБА в средней трети, дистальнее слабо заполняется по коллатералям, диффузное поражение средней и дистальной трети ЗББА со стенозами до 50%; ПББА проходимы, с неровными контурами. Справа – ОПА, НПА, ВПА, ОБА, ГБА, ПБА, ПКА, ПББА, МБА проходимы без гемодинамически значимых стенозов; диффузное поражение средней трети ЗББА со стенозами до 50%.

Поставьте диагноз; Какой объём операции показан больному? Основные направления профилактики у пациента. Какая необходима медикаментозная терапия?

Задача №12

Больной 82 лет жалуется на боли в левой голени и стопе, в покое. При осмотре пальцы стопы с элементами некроза, пульс общей бедренной, подколенной артериях и дистальнее не определяется. Справа пульс на общей бедренной и подколенной артериях определяется, ослаблен. Предварительный диагноз? Диагностическая тактика? Консервативная терапия? Хирургическая тактика?

Показано ли диспансерное наблюдение?

Задача №13

70 летний больной жалуется на схваткообразные боли в левой половине живота, вокруг пупка, которые иррадиируют в спину. Страдает артериальной гипертензией. Похудел на 2-3 кг. При осмотре в горизонтальном положении на уровне пупка слева определяется плотнoэластической консистенции округлое образование. Образование малоблезненное, пульсирует, малоподвижное. При аускультации выслушивается систолический шум над образованием. Ваш предварительный диагноз. Какие инструментальные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза. С какими заболеваниями необходимо провести дифф. Диагностику.

Задача №14

Больная 25 лет, поступила в сосудистое отделение с жалобами на головокружение, шум в ушах, ухудшение памяти, снижение работоспособности, а главное снижение зрения во время активной работы правой рукой. При осмотре общее состояние вполне удовлетворительное, однако, пульсация на правой сонной артерии отсутствует, пульсация на артериях правой руки также отсутствует. На доплерографии – пульсация на протяжении правой руки коллатеральная. Ваш предположительный диагноз. Основные методы исследования. Основной метод лечения.

Задача №15

Больной 56 лет жалуется на периодические приступы головокружения, пошатывание при ходьбе, слабость левой руки. Резкое снижение пульсации на артериях левой верхней конечности, грубый систолический шум в проекции подключичной артерии. Диагноз? Инструментальные методы исследования? Консервативная терапия? Хирургическая тактика? Прогноз?

«Хирургическое лечение ишемической болезни сердца»

Задача №1

Мужчина 63 лет, принимает в максимальных дозах антиангинальные препараты, но пациента продолжает беспокоить приступы стенокардии. В результате проведенного нагрузочного тестирования установлен ИФК. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ в покое патологии не выявлено. По данным коронарной ангиографии выявлен –стеноз ПМЖВ в средней трети 90%. Из антиагрегантов в настоящее время пациент принимает ацетилсалициловую кислоту 100мг в сутки.

Выберите оптимальные методы лечения, медикаментозная подготовка и послеоперационное ведение больного.

Задача №2

Больной В., 58 лет, доставлен в стационар кардиологической бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в обе руки, шею, верхнюю челюсть. Боли возникли час тому назад, не купировались приёмом двух таблеток нитроглицерина, сопровождались выраженной общей слабостью, холодным потом, перебоями в работе сердца. Общее состояние тяжёлое. Беспокоен. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Акроцианоз слизистой губ. Видимых отеков нет. В лёгких при аускультации

дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС - 92 в мин. Выслушиваются единичные экстрасистолы, акцент II тона над аортой. АД -110/70 мм рт.ст. (обычно АД-130/80 мм рт.ст.). Печень по краю рёберной дуги. На ЭКГ: ритм синусовый, прерываемый единичными политопными желудочковыми экстрасистолами. Электрическая ось сердца отклонена влево, угол альфа минус 15 градусов. Полугоризонтальная электрическая позиция сердца. Поворот сердца против часовой стрелки левым желудочком вперёд. QRSIII, aVF в виде QS, ST III, aVF приподнят в виде монофазной кривой на 3 мм над изолинией. ST в I, aVL опущен ниже изолинии на 2 мм. R1 > R2 > R3.

Поставьте диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Назначьте лечение. Дайте немедикаментозные рекомендации

Задача №3

Больной Н., 53 лет, перенес операцию аортокоронарного шунтирования. После выписки из стационара через 3 месяца появились постоянные боли в области сердца, купирующиеся комбинацией нитроглицерина и болеутоляющих препаратов. При коронарографии выявлен тромбоз одного из шунтов. Тактика лечения.

Задача №4

Больной в прошлом курильщик, перенес операцию на сердце и в ближайшем послеоперационном периоде и появился выраженный кашель. Затем на 5-6сутки стал отмечать наличие хруста в области операционной раны при кашле и движениях. Температура повышалась до 38,70С, из раны через швы стало поступать грязногеморрагическая жидкость. В анализах лейкоцитоз, увеличенное СОЭ, анемия. Какое осложнение послеоперационного периода развилось у пациента?

Задача №5

Больной П. 47 лет. Жалобы на давящую боль за грудиной при прохождении 100-250 м, купирующуюся нитроглицерином. ИБС с 29 лет. Гипертоническая болезнь с 32 лет. Три года назад перенес крупноочаговый инфаркт задней стенки левого желудочка. Холтеровское мониторирование: эпизоды депрессии S-T до 30 минут в V5 до 2,5 мм. Коронарография: стеноз бифуркации ствола левой коронарной артерии 75% просвета. В бассейне правой коронарной артерии – продолжительный стеноз на 75% просвета в проксимальном сегменте. 1. Какая предоперационная подготовка требуется больному? 2. Какие виды вмешательств следует предложить? 3. Перечислите показания к тромболитису. 4. Назовите показания к экстренной коронарографии. 5. Укажите схему тромболитиса.

Задача №6

Женщина 68 лет, страдающая ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, около 2 часов назад внезапно почувствовала сильную боль в левой нижней конечности - «как удар электрическим током». При осмотре - бледность нижней конечности, прохладная на ощупь. Движения в ней резко ограничены. Пульсации на сосудах левой н\к, включая бедренную артерию, не определяется. Явления парестезии. Отека нет. Предварительный диагноз, методы исследования, тактика лечения.

Задача №7

Оптимальное сочетание инструментальных методов исследования для решения вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза?

Задача №8

Больной С., 56 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, одышку при физической нагрузке. Боль приступообразная, возникающая во время ходьбы на 1 пролет по лестнице, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Хронический курильщик (стаж курения 32года). Над легкими выслушивается жестковатое дыхание. Незначительное расширение сердца влево. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей. Выполнена коронарография: ПКА : стеноз в средней трети 85%, ОА: стеноз в средней трети 75%, ПМЖВ : стеноз на границе дистального и среднего отделов 80%. Тип кровоснабжения миокарда – сбалансированный. Какова оптимальная тактика лечения?

Задача №9

Пациент П., 56 лет, госпитализирован по скорой помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли, возникшим около 1 часа назад. Самостоятельно принял две таблетки валидола, без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ частично купирован наркотическими анальгетиками. При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 36,2°С,

кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхания - 26 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 52 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС - 50 в минуту, отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 2,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка. Определите оптимальную тактику лечения.

Задача №10

Больной в прошлом курильщик, перенес операцию на сердце и в ближайшем послеоперационном периоде и появился выраженный кашель. Затем на 5-6сутки стал отмечать наличие хруста в области операционной раны при кашле и движениях. Температура повышалась до 38,7С, из раны через швы стало поступать грязногеморрагическая жидкость. В анализах лейкоцитоз, увеличенное СОЭ, анемия. Какое осложнение послеоперационного периода развилось у пациента?

Задача №11

Мужчина 63 лет, принимает в максимальных дозах антиангинальные препараты, но пациента продолжает беспокоить приступы стенокардии. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ в покое патологии не выявлено. По данным коронарной ангиографии выявлен –стеноз ПМЖВ в средней трети 90%. Из антиагрегантов в настоящее время пациент принимает ацетилсалициловую кислоту 100мг в сутки. Выберите оптимальные методы лечения, медикаментозная подготовка и послеоперационное ведение больного.

Задача №12

Больной В. 54 лет, госпитализирован с диагнозом «трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка», получал интенсивную тромболитическую терапию. На 4-е сутки госпитализации внезапно потерял сознание, пульс перестал прощупываться, на мониторируемой ЭКГ появились волны фибрилляции при полном отсутствии желудочковых зубцов. Через некоторое время развилась асистолия. Реанимационные мероприятия оказались безрезультатными, и больной умер. Какое осложнение инфаркта миокарда возникло у больного?

Основы аритмологии

Задача № 1

У пациента возник приступ суправентрикулярной тахикардии 150-180 в мин. и у Вас нет препаратов, которые могли бы купировать приступ. Какими функциональными пробами Вы можете воспользоваться для снятия приступа тахикардии, пока не приедет машина «скорой помощи»?

Задача №2

Больная 35 лет, вызвала СМП на дом в связи с жалобами на сердцебиение. В анамнезе – на протяжении 5 лет 3-4 приступа сердцебиения, продолжительностью до 30 минут, проходившие самостоятельно. К врачу не обращалась.

При осмотре состояние удовлетворительное. Признаков НК нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 150 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Врачом СМП клинически приступ расценен как пароксизм наджелудочковой тахикардии, начато в/в введение новокаинамида. После введения полной дозы – резкое ухудшение состояния: слабость, бледность, холодный пот, тошнота. ЧСС 300 в минуту. АД 80/40 мм рт.ст. Ваше мнение о природе наджелудочковой тахикардии?

Причина внезапного ухудшения состояния на фоне проводимого лечения? Ваши действия?

Причины нарушения сердечного ритма и проводимости.

Задача №3

Мужчина 75 лет В течение 2 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. ВОПРОСЫ: 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 №4

Больной А. 62 лет обратился на прием в поликлинику с жалобами на кратковременные потери сознания, в течении последних двух месяцев. На момент осмотра у больного АД 120/80, пульс 60 в минуту, ритмичный. В ходе обследования выполнено Холтеровское мониторирование сердца на котором зафиксированы эпизоды синоатриальной блокады 2 степени с паузами ритма сердца максимальной продолжительностью до 4600мс. Диагноз. Лечебная тактика.

Задача №5

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. «Небольшие» приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца приглушены. АД 180/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 36 в мин.;. Какие исследования необходимо провести ? Предварительный диагноз? Тактика лечения.

«Хирургия врожденных и приобретенных заболеваний сердца»

Задача №1

Пациент 21 года поступил на обследование по поводу жалоб на частые головные боли сопровождающиеся звоном в ушах. Впервые данные жалобы больной отметил у себя в 14 лет. При осмотре отмечается диспропорциональное развитие мышц верхнего и нижнего плечевого пояса - «фигура штангиста». При аускультации выслушивается систолический шум, максимально выраженный в третьем межреберье слева от грудины. Наиболее вероятный диагноз. Диагностические мероприятия. Тактика лечения.

Задача №2

Женщина 24 лет направлена в кардиохирургический центр для консультации из поликлиники. Предъявляет жалобы на частые респираторные заболевания, цианоз носогубного треугольника. При плановом медицинском осмотре терапевтом выявлен грубый систолический шум над всей областью сердца с максимальной интенсивностью в точке Боткина, направлен для консультации к кардиологу. В поликлинике осмотрен кардиологом, выполнено ЭКГ, выявлена перегрузка левых отделов сердца, отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки п.Гиса, направлен на консультацию в кардиохирургический центр для уточнения диагноза. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Тоны сердца ясные ритмичные грубый систолический шум над всей областью сердца с максимальной интенсивностью в точке Боткина, акцент второго тона над лёгочной артерией. Систолическое дрожание над областью сердца. ЭКГ: Ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой, отклонение электрической оси вправо. Полная блокада правой ножки п.Гиса. Рентгенограмма органов грудной полости: Усиление лёгочного рисунка по артериальному руслу. Умеренное увеличение дуги левого желудочка. Увеличение дуги лёгочной артерии. На Эхо-КГ: Дефект мышечной части межжелудочковой перегородки диаметром 5 мм. Гипертрофия левого желудочка. Давление в ЛА 32 мм рт ст.

Поставьте предварительный диагноз. Какие методы лечения. Каков прогноз? Назначьте лечение. Какие рекомендации можно дать пациенту?

Задача №3

Ребенок К. I год поступил в кардиологическое отделение при обследовании выявлено: перкурно-увеличение размеров сердца вправо и влево, аускультативно-грубой систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом в IV межреберье у левого края грудины. Рентгенологически: увеличение правого и левого желудочков сердца, усиление легочного рисунка за счет переполнения малого круга кровообращения; на ЭКГ-гипертрофия обоих желудочков сердца. Укажите диагноз. Какая дальнейшая тактика лечения?

Задача №4

У пациента длительное время держится субфебрильная температура, периодически озноб, появились мелкие высыпания на нижних конечностях, на передней брюшной стенке, боли в области селезенки. Объективно: кожные покровы землистого цвета, истощен. Диастолический шум над аортальным клапаном и систолический на верхушке сердца с иррадиацией в подмышечную область. Диагноз? Тактика лечения?

Задача №5

Больному 16 лет. В течение двух лет обратил внимание на повышение артериального давления. Наблюдается у ревматолога в связи с наличием шума в сердце. При осмотре: хорошо развит плечевой пояс. По левому краю грудины выслушивается слабый систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. АД на руках 160\100 мм.рт.ст. На ЭКГ - гипертрофия левого желудочка. На бедренных артериях пульс не определяется. Диагноз? Тактика?

Задача №6

Больная В. 6 лет. Жалоб нет. В 4-летнем возрасте обнаружен шум в области сердца. Растет здоровой. В развитии от сверстников не отстает. При аускультации сердца определяется непрерывный систоло-

диастолический шум во 2-м межреберье слева от грудины. Акцент 2-го тона на легочной артерии. Диагноз? Тактика?

Задача №7

Мальчик 1,5 лет поступил в больницу с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, быструю утомляемость, сердцебиение. Объективно: отмечается отставание в физическом развитии, бледность кожных покровов. При аускультации определяется грубый «машинный» систолодиастолический шум во 2-м межреберье слева от грудины. Шум проводится в межлопаточное пространство и на сосуды шеи. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 70 ударов в 1 мин., АД – 100/60 мм рт. ст. Рентгенологически – усиление легочного рисунка, признаки гипертрофия левого желудочка, выбухание дуги легочной артерии. На ЭКГ – норма. На аортографии – одновременное контрастирование и легочной артерии. Предварительный диагноз? Методы обследования? Показания к операции?

Задача №8

Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца стенокардического характера, сердцебиение, головокружение. В детстве перенес бактериальный эндокардит. Объективно: разлитой верхушечный толчок сердца, который смещен вниз. Усиленная пульсация артерий шеи. АД – 130/30. В проекции клапана аорты грубый систолический шум, который распространяется на сонные артерии. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 78 в мин. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Рентгенологически увеличение размеров сердца за счет левого желудочка, восходящей аорты и ее дуги. Талия сердца хорошо выражена, сердце аортальной конфигурации, отложение солей кальция в проекции клапана аорты. Предварительный диагноз? Методы диагностики? Лечение?

Задача №9

Мальчик 8 лет в физическом развитии не отстает от ровесников. С рождения над сердцем выслушивается шум. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. АД 100/70 мм рт.ст. Над легочной артерией выслушивается систолодиастолический шум, акцент 2-го тона. На ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов сердца. При рентгеноскопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Ваш диагноз?

Задача №10

Больная 3., 3 лет, планомерно поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка. При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС — 160 ударов в мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД — 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Предположите диагноз. Диагностика. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Сроки оперативного лечения? С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным?

Задача №11

Девочка 7 лет жалуется на повышенную слабость, утомляемость, одышку при физической нагрузке, периодические боли в области сердца, сердцебиение. При осмотре: бледность кожи и слизистых, при перкуссии: границы относительной сердечной тупости расширены, более вправо, при аускультации: усиление I тона на верхушке, усиление и расщепление II тона на легочной артерии, во II-III межреберье слева от грудины - систолический шум средней интенсивности, ирадиирующий к левой ключице и V точки. На рентгенограмме ОГК: усиление и обогащение легочного рисунка за счет артериального русла. Тени корней легких и легочной артерии расширены. Талия сердца сглажена. Из анамнеза известно, что девочка часто болеет пневмониями и бронхитами с влажным кашлем. Какой диагноз можно установить? К какой группе по классификации можно отнести этот порок? Какие из данных анамнеза, объективного и рентген говорят в пользу выбранной вами нозологии?

Задача №12

Больная А., 38 лет, обратилась с жалобами на перебои в работе сердца, быструю утомляемость, головокружения, частая субфебрильная температура, дискомфорт в области сердца без связи с физ. нагрузкой, данные симптомы отмечает около 1 года с постепенным прогрессированием. Объективно: ЧДД 20/мин, дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 140/90, аускультативно смешанный систоло-диастолический шум в области

верхушки сердца. При регистрации ЭКГ: ритм фибрилляции предсердий с ЧСЖ 110/мин. ЭхоКГ: в просвете левого предсердия гиперэхогенное образование на ножке с креплением в области овального окна размерами 34x21 мм, пролабирующее в митральный клапан.

Диагноз, возможные осложнения, тактика лечения.

Задача №13

Больной А., 35 лет. Жалобы на боли в прекардиальной области, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела. Заболел остро 2 дня назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,5°C. Сердце расширено в обе стороны, на верхушке тоны приглушены, на основании ясные; в области 3 межреберного промежутка слева от грудины – систолодиастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед. АД 110/85 мм рт. ст. Пульс 95 в минуту, наполнение снижается на вдохе. Частота дыхательных движений 24 в минуту. При рентгеноскопии размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация ослаблена.

ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, нарушение процессов реполяризации диффузного характера. ЭхоКГ: расхождение листков перикарда – 1,5 см. На 3-й день состояние больного внезапно ухудшилось: одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени. ЧДД 26 в минуту. АД 100/90 мм рт. ст. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий.

Задача №14

У пациента длительное время держится субфебрильная температура, периодически озноб, появились мелкие высыпания на нижних конечностях, на передней брюшной стенке, боли в области селезенки. Объективно: кожные покровы землистого цвета, истощен. Диастолический шум над аортальным клапаном и систолический на верхушке сердца с иррадиацией в подмышечную область. Диагноз? Тактика лечения?

Задача №15

Мальчик 8 лет в физическом развитии не отстает от ровесников. С рождения над сердцем выслушивается шум. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. АД 100/70 мм рт.ст. Над легочной артерией выслушивается систолодиастолический шум, акцент 2-го тона. На ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов сердца. При рентгеноскопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Диагноз. Методы исследования. Тактика лечения.

Задача №16

Больной Б. 15 лет поступил в клинику факультетской терапии 3 недели назад с жалобами на одышку при физической нагрузке, неопределённые боли в области сердца, сердцебиение. Болен около 6 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38 — 39°C, болей в горле при глотании. Примерно через 2-3 недели после исчезновения перечисленных признаков появились симптомы воспаления крупных суставов (коленных, плечевых, голеностопных). При обследовании состояние удовлетворительное, температура тела субфебрильная, пульс около 100 ударов в мин., левожелудочковый толчок прикрывается двумя подушечками указательного пальца, смещён влево до передне-подмышечной линии; при аускультации — редкие экстрасистолы, I тон тихий, выслушивается III тон, грубый систолический шум с эпицентром в зоне верхушки, иррадиирующий влево до передне-подмышечной линии, усиливающийся на выдохе. СОЭ — 20 мм/час, титр АСЛ-0 1:250, СРБ ++. Диагноз, методы диагностики, тактика лечения.

«Неотложная хирургия острых заболеваний, травм сердца и сосудов»

Задача №1

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертонией, окклюзией артерий нижних конечностей и хронической коронарной недостаточностью, перенес инфаркт миокарда.

В течение двух последних месяцев беспокоили боли в животе, интенсивность боли постоянно нарастала, но к врачу не обращался. 1,5 часа назад внезапно возникли резкие боли в животе и в поясничной области. Боль локализовалась преимущественно слева. Одновременно значительно ухудшилось общее состояние. Боли сопровождались тошнотой, рвотой. Несколько позже появились дизурические явления. При поступлении состояние больного тяжелое, лежит неподвижно. Сознание сохранено, стонет от боли, ножные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс частый и малый. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько увеличен слева, передняя брюшная стенка участвует в дыхании, мягкая. В брюшной полости, больше слева, определяется плотное, болезненное, с нечеткими контурами образование. Над ним выслушивается систолический шум. Имеются умеренно выраженные признаки острой ишемии нижних конечностей. Диагноз? Какие следует провести лабораторные и специальные исследования для уточнения диагноза? Наиболее вероятная этиология заболевания.

Укажите характер лечения возникшего заболевания - консервативное или оперативное? Какие хирургические вмешательства применяются

Задача №2

На 3 сутки после операции холецистэктомии у больной И., 37 лет, внезапно ухудшилось состояние – появились тяжесть за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышка при незначительной физической нагрузке и в покое.

При осмотре – больная повышенного питания, цианоз носогубного треугольника. Шейные вены набухшие. АД 90/60, ЧСС 110 в мин, ЧДД 22 в мин, выслушивается шум трения перикарда, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Отека нижних конечностей не выявлено, объем нижних конечностей одинаков. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные. Предположительный диагноз. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести. Факторы, способствовавшие развитию данного состояния у больной. Клинические варианты заболевания. Консервативная терапия. Варианты неотложных хирургических вмешательств при этой патологии.

Задача №3

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ - без особенностей.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) План дополнительного обследования.
- 4) План лечения.

Задача №4

У больной 29 лет на 5-е сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. Состояние больной крайне тяжелое. Цианоз лица и верхних конечностей, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление - до 60 мм.рт.ст. Диагноз, диагностика, лечебная тактика?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако	логичность и последовательность ответа

	владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	допускается одна - две неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ
СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

а.) Основная литература:

1. Клинические рекомендации по кардиологии / под ред. Ф. И. Белялова. - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.
2. Сосудистая хирургия по Хаймовичу: в 2-х т. / под ред. Э.Ашера. - Москва.: Бином. Лаборатория знаний, 2010. - Т. 1. - 644 с., Т.2. - 534 с: - (1 экз.). – текст: электронный.
3. Сосудистая хирургия : национальное руководство. Краткое издание/ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.

б.) Дополнительная литература:

1. Клиническая анатомия сердца в аспекте кардиохирургии: монография / Е.В. Чаплыгина, О.А. Каплунова, В.И. Домбровский, [и др.] – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2013. – 166 с. -(5 экз.).
2. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов: в 3-х томах / под ред. Л. А. Бокерия, Б. Г. Алеяна.- Москва. : Изд-во НЦ ССХ им А.Н.Бакулева. РАМН, 2008. – Т.1. 596 с., Т.2. 649 с., Т.3.647с. (1 экз.)
3. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии: руководство для врачей / В.С. Волков. - Москва.: МИА, 2010. - 336 с. (1 экз.)
4. Объективное исследование больных. Система органов кровообращения: учебно-методическое издание / В.А.Косенко, Е.Н. Веселова, А.В. Ткачев [и др.]. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2012. - 38 с. (1 экз.).
5. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство. / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с. - доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.
6. Тромбоэмболия легочной артерии: руководство / Т.М. Ускач, И.В. Косицына, И.В. Жиров [и др.]. ; под ред. С.Н. Терещенко - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 96 с. - доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.
7. Биоэтика: учебник. / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп.- Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 272 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.
8. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. / Белов Ю.В. - Москва.: МИА, 2011. – 464 с. (1 экз.).
9. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца [электронный ресурс] / Ричард А. Джонас ; пер. с англ. под ред. М. В. Борискова. - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 736.- Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.
10. Эндотелиальная дисфункция и способы ее коррекции при облитерирующем атеросклерозе / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, А. С. Пшенников. - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный.

6.3. Периодические издания:

1. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – доступ из elibrary.ru
2. Анналы хирургии. – доступ из elibrary.ru
3. Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. - доступ из elibrary.ru.
4. Атеросклероз и дислипидемии. - доступ из elibrary.ru.
5. Атеротромбоз (Москва). - доступ из elibrary.ru.
6. Вестник лимфологии. - доступ из elibrary.ru.
7. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова (Москва). - доступ из elibrary.ru.
8. Атеросклероз (Новосибирск). - доступ из elibrary.ru.

6.4. Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
2	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров вуза
5	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ

6	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
7	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
8	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
9	ScienceDirect. Freedom Collection [журналы] / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com . по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
10	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
11	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
12	Единое окно доступа к информационным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
13	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
14	ENVOС.RU English vocabulary]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
15	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
16	WordReference.com : онлайн-словари языков. - URL: http://www.wordreference.com/	Открытый доступ
17	История.РФ. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
18	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
19	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
20	Medline (PubMed, USA). – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
21	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
22	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
23	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
24	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
25	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
26	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems. - URL: https://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ

6.5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины:

1. Клиническая анатомия сердца в аспекте интервенционной аритмологии : учебное пособие / Е.В. Чаплыгина, Г.В. Чудинов, А.А. Корниенко [и др.]. - Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2012. - 120 с. –(5 экз.). – Доступ из ЭБ РостГМУ.

2. Удаление электродов для электротерапии аритмий: монография / Г.В. Чудинов. - Saarbrucken : LAP LAMBERT Academic Publishing, 2013. - 99 с. –(2 экз.).

3. TIPS/ТИПС (трансьюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование) и лечение варикозных пищеводно-желудочных кровотечений: монография / Ю.В. Хоронько, М.Ф. Черкасов, М.И. Поляк, Ю.Е. Баранов - Москва : Фарм-Синтез, 2013. - 242 с. –(5 экз.).

4. Удаление инородных тел из сердечно-сосудистого русла : учебно-методическое пособие для ординаторов и курсантов цикла проф. переподготовки по спец. "Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение" ФПК и ППС мед. вузов / Г.В. Чудинов, Р.В. Сидоров ; Рост. гос. мед. ун-т, каф. хирург. болезней ФПК и ППС. -Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2015. - 76 с. –(5 экз.). – Доступ из ЭБ РостГМУ.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика.

Варикозным расширением вен нижних конечностей называют заболевание вен, сопровождающееся увеличением длины и наличием змеевидной извитости подкожных вен, мешковидным расширением их

просвета. Оно наблюдается у 17-25% населения. В стационарах больные с варикозным расширением вен составляют 2-3,3% от общего числа хирургических больных. Женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины.

Этиология и патогенез: предложен ряд теорий для объяснения развития варикозного расширения вен. Сторонники механической теории объясняют возникновение заболевания затруднением оттока крови из нижних конечностей вследствие длительного пребывания на ногах или сдавления вен. Сторонники теории клапанной недостаточности считают, что заболевание возникает либо вследствие врожденного отсутствия венозных клапанов, либо вследствие их функциональной недостаточности при недоразвитии. Сторонники нейроэндокринной теории важное значение в развитии варикозного расширения вен придают нарушению (ослаблению) тонуса венозной стенки вследствие гормональной перестройки в организме (беременность, менопауза, период полового созревания и др.). По мнению некоторых авторов, существенное значение в возникновении варикозного расширения вен имеют наследственные факторы. Так замечено, что данное заболевание довольно часто встречается у людей, у родителей которых было аналогичное заболевание. Ряд исследователей считают, что в развитии варикозного расширения вен ведущая роль принадлежит артериоло-веноулярным анастомозам. В норме они имеются у всех людей, но в обычных условиях закрыты и не функционируют. Под влиянием неблагоприятных факторов (профессия, связанная с ортостатическим положением, затрудняющим отток крови из нижних конечностей; сдавление вен опухолями; гормонально-нервная перестройка организма при беременности, менопаузе; инфекции и интоксикации; запоры, кашель) артериоло-веноулярные анастомозы раскрываются и становятся в функциональном отношении активными. Вследствие этого в вены нижних конечностей начинает поступать большее количество крови под более высоким давлением, просвет вен расширяется, развивается вторичная клапанная недостаточность и появляются варикозные узлы. Приведенные данные свидетельствуют о том, что возникновение варикозного расширения вен обусловлено одновременным воздействием ряда факторов, которые можно разделить на две группы: а) предрасполагающие-врожденные или приобретенные изменения вен; наличие нефункционирующих артериоло-веноулярных анастомозов; нейроэндокринные расстройства, понижение тонуса стенок вен; б) производящие - факторы, вызывающие повышение давления в венах нижних конечностей и затруднение оттока венозной крови. Повышение давления в венозных стволах при варикозном расширении вен приводит к недостаточности клапанов в системе коммуникантных вен. В связи с этим кровь из глубоких вен под влиянием мышечных сокращений выталкивается в поверхностные вены. Возникает локальная венозная гипертензия, особенно выраженная в нижней трети голени, над медиальной лодыжкой, где имеются наиболее крупные коммуникантные вены. Повышается давление в венозных отделах микроциркуляции, что ведет к раскрытию артериоло-веноулярных анастомозов. В результате этого снижается кровоток в капиллярах, уменьшается перфузия тканей и снабжение их кислородом (локальная гипоксия тканей), возникает патологическая проницаемость капилляров и венул, что сопровождается нарушениями реологических свойств крови.

В просвете сосудов уменьшается содержание альбуминов и увеличивается количество крупнодисперсных глобулинов. Это способствует агрегации форменных элементов крови, блокирующей терминальное сосудистое русло; Происходит дальнейшее ухудшение капиллярного кровотока как за счет снижения количества функционирующих капилляров и замедления кровотока по ним, так и сдавления их извне вследствие повышения внутритканевого давления. В перикапиллярном пространстве скапливается значительное количество жидкости, электролитов, форменных элементов крови, плазменного белка. Белок стимулирует развитие соединительной ткани в коже и подкожной клетчатке, вызывает гиалиноз и склероз стенок мелких сосудов и капилляров, вплоть до закрытия их просвета. В тканях нарушаются обменные процессы, что клинически проявляется отеками и развитием трофических расстройств (преульцерозный дерматит, экзема, язвы). *Клиническая классификация:* Классификация по СЕАР Клинический раздел (С): В этой части классификации описывают клинический статус пациента. Поводом для отнесения больного к тому или иному классу служит наличие у него наиболее выраженного объективного симптома ХЗВ. С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ С1 – телеангиэктазии или ретикулярные варикозные вены С2 – варикозно измененные подкожные вены (диаметр более 3 мм) С3 – отек С4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей а – гиперпигментация и/или венозная экзема б – липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи С5 – зажившая венозная язва С6 – открытая венозная язва Этиологический раздел (Е): О формах ХЗВ целесообразно говорить при описании этиологии заболевания: Ес – врожденное заболевание Ер – первичное заболевание Ес – вторичное заболевание Еп

– не удается установить этиологический фактор
Анатомический раздел (А): В нём указывают, в какой части венозной системы нижних конечностей обнаружены патологические изменения. As – поверхностные вены Ap – перфорантные вены Ad – глубокие вены An – не удается выявить изменения в венозной системе
Патофизиологический раздел (Р): Он предназначен для описания характера нарушений венозной гемодинамики. Pr – рефлюкс Po – окклюзия Pr,o – сочетание рефлюкса и окклюзии Pn – не удается выявить изменения в венозной системе.
Уровень диагностических действий (L): LI – клиническое обследование +/- ультразвуковая доплерография LII – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование +/- плетизмография LIII – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование + флебография или флеботонометрия или спиральная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Клиника и диагностика: при компенсации венозного кровообращения больные предъявляют жалобы лишь на наличие расширенных вен. Последние обычно отчетливо выявляются в вертикальном положении больных в виде извилистых стволов, узлов, взбухающих сплетений. У 75-80% больных поражается ствол и ветви большой подкожной вены, у 5-10% - малая подкожная вена; обе вены вовлекаются в патологический процесс у 7-10% больных. По внешнему виду различают цилиндрическую, змеевидную, мешотчатую и смешанные формы варикозного расширения вен. При пальпации они упругоэластичной консистенции, температура кожи над варикозными узлами выше, чем на остальных участках. В горизонтальном положении больного напряжение вен уменьшается. По мере прогрессирования заболевания присоединяются жалобы на быструю утомляемость, чувство тяжести и распираания в ногах, судороги в икроножных мышцах, парестезии, отеки голеней и стоп. Отеки обычно возникают к вечеру после ходьбы и длительного стояния на ногах, полностью исчезают к утру следующего дня после ночного отдыха. Со временем появляются пигментация кожных покровов нижней трети голени, более выраженная над внутренней лодыжкой, кожа теряет свою эластичность, становится блестящей, сухой, легкоранимой, плотно спаянной со склеротически измененной подкожной жировой клетчаткой. Осложнения варикозного расширения вен: трофические язвы, острые тромбофлебиты расширенных вен, кровотечения из варикозных узлов. Язвы, как правило, возникают на внутренней поверхности нижней трети голени, в надлодыжечной области. Их появлению нередко предшествует дерматит, сопровождающийся мокнущей экземой и мучительным зудом. Язвы обычно одиночные, но могут быть и множественные, как правило, плоские, дно их ровное, края неправильно очерчены, пологие, выделения скудные, серозные или гнойные. Длительно не заживающие и рецидивирующие язвы приносят больным мучительные страдания. Язвы становятся особенно болезненными при присоединении инфекции. Нарастает индурация подкожной клетчатки. Больные не могут долго стоять и ходить из-за ощущения тяжести в ногах, быстро устают. При развитии острого тромбофлебита появляется болезненное уплотнение по ходу расширенной вены, затруднение при ходьбе. При обследовании обращает на себя внимание гиперемия кожных покровов над тромбированными венами, которые пальпируются в виде плотных болезненных тяжей. Разрыв варикозно расширенной вены может происходить от самых ничтожных повреждений истонченной и спаянной с веной кожи. Кровь изливается струей из лопнувшего узла; иногда кровопотеря может быть довольно значительной.
Диагностика варикозного расширения вен при правильной оценке жалоб, анамнестических данных и результатов объективного исследования не представляет существенных трудностей. Важное значение для точного диагноза имеют пробы, отражающие функциональное состояние различных звеньев венозной системы. О состоянии клапанного аппарата поверхностных вен позволяют судить пробы Троянова-Тренделенбурга и Гаккенбруха. Проба Троянова - Тренделенбурга. Больной, находясь в горизонтальном положении, поднимает ногу кверху. Поглаживая от стопы к паху, врач способствует опорожнению поверхностных вен. После этого сдавливают большую подкожную вену у места ее впадения в бедренную и, не отнимая пальца, просят больного встать. Ствол большой подкожной вены вначале остается пустым. Однако через 20-30 с видно, что варикозные узлы на голени начинают наполняться кровью снизу вверх. Пока палец продолжает сдавливать ствол, наполнение узлов не бывает таким напряженным, каким оно было до исследования. Только после отнятия пальца вена быстро наполняется кровью сверху вниз и напряжение узлов увеличивается. Положительный симптом Троянова-Тренделенбурга указывает на недостаточность венозных клапанов и, в частности, астиального клапана, расположенного в месте перехода большой подкожной вены в бедренную. При проведении данной пробы сдавление вены можно осуществлять и жгутом, накладываемым в верхней трети бедра. Проба Гаккенбруха. Руку прикладывают на бедро к месту впадения большой подкожной вены в бедренную и просят больного покашлять; при

этом приложенные пальцы отмечают толчок. Положительный симптом кашлевого толчка указывает на недостаточность остиального клапана и является следствием повышения давления в системе нижней полой вены. Для оценки состоятельности клапанного аппарата коммуникантных вен используют пробу Пратта-2, трехжгутовую пробу Шейниса и пробу Тальмана. Проба Пратта-2. В положении больного лежа после опорожнения подкожных вен на ногу, начиная со стопы, накладывают эластичный бинт, сдавливающий поверхностные вены. На бедро под паупертовой связкой накладывают жгут. После того как больной встанет на ноги, под самым жгутом накладывают второй резиновый бинт. Затем первый - нижний - бинт снимают виток за витком, а верхним обвивают конечность книзу так, чтобы между бинтами оставался промежуток в 5-6 см. Быстрое наполнение варикозных узлов на свободном от бинтов участке указывает на наличие здесь коммуникантных вен с недостаточными клапанами. Их отмечают раствором бриллиантового зеленого. Трехжгутовая проба В. Н. Шейниса. Больного укладывают на спину и приподнимают ему ногу, как при пробе Троянова-Тренделенбурга. После того как подкожные вены спадутся, накладывают три жгута: в верхней трети бедра (вблизи паховой складки), на середине бедра и тотчас ниже колена. Больному предлагают встать на ноги. Быстрое набухание вен на каком-либо участке конечности, ограниченном жгутами, указывает на наличие в этом отделе коммуникантных вен с несостоятельными клапанами.

Быстрое наполнение варикозных узлов на голени свидетельствует о наличии измененных коммуникантных вен ниже жгута. Перемещая последний вниз по голени (при повторении пробы), можно более точно локализовать их расположение. Проба Тальмана. Вместо трех жгутов используют один длинный (2-3 м) жгут из мягкой резиновой трубки, который накладывают на ногу по спирали снизу вверх; расстояние между витками жгута должно быть 5-6 см. Представление о проходимости глубоких вен дают маршевая проба Дельбе-Пертеса и проба Пратта-1. Маршевая проба. Больному в положении стоя, когда у него максимально наполняются подкожные вены, на бедро накладывают жгут, сдавливающий только поверхностные вены. Затем просят больного походить или помаршировать на месте в течение 3—5 мин. Если при этом подкожные вены спадаются, значит, глубокие вены проходимы. Если вены после ходьбы не запустевают, результат пробы надо оценивать осторожно, так как он не всегда указывает на непроходимость глубоких вен, а может зависеть от неправильного проведения пробы (сдавление глубоких вен чрезмерно туго наложенным жгутом), наличия ниже жгута несостоятельных коммуникантных вен, от наличия резкого склероза вен, препятствующего спадению их стенок. Проба Пратта-1. После измерения окружности голени больного укладывают на спину и поглаживанием по ходу вен опорожняют их от крови. На ногу (начиная снизу) туго накладывают эластичный бинт, чтобы надежно сдавить подкожные вены. Больному предлагают ходить в течение 10 мин. Появление боли указывает на поражение глубоких вен. Увеличение окружности голени после ходьбы при повторном измерении также свидетельствует о непроходимости глубоких вен. Среди инструментальных методов исследования, отражающих состояние глубоких вен, важное место занимает УЗ-исследование вен нижних конечностей, проводится с различными динамическими пробами - пробой Вальсальвы (натуживание) и мышечной нагрузкой (10-12 приседаний) и измерением градиента давления. При проходимых глубоких венах давление повышается при пробе Вальсальвы на 10-15%, систолическое и диастолическое давление снижается на 45-50%, значительно уменьшается систолодиастолический градиент. Для исследования давления в глубоких венах на голень накладывают эластичный бинт до сдавления подкожных вен, пунктируют одну из вен тыла стопы и иглу соединяют с электроманометром. После мышечной нагрузки давление медленно возвращается к исходному уровню. Флебография позволяет судить о характере изменений и проходимости глубоких вен, оценить состояние клапанного аппарата глубоких и коммуникантных вен. Необходимость в этом исследовании особенно остро возникает в тех случаях, когда клинические данные и функциональные пробы не дают четкого представления о функции вен. В настоящее время обычно применяют прямую внутривенную флебографию, которая бывает дентальной и проксимальной. При дистальной флебографии контрастное вещество (верографин, уротраст и др.) вводят в одну из вен тыла стопы или медиальную краевую вену. Чтобы контрастировались глубокие вены, в нижней трети голени, над лодыжками, накладывают резиновый жгут. Исследование целесообразно проводить в вертикальном положении больного с использованием функциональных проб (функционально-динамическая флебография). Применяют серийную рентгенографию: первый снимок делают сразу же после инъекции (фаза покоя), второй - при напряженных мышцах голени в момент подъема больного на носки (фаза мышечного напряжения), третий - после 10-12 приподниманий на носках (фаза релаксации). В норме в первых двух фазах контрастное вещество заполняет глубокие вены голени и бедренную вену. На снимках видны гладкие

правильные контуры указанных вен, хорошо прослеживается их клапанный аппарат. В третьей фазе вены полностью опорожняются от контрастного вещества. На флебограммах по задержке контраста удается четко определить локализацию несостоятельных коммуникантных вен. При проксимальной флебографии контрастное вещество вводят непосредственно в бедренную вену путем либо пункции, либо катетеризации через подкожную вену по Сельдингеру. Она позволяет уточнить состояние клапанного аппарата бедренной вены и проходимость подвздошных вен. Термография помогает обнаружить невидимые глазом участки расширенных вен, уточнить локализацию несостоятельных коммуникантных вен. На термограммах расширенные вены определяются в виде светлых участков на более сером фоне. В формулировке развернутого клинического диагноза первичного варикозного расширения вен нижних конечностей должны быть отражены особенности клинического течения (неосложненное, осложненное), конкретно указаны вены с несостоятельным клапанным аппаратом (поверхностные, коммуникантные, глубокие или те и другие), определена стадия заболевания (компенсации, декомпенсации).

Задача

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Тромбофлебит вен левой голени и бедра

2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и данных анамнеза; на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозноизмененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж

3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, коагулограмма. УЗДИ вен нижних конечностей

4) План лечения.

Правильный ответ: антикоагулянты, венотоники (троксевазин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин, гель). При наличии восходящего тромбофлебита – оперативное лечение

5) Дифференцировать

Правильный ответ: Дифференцировать заболевание следует с рожистым воспалением, тромбозом глубоких вен, лимфангитом

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Утверждено
на заседании кафедры хирургических болезней
№2

протокол от _____ № _____

Номер задания	Содержание задания
1.	Формулировка теоретического вопроса
2.	Формулировка теоретического вопроса
3.	Формулировка теоретического вопроса
4.	Формулировка теоретического вопроса
5.	Ситуационная задача

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Сидоров Р.В.

«___» _____ 2023 г.